



HAL
open science

Des possibilités d'introduction de l'homéopathie classique hahnemannienne en milieu hospitalier dans le cadre du traitement des désagréments de l'ablactation

Julie Giacometti

► **To cite this version:**

Julie Giacometti. Des possibilités d'introduction de l'homéopathie classique hahnemannienne en milieu hospitalier dans le cadre du traitement des désagréments de l'ablactation. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. hal-01932130

HAL Id: hal-01932130

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932130>

Submitted on 23 Nov 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Julie Giacometti

Le mardi 1^{er} mars 2016

Des possibilités d'introduction de l'homéopathie classique hahnemannienne en milieu hospitalier dans le cadre du traitement des désagréments de l'ablactation

Examineurs de la thèse :

M. Olivier Morel	Professeur		Président
Mme Dominique Laurain-Mattar	Professeur	}	
M. Marc Klein	Professeur	}	
M. Stanislas Villeroy de Galhau	Docteur en médecine (directeur)	}	Juges
M. Michel Savonnet	Docteur en médecine	}	

THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Julie Giacometti

Le mardi 1^{er} mars 2016

**Des possibilités d'introduction de l'homéopathie classique
hahnemannienne en milieu hospitalier dans le cadre du traitement
des désagréments de l'ablactation**

Examineurs de la thèse :

M. Olivier. Morel	Professeur		Président
Mme Dominique Laurain-Mattar	Professeur	}	
M. Marc Klein	Professeur	}	
M. Stanislas Villeroy de Galhau	Docteur en médecine (directeur)	}	Juges
M. Michel Savonnet	Docteur en médecine	}	



Président de l'Université de Lorraine
Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine
Professeur Marc BRAUN

Vice-doyens

Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen

Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

Assesseurs :

Premier cycle : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Deuxième cycle : Pr Marie-Reine LOSSER

Troisième cycle : Pr Marc DEBOUVERIE

Innovations pédagogiques : Pr Bruno CHENUÉL

Formation à la recherche : Dr Nelly AGRINIER

Animation de la recherche clinique : Pr François ALLA

Affaires juridiques et Relations extérieures : Dr Frédérique CLAUDOT

Vie Facultaire et SIDES : Dr Laure JOLY

Relations Grande Région : Pr Thomas FUCHS-BUDER

Etudiant : M. Lucas SALVATI

Chargés de mission

Bureau de docimologie : Dr Guillaume GAUCHOTTE

Commission de prospective facultaire : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT

Orthophonie : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER

PACES : Dr Chantal KOHLER

Plan Campus : Pr Bruno LEHEUP

International : Pr Jacques HUBERT

=====

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

Professeur Henry COUDANE

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Jean AUQUE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND
Pierre BEY - Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL - Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE

Jean-Louis BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT

Jean-François CHASSAGNE - François CHERRIER - Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE

Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert
FRISCH

Alain GAUCHER - Pierre GAUCHER - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ

Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSIDIER - Oliéro GUERCI - Philippe HARTEMANN - Gérard HUBERT - Claude

HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER - Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre
LANDES

Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard
LEGRAS

Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre

MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS - Claude
PERRIN

Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL

Antoine RASPILLER - Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT

Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET

Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT - Hervé VESPIGNANI

Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Pierre BEY - Professeur Marc-André BIGARD – Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeure Michèle KESSLER

Professeur Jacques LECLÈRE - Professeur Alain LE FAOU - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Professeure Simone GILGENKRANTZ – Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN
Professeure Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Luc PICARD - Professeur François PLENAT - Professeur Jacques POUREL - Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC
Professeur Paul VERT - Professeur Michel VIDAILHET

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Histologie, embryologie et cytogénétique*)

Professeur Christo CHRISTOV – Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Louis GUÉANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUÉL - Professeur François MARCHAL

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et Mycologie*)

Professeure Marie MACHOUART

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur François ALLA - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeure Eliane ALBUSSON - Professeur Nicolas JAY

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Pierre FEUGIER

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeur Gilbert FAURE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU - Professeur Patrick NETTER

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL - Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN

Professeur Jean-Claude MARCHAL

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Bernard KABUTH

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeure Annick BARBAUD - Professeur Jean-Luc SCHMUTZ

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT - Professeur Yves MARTINET

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Étienne ALIOT - Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET

Professeur Yves JUILLIERE - Professeur Nicolas SADOUL

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY

Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Professeur Jean-Marc BOIVIN

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD - Professeur Jean-Luc GEORGE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON - Docteure Manuela PEREZ

2^{ème} sous-section : (Histologie, embryologie et cytogénétique)

Docteure Chantal KOHLER - Docteure Françoise TOUATI

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Marie ESCANYE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Docteur Damien MANDRY - Docteur Pedro TEIXEIRA

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN

Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL

3^{ème} sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteure Anne DEBOURGOGNE

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

2^{ème} sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3^{ème} sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteure Aurore PERROT

2^{ème} sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Docteure Lina BOLOTINE

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteure Céline BONNET - Docteur Christophe PHILIPPE

48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

2^{ème} sous-section : (Réanimation ; Médecine d'urgence)

Docteur Antoine KIMMOUN (*stagiaire*)

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA

4^{ème} sous-section : (Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)

Docteur Nicolas GIRERD (*stagiaire*)

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

3^{ème} sous-section : (Médecine générale)

Docteure Elisabeth STEYER

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-Rhino-Laryngologie)

Docteur Patrice GALLET (*stagiaire*)

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5^{ème} Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

7^{ème} Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES

Madame Christine DA SILVA-GENEST

19^{ème} Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60^{ème} Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61^{ème} Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA - Monsieur Pascal REBOUL

65^{ème} Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY

Madame Céline HUSELSTEIN - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

66^{ème} Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====
MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Arnaud MASSON - Docteure Sophie SIEGRIST

=====
DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

À Ampélio et à Jean

Au Président du jury,

Monsieur le Professeur Olivier Morel,
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Nous vous remercions pour votre accueil et votre disponibilité. Veuillez trouver ici l'expression de notre profond respect et de notre reconnaissance.

Aux membres de notre jury,

Madame le Professeur Dominique Laurain-Mattar,
Professeur de Pharmacognosie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Nous vous sommes reconnaissante pour la spontanéité et pour l'intérêt que vous avez manifesté en acceptant de juger ce travail. Soyez assurée de notre profond respect et de notre gratitude.

Monsieur le Professeur Marc Klein,
Professeur d'Endocrinologie

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Nous avons apprécié et admiré vos qualités d'enseignant, lors des passages dans votre service, qui ont su nous guider tout au long de nos études. Veuillez accepter l'expression de notre profond respect et de notre gratitude.

Monsieur le Docteur Stanislas Villeroy de Galhau,
Gynécologue Obstétricien

Vous avez accepté d'être notre directeur de thèse. Vous avez accompagné ce travail avec une attention bienveillante. La totale liberté que vous avez su nous apporter nous a fait plonger au cœur de nos incertitudes. Nous avons parfois frôlé le renoncement, mais vous avez continué à manifester votre soutien sans faille, nous permettant ainsi de chercher les moyens de maîtriser les difficultés de cette thèse. Nous vous en sommes très reconnaissante et nous vous remercions vivement pour cela, pour votre disponibilité et pour votre ouverture d'esprit.

Monsieur le Docteur Michel Savonnet,
Gynécologue homéopathe en retraite

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger cette thèse. Vous avez mobilisé et partagé vos connaissances et votre expérience pour que nous puissions achever cette thèse. L'exigence et la pédagogie que vous avez soufflées sur ce travail nous ont permis de prendre conscience des difficultés que nous traversions afin de les dompter. Nous avons été très touchée par votre patience et nous tenons donc à vous remercier très chaleureusement pour ce travail qui n'aurait pas pu aboutir sans votre soutien indéfectible, sans votre abnégation, et sans votre passion pour le travail de recherche.

À l'ensemble des personnes qui ont contribué à cette thèse,

À M. le Docteur Gérard Chenu, sans qui ce travail n'aurait jamais pu commencer, MM les Docteurs Francis Nicolas et Gilles Dorion, Mme le Docteur Bénédicte Berkrouber, et Mathieu, pour la convivialité des réunions et les conseils précieux. Et particulièrement ici, Mme Aurélie Colin, pour son amitié.

À Mme Lætitia Minary, pour son enthousiasme et son aide.

Aux médecins, pharmaciens, sages-femmes et personnels du CHU de Nancy sollicités par ma recherche, et qui m'ont parfois nourri d'espoirs.

Aux correcteurs Stéphanie et Laurent, à Annick pour les généreux conseils et à Liliana, the fabulous freak informaticien.

Aux patientes qui me renseignent pas à pas sur le long et vertueux chemin de mon métier.

À **mes parents**. Malgré le malin plaisir que je prends à vous tracasser, à vous solliciter sans cesse depuis le jour de ma naissance, je vous remercie pour votre amour dont je récolte les fruits encore aujourd'hui. À **Maryse, ma maman chérie**, pour tes chansonnettes et lectures qui ont nourri et rythmées mon enfance et qui viennent désormais combler ta petite fille. Aujourd'hui, c'est moi le dictateur, et cela me permet de changer de point de vue et d'entrevoir avec bonheur ton humour et ta coolitude absolue. À **Martial, mon pap's**, pour tes mots qui servent à réparer mon cœur et pour les 6 P1 que tu t'es infligé !

À **Jules et Sophie**. Vous êtes vertigineux. Je vous aime et je vous remercie pour toutes les choses pas intéressantes de notre quotidien. Hasta la vista, c'est fini et ça commence en même temps baby !

À **Eva**. Oui, j'te met avant la Céc' parce que c'est toujours elle en premier et aussi pour te dire tchoutchou. Je t'aime. Je trouve que t'as trop de talent meuf. Donc merci pour tous tes tableaux où le mieux et l'ennemi du bien et vice versa que tu as laissé un peu partout dans notre coloc'. T'es un scandale, et c'est encore plus visible depuis qu'il y a **Georges**. Pur bonheur **Marcellin** le bandit.

À **Cécile**. Le meilleur à la fin... évidemment. Tu as été la Clef de ma réussite et ma deuxième mère. Tu entretiens, à l'image de papa, une certaine perfection insolente et je me réjouis de te voir mettre le doigt dans l'inconnu. Plonges y ma belle, je serai toujours là pour me moquer. Ma **Louloutte**, merci de savoir aussi bien détendre l'atmosphère par tes fulgurances. Mon **Poupou**, je te souhaite une vie chevaleresque, pleine d'aventures et de filouteries, et ma **Nana**, je te souhaite de ne pas faire médecine légale si tu as peur des cadavres (ou alors éventuellement dans une série TV).

À **Andrée, Dédée d'la côte, mamie adorée**. Merci pour le plus lointain de mes souvenirs vécu dans tes groseilliers. Pour les instants grisants à courir ou à pédaler dans le chemin qui mène on ne sait où. Avec papi, vous avez semé de l'étrangeté dans ma vie, des bizarreries, des petits détails (le voir dépecer un lapin, et à partir des ossements de la pauvre bête que nous mangions en famille, le voir en faire un oiseau). Merci au passage d'avoir fait en sorte que cela ne soit pas notre lapin nain psychopathe qui soit au milieu de cette table. Pas merci pour ma névrose pour les « chambres du fond », mais un merci infini pour mes passions malheureusement éteintes du nain jaune et du comptage de gormottes. Merci pour tes beignets et ta salade de haricot vert, pour ta voix qui part en live quand tu t'énerves, pour tout ce que nous avons partagé récemment, qui m'aide et me motive. Merci pour cette famille que tu aimes et qui trouve en toi le reflet et le chemin d'une vie humble pleine de renoncement, et toujours au service des autres. Tu es l'étoile de ma vie, ma grande ourse, ma Françoise Saget.

À **Gina, ma mamie des villes**. J'ai, par ta grâce inconsciente, pu accéder à d'innombrables expériences de jeunesse (trait de caractère que j'avais probablement perçu lorsque tes fils évoquent eux-mêmes avec fierté leur adolescence dépravée). Un merci incommensurable pour ça. Tu as semé, avec Papi, des cathédrales dans ma vie, des lieux joyeux de rencontre qui n'échappent au souvenir de personne. En contrepartie de cette joie, ces lieux laissent une grande amertume quand ils ne sont plus fréquentés, et cela m'incite à vouloir y revenir sans cesse. Merci pour cette famille à qui tu as ouvert et éclairé la possibilité d'une audace infinie. Rien ne vient ternir ta perspicacité et ton art de la représentation, et je ne suis pas triste que tu sois à quelques kilomètres aujourd'hui, car résonne au plus profond de moi ce que tu penses de cette soutenance : « *non mais c'est pas un peu cucul une thèse !* ».

À **Purifaing et Laufromont**, terres d'enfance. Ouais, je remercie la Pachamama, c'est tendance.

À **ma belle famille**. Sachez que moi, tout ce que je veux, c'est-que-tout-l'monde-s'entende. Alors aucune raison de remercier Jacques. Par contre, Anne-Marie, ma merveilleuse belle-grand-mère, la petite fée qui sait rendre notre quotidien plus serein même si on ne lui envoie pas de photo ni de carte postale, je vous adresse mes plus chaleureux remerciements. Et puis à Grand Paul, qui a toujours répondu présent pour mes projets de bricolage (qui vont d'ailleurs enfin pouvoir recommencer). À Philippe, pour les lundis potaches (blagues que je ne comprends jamais), et pour l'héritage que vous léguez à Sophie comme par exemple quand elle a l'air... euh, comment dire... intelligente, vous êtes sûr ? Merci aussi à Papi René, je vous adore, votre côté hippie perdu au milieu de votre ranch me fait rêver, ou c'est peut-être l'inverse, votre style cow-boy coincé sur une montagne sacrée, je sais pas trop, bref, j'ai hâte de pouvoir vous rendre visite. À AM2, avec ce trajet pour venir fumer des clopes, boire du champagne pour ma soutenance... je distingue très clairement la branche baba cool de Jules ! À Bubu, Christelle, Simon, Paul, Lucile, puis de Véro jusqu'Oscar (désolée les autres pour le raccourci, y'a trop de monde !).

À Lisa, parce que t'es la godmother la plus cool et la plus belle de la terre ever.

À Nicos, parce que tu r'présentes la Haute-Marne et le patinage artistique en même temps.

À Gautier, non mais qu'est-ce que je deviendrai sans toi ?

À Stéph, pour tes théories sur le macaron et pour ton talent à reconnaître et à produire de beaux mâles.

À Laurent, pour tes corrections devant l'éternel et pour tes théories du droit à l'alcool de bas de gamme et du droit des obligations (mention obligation forte poitrine).

À Lilian, pour ton art conceptuel de toucher d'épaule avec le sein d'autrui.

À Antoine et Michel, qui auront été appâtés par toutes ses histoires de nichons, je n'en doute pas.

À Jakiki, mon tout premier pompier go-go dancer que je connais et que c'est pas rien.

À Romain, élu twisteur-ambianceur attitré spécialiste de l'impro et qui me donne la larme quand j'ai l'honneur de beat-boxer avec.

À Tom de l'east cost.

À Dzo de la basse côte.

À Zguego, mais pourquoi zguego me direz-vous ? Mais simplement parce qu'à la première écho, il ressemblait déjà à un zguego.

Aux autres vosgepattes tous autant qu'ils sont, Zouzou, Pedro, Rodrigue, William...

Aux potes qui ont rendu mes études bien joyeuses (et qui ont ainsi évité que je me pende avec un drap d'hosto), Celine, Nono, Julia, Romain, Ouriel, Seb, Clemence, Leslie...

À Chloé, pour le plus beau jour de ma vie à tes côtés !

À Rudy, the last but not least, le comité quoi.

Bon vient le moment où je dis que je ne peux pas vous dire merci à tous individuellement hein, je suis désolée, j'ai dû limiter à certains mais quand même, le cœur y est, les amis.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

*« Me galopan en la sangre
dos abuelos, si señor.
Uno lleno de silencios
y el otro, medio cantor »*

Atahualpa Yupanqui

Sommaire

<i>I/ Introduction</i>	17
<i>II/ Rappels préalables</i>	20
II-A/ La lactation	20
II-B/ L'ablactation	21
II-C/ L'homéopathie	28
<i>III/ La genèse de cette étude</i>	31
III-A/ Notre expérience personnelle de l'ablactation et de l'homéopathie	31
III-B/ Les mésaventures de la bromocriptine comme opportunité	32
III-C/ La possibilité d'entreprendre cette étude en milieu hospitalier	36
<i>IV/ La mise en œuvre de l'étude</i>	38
IV-A/ Les difficultés de mise en œuvre	38
IV-B/ La conception d'une aide à la prescription destinée aux sages-femmes	40
IV-C/ La confrontation de cette aide à la prescription à la réalité clinique	46
<i>V/ L'échec de l'étude et son analyse : l'itinéraire d'un égarement</i>	62
V-A/ Analyse critique des cas cliniques par des homéopathes-conseils	62
V-B/ Impasse de l'aide à la prescription par la perte de vue des concepts fondamentaux	73
V-C/ Impossibilité de répondre aux normes EBM	75
V-D/ Ultime critique : valeur de mon enseignement en homéopathie hahnemannienne ?	78
<i>VI/ Conclusion</i>	79
<i>Bibliographie</i>	81
<i>Table des matières</i>	86
<i>Annexes</i>	88

Liste des tableaux et des figures

<i>Tableau 1. Quelles méthodes pour les désagréments de l'ablactation ?</i>	34
Figure 1. Rubriques « suite de sevrage » du logiciel Complete dynamics	41
<i>Tableau 2. Tableau récapitulatif des remèdes utiles dans l'ablactation</i>	42
<i>Tableau 3. Aide à la prescription ; classement des symptômes par remède</i>	44
<i>Tableau 4. Tableau des caractéristiques des patientes interrogées</i>	48
<i>Tableau 5. Tableau des dates d'apparition des désagréments d'ablactation des patientes</i> ...	49
<i>Tableau 6. Résultats de la patiente numéro 1 de l'algorithme décisionnel</i>	56
Figure 2. Concordance entre l'algorithme décisionnel et le prescripteur	57
Dans les Annexes :	
Figure 3. Schéma d'une coupe de sein d'après POIRIER.....	90
Figure 4. Présentation schématique du développement des canaux lactifères et des alvéoles ..	90
<i>Tableau 7. Allaitement autorisé sous condition</i>	93
Figure 5. Photographie de l'ergot de seigle	95
<i>Tableau 8. Principales contre-indications de la bromocriptine</i>	99
<i>Tableau 9. Principaux effets secondaires de la bromocriptine</i>	100
<i>Tableau 10. Pondération informatique</i>	116
Figure 6. Schéma récapitulatif des données recueillies pendant l'étude.....	128

I/ Introduction

François Laplantine définit l'homéopathie comme un modèle qui « *consiste à réactiver les symptômes par les semblables, c'est-à-dire à dénouer la crise traversée en agissant dans le sens même de la maladie* » [1].

L'homéopathie naît, nourrit et s'est nourrie de la recherche sur les substances médicamenteuses du XVIII^e siècle. Cette époque a connu le tournant majeur pris par les sciences médicales modernes, lesquelles ont dès lors cherché à améliorer les connaissances sur les propriétés des médicaments et sur leurs indications thérapeutiques [2].

De plus, sous l'impulsion de la révolution française, l'univers médical a explosé et l'enseignement de la médecine a été bouleversé par les réformes hospitalières. La société n'a laissé alors place qu'aux méthodes médicales dites concrètes, qui s'attachent à des observations minutieuses au lit du patient et qui cherchent à vérifier leurs hypothèses pour proposer de nouvelles thérapeutiques. C'est la fin des modèles abstraits, et cette époque donne naissance simultanément – « Co-naissance » pourrait-on dire – au modèle biomédical et au modèle homéopathique, deux visions bien différentes de la maladie [3].

Le modèle homéopathique repose sur la loi de similitude qui est son fondement inébranlable : *similia similibus curentur*, les semblables guérissent les semblables (loi déjà émise par Hippocrate, vers 400 avant J-C, conjointement à la loi de guérison par les contraires). Mais c'est Samuel Hahnemann, au tournant des XVIII^e et XIX^e siècles qui en a systématisé l'utilisation.

Bien qu'une majorité du corps médical reste, et ce depuis Galien, attaché à la loi des contraires, l'homéopathie, de son côté est toujours présente et bénéficie de la faveur de nombreux patients. Mais, du fait des nombreuses idées reçues qu'elle véhicule, souvent entretenues par les homéopathes eux-mêmes, elle a perdu toute reconnaissance au sein du milieu hospitalier [4].

Elle peut y être tolérée sous forme de « recettes », mais cette présence¹ ne prend pas en compte les apports et difficultés indéniables de l'homéopathie. On « *cherche à satisfaire les patients* » plutôt qu'à véritablement les comprendre par la démarche homéopathique [3]. Et au final, ces recettes dénaturent les principes fondamentaux qui sont ceux de l'homéopathie classique hahnemannienne.

L'étude que nous présentons ici, se propose d'explorer les possibilités d'introduction de cette homéopathie classique hahnemannienne en milieu hospitalier dans le cadre du traitement des désagréments de l'ablactation.

La partie II sera consacrée aux rappels des grandes lignes de la lactation, de l'ablactation et de l'homéopathie.

Dans la partie III, nous relaterons la genèse de ce projet comme résultat de la coïncidence temporelle de trois facteurs :

1/ Notre expérience personnelle de l'ablactation nous ayant conduit à entreprendre une formation à l'homéopathie classique hahnemannienne.

2/ La remise en cause des dérivés de l'ergot de seigle, tels que la bromocriptine, dans la prise en charge des désagréments de l'ablactation. Remise en cause dont nous résumerons les « mésaventures ». Cette situation ayant conduit les médecins et pharmaciens hospitaliers à rechercher des thérapeutiques alternatives dénuées autant que possible d'effets secondaires, cela nous a semblé ouvrir la voie à une possible introduction de l'homéopathie classique hahnemannienne dans cette indication.

3/ Enfin, la possibilité qui s'est présentée à la même époque de pouvoir réaliser cette étude en milieu hospitalier. Et ceci, en étant nous-même en milieu libéral, et en l'absence de tout rapport avec un médecin homéopathe hospitalier formé.

Dans la partie IV, nous expliquerons la mise en œuvre d'une « aide à la prescription » destinée aux sages-femmes afin de les aider à prescrire une homéopathie d'inspiration classique hahnemannienne chez les patientes présentant des désagréments suite à une ablactation en milieu hospitalier. Nous relaterons les difficultés alors rencontrées qui nous ont

¹ Parfois, elle n'est pas tout à fait absente des petits hôpitaux, mais elle est toujours liée au hasard d'un médecin en cours de responsabilité qui se forme, ce qui, jusqu'ici, n'en permet pas l'enracinement [4].

conduit à nous rabattre sur une enquête qualitative et à tester directement nous-même cette aide à la prescription auprès de patientes préalablement sélectionnées.

La partie V sera consacrée à rendre compte de la relecture de cette enquête qualitative et de sa critique par des homéopathes chevronnés. Critique aboutissant à un constat d'échec duquel nous tirerons des conclusions générales et personnelles.

Notre ambition, par ce travail, est d'apporter un témoignage sincère de résultats négatifs qui, nous l'espérons, permettront de mieux saisir la spécificité de l'homéopathie, les questions qu'elle pose et les horizons qu'elle pourrait ouvrir.

II/ Rappels préalables

Puisque nous nous proposons d'étudier les possibilités d'utilisation de l'homéopathie classique hahnemannienne afin de tenter de pallier les éventuels désagréments de l'ablactation, nous rappellerons au préalable certaines notions censées être connues (raison pour laquelle nous avons placé en annexe beaucoup de ces rappels, tout au moins concernant les deux premiers points) :

I-A/ La lactation

I-B/ L'ablactation

I-C/ L'homéopathie classique hahnemannienne

Quant au cadre hospitalier, permettant cette utilisation, ses avantages et contraintes seront examinés plus loin.

II-A/ La lactation et ses différentes étapes

1/ La mammogénèse

2/ La lactogénèse (s'étendant du dernier trimestre de la grossesse jusqu'au sevrage ; avec sa phase colostrale puis lactée)

3/ Les premiers jours de la lactation : la montée laiteuse

4/ La galactopoïèse (entretenant et régulant de la sécrétion lactée)

On trouvera en Annexe 1 un développement de ces différentes étapes avec schémas [5-10].

Nous nous intéresserons ici qu'à ce qui concerne notre étude :

--La montée laiteuse s'accompagne d'une congestion diffuse avec œdèmes corporels : les seins sont œdémateux, tendus et chauds.

--La galactopoïèse (production du lait après l'accouchement²) est principalement contrôlée par la prolactine (chaque tétée provoquant un pic). Après six semaines environ, la

² À savoir que la grossesse n'est pas pré-requise pour le démarrage d'une lactation. Des faits de re-lactation doivent rappeler que nous sommes encore loin de comprendre tous les mécanismes physiologiques impliqués dans le fonctionnement de la glande mammaire [11].

glande mammaire s'autonomise du contrôle hormonal et acquiert un véritable automatisme : traction, vidange, transsudation et remplissage.

--Par ailleurs, certaines émotions de la mère comme le stress et l'anxiété peuvent inhiber les phénomènes sécrétoires ; au contraire, la vue du bébé, ses pleurs ou simplement le fait de penser à lui peuvent les provoquer.

II-B/ L'ablactation

II-B-1/ Ambiguïté du terme ablactation

L'ablactation est l'arrêt de la sécrétion lactée chez la femme. La notion ne doit pas être confondue avec le sevrage, qui est la cessation progressive de l'allaitement d'un enfant, pour lui donner une nourriture plus solide.

Cet arrêt de la sécrétion lactée peut être spontané, volontaire, ou indiqué médicalement.

II-B-2/ Ablactation spontanée

Il faut distinguer :

--L'absence de lait ou agalactie, ou bien le tarissement précoce de la sécrétion lactée, s'accompagnant ou non de troubles.

--Le sevrage de l'enfant. La mère et l'enfant s'adaptent au même rythme à leurs besoins mutuels qui s'amenuisent progressivement, ce qui conduit spontanément à un arrêt de la production lactée aux alentours des deux ans de l'enfant, selon l'OMS [12]. Normalement, l'enfant est sevré lorsqu'il est capable de consommer et de digérer une quantité suffisante d'aliments consommés par les adultes. Mais les normes concernant la croissance et la physiologie des bébés en bonne santé sont larges. Les mères, de leur côté, décrivent le sevrage comme un phénomène progressif qui conduit au sentiment d'« un aboutissement de leur devoir ». Ce sevrage peut également s'accompagner de troubles [12].

II-B-3/ Ablactation volontaire ou refus d'allaiter ou de continuer d'allaiter

La capacité d'allaiter est un phénomène naturel, mais sa promotion ou sa non-promotion est culturelle, ce qui a été perceptible à toutes les époques³.

Ce refus [13-16] peut se manifester à deux moments différents :

II-B-3-a/ Il a été décidé avant la montée de lait dans la majorité des cas : c'est le véritable refus d'allaiter

Les motifs personnels⁴ allégués, et pouvant se cumuler, sont alors :

- De convenance : contraintes de disponibilité pour l'organisation des horaires des tétées (50 %), participation de l'entourage à la « croissance » du nouveau-né (15 %), reprise d'une contraception (18 %), reprise précoce du travail ou des études, pudeur, esthétisme du sein que les mères trouvent trop gros ou trop petit, et/ou échec d'un allaitement antérieur.
- Ou bien ressortent de craintes concernant la santé : crainte des affections mammaires (22 %), crainte de la fatigue engendrée (38 %), crainte de la douleur ou encore crainte de la mauvaise qualité du lait.

II-B-3-b/ Il a été décidé pendant l'allaitement en cours : c'est le refus de continuer à allaiter

- Soit parce qu'il n'est plus désiré du fait de complications décourageantes de l'allaitement lui-même (fatigue, douleurs, crevasses, etc.).
- Soit par manque de motivations, avec parfois l'impression que l'enfant « fait la grève ».

³ CF les nourrices au 19^{ème} siècle (les aristocrates et la grande bourgeoisie considéraient l'allaitement comme animal et/ou préjudiciable esthétiquement).

⁴ Actuellement, le plus souvent, celles qui refusent d'allaiter sont jeunes ou âgées de plus de 40 ans. Elles ont souvent un niveau d'étude bas et/ou elles sont issues d'un milieu social défavorisé. De plus, le célibat est un facteur influençant ce choix. En revanche, les circonstances d'avoir été allaité, d'avoir vu allaiter, d'avoir eu un bon déroulement de la grossesse favorisent lui l'allaitement au sein.

En France l'enquête Epifane [16] a révélé que le pourcentage de femmes commençant à allaiter en maternité était, en 2012, de 70 % environ. Environ 9 % abandonnent leur allaitement durant la période d'hospitalisation du post-partum. Une mère sur deux n'allait plus au bout d'une semaine. Ces chiffres révèlent le grand nombre de femmes cessant plus ou moins rapidement d'allaiter et certains en subiront les désagréments.

Et parmi toutes ces femmes ayant refusé d'allaiter ou de continuer d'allaiter, et ayant donc opté pour un allaitement artificiel, 97 % disent ne pas regretter leur choix.

II-B-4/ Ablactation d'indication médicale

Il existe des contre-indications exceptionnelles, absolues et définitives, voire des impossibilités, dont l'on retrouvera le détail en Annexe 2 [17].

--Ce sont, chez la mère, une séropositivité au VIH, une fièvre inexplicquée, une pathologie chronique grave (cardiopathie, insuffisance rénale, cancer...), une absence congénitale de mamelon ou de glande mammaire, des antécédents de chirurgie mammaire empêchant d'allaiter, ou la prise de médicaments toxiques.

--Chez l'enfant, on trouve là une galactosémie congénitale, la phénylcétonurie et la leucinose.

En cas d'IMG ou de MFIU, on considère également que l'ablactation est d'indication médicale.

II-B-5/ L'allaitement autorisé sous conditions, pouvant conduire à un abandon volontaire de l'allaitement

Un tableau détaille toutes ces conditions en Annexe 3 : dans la varicelle ou le zona, la tuberculose pulmonaire, la tuberculose pulmonaire, l'infection herpétique, l'infection à CMV en cas de prématurité, l'hépatite B, la chirurgie mammaire, le tabagisme maternel, la consommation d'alcool, et la consommation de drogues [17].

II-B-6/ Évolution spontanée en cas d'ablactation au moment de la montée laiteuse

L'évolution spontanée détaillée se trouve en Annexe 4 [5-10].

Signalons simplement que si une femme ne stimule pas ses mamelons après l'accouchement, évitant ainsi l'entretien de l'hyperprolactinémie, la lactation s'interrompt habituellement d'elle-même en une ou deux semaines.

II-B-7/ Inconvénients et complications éventuelles de l'ablactation

Cet arrêt de la sécrétion lactée peut parfois entraîner des inconvénients ou même se compliquer.

--Les inconvénients :

Un engorgement (dans 30 % des cas) et/ou des douleurs (dans 40 % des cas), peuvent être observés ; moins de 10 % des femmes non traitées semblent avoir une inflammation réactionnelle au niveau des seins [18]. Les douleurs ne durent que quelques jours et sont plutôt de l'ordre de l'inconfort. L'engorgement mammaire est diagnostiqué quand les seins deviennent chauds, tendus et douloureux. Il n'y a pas de fièvre, mais on observe parfois un placard rouge sur la glande mammaire. Généralement, ces inconvénients régressent spontanément dans les 24 à 48 heures.

--Les complications restent rares, mais doivent être bien identifiées :

La mastite est une complication inflammatoire rare du sein qui peut évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée du sein avec aspect inflammatoire à des formes beaucoup plus sévères de cellulite avec peau d'orange. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux. Lors de la survenue d'une mastite infectieuse, la bactérie la plus souvent isolée est le staphylocoque doré [19].

L'abcès du sein est une complication très rare. Un amas de pus se forme dans le tissu conjonctivo-graisseux, dans les régions les moins irriguées par le système lymphatique. On observe une tuméfaction localisée de la taille d'une noisette. L'inflammation est extrêmement douloureuse. Cet abcès s'accompagne d'une fièvre, d'une altération de l'état général et parfois d'adénopathies satellites.

II-B-8/ Traitement, de 1980 à 2012-2013 des désagrément de l'ablactation par un palliatif quasi universel dérivé de l'ergot de seigle, la bromocriptine

De 1980 à 2013, en France, on pallie les désagrément de l'ablactation le plus souvent par la prise de **dérivés de l'ergot de seigle**, et principalement par **la bromocriptine** (Parlodel®).

II-B-8-a/ L'ergot de seigle

L'ergot [20] est un champignon qui peut infecter diverses graminées, mais il est surtout connu comme parasite de l'inflorescence du seigle *Secale cereale* par l'espèce *Claviceps purpurea*, et notamment il produit des alcaloïdes toxiques.

Nous résumerons ci-dessous nos recherches que l'on retrouvera en Annexe 5 [20-24].

C'est une substance psychotrope, appartenant aux plantes sacrées de la Grèce antique, qui renvoie l'homme à sa quête millénaire d'une substance qui serait une panacée, c'est-à-dire un remède universel. Pourtant, si certains le consomment de leur plein gré pendant les rites sacrés, la plupart des anciens grecs l'évitent et ne mangent pas de seigle à cause du « *fruit noir et malodorant qui fait mourir les femmes en couche* » [20].

Le seigle fut introduit en Europe au début de l'ère chrétienne. Pendant le Moyen-Âge, de curieuses épidémies éclatent dans toute l'Europe, causant de nombreux morts et prenant deux formes : **l'une à convulsions nerveuses et symptômes épileptiques et l'autre à gangrène et perte des extrémités** [22]. Ces formes étaient précédées par des troubles psychiques particuliers occasionnant nausées, vertiges, vomissements et aliénation de l'esprit. Mais à cette époque, personne n'a encore fait le lien entre la présence d'ergot dans le seigle et la

maladie dite du « mal des ardents », aussi nommée « feu sacré », « feu de Saint Antoine », « feu de Saint Martial » ou « feu de Saint André ».

II-B-8-b/ L'usage médical de l'ergot de seigle

En 1582, Adam Lonitzer, médecin allemand, constate l'utilisation, par la corporation des sages-femmes, de l'ergot de seigle qu'elles administrent à doses modérées afin de stopper l'hémorragie du post-partum. Cet usage semble s'être transmis de génération en génération.

C'est François Quesnay, vers 1750, qui fait enfin la relation entre l'ergot de seigle et le « feu sacré » dans son *Traité de la gangrène*. Cette intoxication est alors nommée « ergotisme ».

Et c'est suite à des cas d'agalactie par intoxication à l'ergot de seigle que l'on découvre son pouvoir inhibiteur sur la montée de lait.

Ainsi, le Dr Hofmann a pu écrire en 1986 : « *l'ergot de seigle est passé, au cours de son histoire, d'une utilisation antique sacrée à un poison craint au Moyen-Âge, et il est devenu progressivement une mine de médicaments nouveaux qui sont aujourd'hui largement utilisés en médecine* » [20].

Les alcaloïdes toxiques produits par l'ergot de seigle ont été étudiés dès 1906 par les chimistes. Les médicaments dérivés de l'ergot de seigle s'obtiennent par extraction à partir de diverses souches du champignon, ou par synthèse partielle ou totale. Ce sont des agonistes dopaminergiques, mais ils ont des effets également sur les récepteurs alpha adrénergiques et sérotoninergiques. **Certaines études notent des différences – d'affinité de ces substances avec les récepteurs – importantes selon les individus étudiés** [25].

Cela rejoint les constatations de Hahnemann, au milieu du XIX^e siècle lors d'une expérimentation de *Secale cornutum* sur des personnes saines (pathogénésie), qui montrèrent une fois de plus que la toxicité de la substance ne dépend pas seulement de la dose, mais qu'elle était surtout influencée par la susceptibilité individuelle de

l'expérimentateur, susceptibilité variant considérablement d'un expérimentateur à l'autre⁵.

C'est l'idiosyncrasie, décrite par Claude Bernard au même moment : « *Le rapport qui constitue la particularité de chaque être, de chaque état physiologique ou pathologique est la clef de l'idiosyncrasie, sur laquelle repose toute la médecine* » [24].

II-B-8-c/ La bromocriptine de 1978 à 2013

Ce médicament appartient aux agonistes dopaminergiques dits de « première génération », dérivés semi-synthétiques de l'ergot de seigle [27].

Dans les années soixante, avant l'arrivée sur le marché des agonistes dopaminergiques, plusieurs thérapeutiques (œstrogènes, progestatifs, androgènes, diurétiques, ocytocine, vitamines B6) avaient été testées. Elles ont été abandonnées en raison de leur efficacité médiocre, ou de leurs effets secondaires, ou encore de leur mauvaise tolérance. Si ces traitements paraissent aujourd'hui désuets, ils témoignent à la fois de l'ancienneté du souci de pallier les inconvénients de l'ablactation et de la diversité de solutions proposées [18].

En 1978, la bromocriptine est commercialisée en France mais uniquement dans les indications en endocrinologie et en neurologie [18].

Puis de 1980 à 2013, la bromocriptine devient comme quasiment incontournable pour remédier aux désagréments de l'ablactation du fait de sa capacité à s'opposer à la production de prolactine [18]. Elle est prescrite essentiellement en milieu hospitalier.

⁵ C'est ce qui peut expliquer des phénomènes comme celui que l'on a pu observer récemment lors de l'essai thérapeutique à Rennes. La toxicité du médicament expérimenté n'a pas été comparable chez tous les patients du groupe recevant la dose la plus élevée ; un est décédé, quatre autres ont présenté des tableaux cliniques plus ou moins graves et un est resté asymptomatique.

Elle obtient officiellement l'autorisation de mise sur le marché français (AMM) en 1993, dans l'inhibition de la montée laiteuse, après une première enquête de pharmacovigilance.

Cependant, il est reconnu avant 2012, que la bromocriptine présente plusieurs contre-indications ainsi que de nombreux effets indésirables, parfois graves, à type d'infarctus du myocarde et d'hémorragie cérébrale. Tout cela est signalé dans le résumé des caractéristiques du produit (RCP) (cf. Tableau 8 et 9).

II-C/ L'homéopathie

Rappelons que le médecin homéopathe a d'abord été formé à la médecine allopathique et qu'il est censé n'en rien ignorer. Mais, du fait de son imprégnation préalable par les cadres nosologiques, il rencontrera de nombreuses difficultés dans son exercice spécifique (surtout à ses débuts comme le montrera la présente étude).

L'homéopathie est née, à la charnière des XVIII^e et XIX^e siècles, sous l'impulsion du médecin allemand Christian Friedrich Samuel Hahnemann (1755-1843).

Ce dernier, au départ, n'a fait qu'exploiter le principe de similitude déjà évoqué par Hippocrate aux environs de 400 avant J-C : « *Les douleurs se guérissent par les contraires... Autre procédé : la maladie est produite par les semblables ; et par les semblables que l'on fait prendre, le patient revient à la santé...* ». Notons qu'Hippocrate évoque aussi bien les contraires (pour les douleurs ?) que les semblables (pour la maladie ?). Il ajoute, plus loin, qu'il lui manque la règle qui permettrait à coup sûr de choisir entre les deux.

Cette loi de similitude impliquait l'expérimentation des substances médicamenteuses chez l'homme sain, à dose subtoxiques (parfois toxiques) ou infinitésimales. Les symptômes apparus chez les expérimentateurs ont été soigneusement compilés et regroupés, constituant la pathogénésie du remède. Le recueil de ces diverses pathogénésies constitue la Matière médicale homéopathique. Hahnemann dirigea lui-même plus de 100 pathogénésies. Ce travail fut poursuivi, après sa mort, par ses élèves et continuateurs. Actuellement il existe plus de 1000 pathogénésies, dont beaucoup comportent entre 500 et 1000 symptômes.

Les règles classiques présidant aussi bien à l'établissement du diagnostic que de la prescription en homéopathie seront évoquées au chapitre consacré à l'analyse critique de cette étude.

La loi de similitude est la raison principale pour laquelle l'homéopathie a toujours été accueillie avec méfiance par la majorité des médecins dont l'esprit est dominé depuis Galien par l'idée de la loi des contraires. Toutes les autres différences – doses infinitésimales, individualisation du patient et non identification de la maladie, etc. – ont été également constamment contestées. De même que ses résultats sont considérés comme insuffisamment prouvés, ou qualifiés d'effet placebo, lequel est pourtant parfois observé pour d'autres thérapeutiques acceptées. Et tout ceci l'a constamment repoussée dans les marges de la pratique médicale.

Cependant, après plus de deux siècles, l'homéopathie n'a pas disparu. Car contrairement à un cliché répandu, elle est l'unique médecine alternative et la seule à s'appuyer sur la loi de similitude (toutes les autres, y compris la phytothérapie, reposant sur celle des contraires). Et c'est bien ce que perçoit obscurément le grand public, en dépit dudit cliché, puisque, de toutes les « autres médecines », c'est la plus répandue.

Mais si l'homéopathie n'a pas disparu, elle s'est scindée en différentes écoles. En effet, des désaccords entre Hahnemann et certains de ses élèves et continuateurs se sont fait vite fait jour. Si tous acceptaient en gros la loi de similitude, certains refusaient les doses infinitésimales (aussi bien lors des pathogénésies qu'en thérapeutique) et d'autres en plus refusaient la prescription d'un remède unique, et il est ensuite survenu bien d'autres divergences qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Actuellement, on peut répartir très schématiquement les homéopathes en deux courants :

--Un courant très minoritaire de médecins restant fidèles aux règles hahnemanniennes, qualifiés souvent « *d'unicistes* » (prescrivant un seul remède), que nous appellerons *homéopathes classiques hahnemanniens*. Ces homéopathes cherchent toujours en premier lieu un remède homéopathique le plus semblable possible aux troubles que présente le patient ; et ceci dans la mesure où l'état du patient le permet. Et s'ils ne le trouvent pas ou si la situation est urgente, ils n'hésitent pas à recourir à l'allopathie ou à une autre médecine basée sur les contraires, ou encore à la chirurgie.

--Un courant largement majoritaire d'homéopathes que l'on nomme souvent « *pluralistes* », et que nous choisissons de qualifier, comme Hahnemann le faisait, d'*homéopathes éclectistes*. Ce courant refuse ou ne respecte pas certaines règles hahnemanniennes. Le médecin prescrit alors plusieurs remèdes sur la même ordonnance, souvent associés d'emblée à de l'allopathie. Il n'y a alors pas de frontières entre allopathie et homéopathie, et les deux paradigmes s'entremêlent. On retrouvera ce courant plus loin car il est à l'origine du « protocole » *Apis-Bryonia*, toléré en milieu hospitalier, pour traiter les désagréments de l'ablactation.

III/ La genèse de cette étude

Plusieurs facteurs ont concouru à la genèse de cette étude :

- Mon expérience personnelle, à la même époque, de l'ablactation et de l'homéopathie classique hahnemannienne.
- Les mésaventures de la bromocriptine aboutissant à sa remise en question en 2012-2013, et la recherche consécutive d'alternatives, éventuellement homéopathiques.
- La possibilité d'entreprendre cette étude en milieu hospitalier.

III-A/ Notre expérience personnelle de l'ablactation et de l'homéopathie classique hahnemannienne

III-A-1/ Notre expérience personnelle de difficultés d'allaitement rapidement résolues par homéopathie classique hahnemannienne

Lors de la visite des quatre mois de ma fille, nous avons brièvement parlé à notre médecin des difficultés que nous rencontrions pour poursuivre l'allaitement. Sans attendre vraiment une réponse de sa part, il nous avait pourtant conseillé de prendre un remède homéopathique. Avec étonnement, nous avons constaté que ce traitement nous avait insidieusement remis sur la voie de la lactation, et cela de manière quasi instantanée, effaçant aussi et de manière globale nos préoccupations de l'époque. Ce fut notre première expérience de l'homéopathie, et force est de constater *a posteriori* qu'elle concernait l'ablactation.

Pourtant, en choisissant cette thèse, nous ne pensions plus à cet épisode et nous nous imaginions peu concernée personnellement par ce sujet. D'autant que nous n'avions rencontré, au cours de nos remplacements, qu'une seule mère dont le motif de consultation avait été une demande de « coupe-lait ». Son enfant de 10 jours, ne parvenant pas à agripper correctement son sein, lui occasionnait des douleurs et de l'angoisse. Les efforts du pédiatre et de la sage-femme avaient été infructueux, et nous lui avons prescrit de la bromocriptine, tout en objectant qu'il était dommage qu'elle n'ait pas trouvé une autre solution.

III-A-2/ Notre formation en homéopathie classique hahnemannienne qui s'en est ensuivie

Suite à l'épisode de « la visite des quatre mois », nos questionnements grandissaient, et notre médecin nous avait conseillé d'entreprendre une formation en « homéopathie classique hahnemannienne » pour nourrir notre enthousiasme naissant.

Nous avons donc entrepris cette formation à l'Institut National Homéopathique Français (INHF) à Paris.

Plus tard, nous avons pensé que le choix de ce sujet de thèse serait un excellent moteur pour progresser dans cette discipline.

III-B/ Les mésaventures de la bromocriptine comme opportunité d'introduire l'homéopathie classique hahnemannienne en milieu hospitalier

On trouvera en Annexe 6 [27-61] le détail des mésaventures de la bromocriptine.

III-B-1/ La remise en cause de la bromocriptine

La divergence des études quant à son efficacité dans la suppression de la lactation, ainsi que la mise en évidence de plus en plus insistante de ses effets indésirables, furent les prodromes de sa remise en question. Cette dernière eut lieu en 2012-2013, lorsque la balance bénéfices-risques fut jugée défavorable, aussi bien pour l'ablactation précoce que tardive. De plus, l'ANSM faisait état de la nécessité d'un changement des mentalités conduisant à ne plus prescrire systématiquement un traitement d'inhibition de la montée laiteuse.

Mais la remise en cause de la bromocriptine monopolisant le débat, d'autres agonistes dopaminergiques n'ont pas été réévalués (comme le lisuride) et d'autres sont venus prendre sa place dans de nombreuses maternités (la cabergoline). Ceci, d'autant plus, qu'il n'y a eu aucune découverte de médicaments réellement nouveaux pour la prise en charge des inconvénients de l'ablactation.

III-B-2/ Les recommandations actuelles

Après de nombreuses résistances et un arbitrage européen, l'ANSM informe, en janvier 2015, les professionnels que la bromocriptine doit uniquement être utilisée pour prévenir ou supprimer la lactation pour raison médicale après l'accouchement (décès intra-utérin, décès néonatal, infection VIH de la mère, interruption médicale de grossesse, et fausse couche). L'utilisation de la bromocriptine n'est pas recommandée en routine pour l'inhibition de la lactation et/ou pour la suppression de douleurs liées à l'engorgement mammaire.

Toutes les recommandations finissent par conseiller, en premier lieu, de ne pas présenter le nouveau-né au sein et de ne pas stimuler les mamelons (abstention thérapeutique), ce qui suffit à inhiber la montée laiteuse dans 60 à 70 % des cas.

Si cela ne suffit pas, pour calmer l'inflammation réactionnelle, on conseillera les compresses froides ou de glace, la vidange manuelle des seins par massage et douche chaude, le port d'un soutien-gorge bien adapté à la taille de la poitrine.

Mais si la douleur persiste ou si l'engorgement s'accroît, on pourra avoir recours à des médicaments non ergotés (antalgique type paracétamol, anti-inflammatoires non-stéroïdiens), à la phytothérapie, à l'acupuncture, ou bien à une alternative homéopathique actuellement tolérée en milieu hospitalier : le protocole *Apis-Bryonia*.

Tableau 1. Quelles méthodes pour les patientes présentant des désagréments de l'ablactation ?

En gris les recommandations officielles actuelles

À l'annonce d'ablactation À TOUTES les patientes	Information de la patiente Les méthodes abstentionnistes visant à éviter la stimulation des mamelons et conseillant la non-présentation de l'enfant au sein.		
	Les méthodes interventionnelles		
	traditionnelles	pharmacologiques non ergotées	pharmacologiques ergotées
	froid / glace massage / douche chaude, soutien-gorge adapté	Antalgiques AINS Homéopathie Phytothérapie	Lisuride Bromocriptine Cabergoline
Si Fausse couche, ITG, décès du fœtus, infection VIH de la mère...	oui	OUI	OUI Après vérification de l'absence de CI
Si gêne	OUI	Oui sauf AINS	NON déconseillée en routine
Si douleur	oui	Oui sauf AINS	
Si engorgement	oui	Anti-inflammatoire 24/48 heures	
Si complication d'un allaitement	oui	oui	À discuter (CI +/- absence de réversibilité)

III-B-3/ L'alternative homéopathique actuellement tolérée en milieu hospitalier : le protocole Apis-Bryonia

Il existe, dans la littérature médicale, trois études évaluant l'efficacité d'un protocole homéopathique *Apis Mellifica* 9 CH et *Bryonia* 9 CH sur les désagréments de l'ablactation (Toulouse en 2001, Poitiers et Lille en 2002). Il existe également différentes recherches de mémoires de sages-femmes menées dans les hôpitaux de Clermont-Ferrand, Angers et Lille, utilisant d'autres protocoles.

Bien que les échantillons en soient faibles, ces études montrent que cette recette thérapeutique *Apis-Bryonia*, émanant du courant éclectique de l'homéopathie et baptisée « protocole », s'adapte facilement au fonctionnement hospitalier – car standardisée et systématique – et qu'elle est dénuée d'effets indésirables. Elle serait donc, *a priori*, utile aux patientes.

III-B-4/ La critique de ce protocole de notre point de vue d'homéopathe classique hahnemannien

--Ce protocole se limite à deux remèdes, alors que les répertoires homéopathiques donnent une trentaine de remèdes possibles dans cette indication.

--Et ces deux remèdes, donnés sur des symptômes physiques banals et communs tels que l'inflammation et la douleur, sont en outre loin d'être exclusifs de celles-ci, même dans cette indication précise. Qui plus est, ils ne couvrent pas les autres symptômes éventuellement associés.

--Mais surtout, ce protocole ne respecte pas deux points fondamentaux de la pratique homéopathique hahnemannienne :

- La prescription d'un remède.
- Et la sélection de ce remède à partir, non de symptômes communs et banals, mais en fonction de ceux qui sont les plus caractéristiques, c'est-à-dire ceux qui sont les plus rares, bizarres et particuliers.

--Enfin, ce remède sélectionné doit non seulement permettre une guérison nette et rapide des symptômes locaux (comme on a pu éventuellement l'observer avec le protocole *Apis-Bryonia*), mais il doit également apporter une sensation de bien-être global, aussi bien physique que psychique, parfois au prix d'une aggravation passagère (ce qui n'a, apparemment, jamais été observé avec ledit protocole).

III-B-5/ L'idée d'élaborer un protocole homéopathique classique hahnemannien en concurrence ou remplacement éventuel du protocole Apis-Bryonia

Ces critiques, citées plus haut, m'ont incitée à tenter d'élaborer un protocole homéopathique classique hahnemannien :

--1/ En choisissant un seul remède mais parmi un plus grand éventail de médicaments (en ayant recours au répertoire).

--2/ En sélectionnant ce remède unique, non à partir de signes banals et communs tels que l'inflammation et la douleur, mais à partir de symptômes plus particuliers et caractéristiques du médicament.

Il me restait à avoir la possibilité de tester son efficacité en milieu hospitalier.

III-C/ La possibilité d'entreprendre cette étude en milieu hospitalier

Cette possibilité s'est présentée par l'intermédiaire d'Aurélie Colin, sage-femme à la maternité de Lunéville, où elle pratique l'homéopathie classique.

Par ailleurs, il se trouve qu'à cette époque nous suivions ensemble la même formation à l'INHF, à Paris. Elle avait été contactée en décembre 2013 par une maternité parisienne pour introduire dans leur service un « protocole d'homéopathie classique » pour le traitement des symptômes de l'ablactation, ce type de protocole n'existant pas.

Le milieu hospitalier me parut le lieu idéal pour entreprendre cette étude et y tester l'efficacité de l'homéopathie hahnemannienne :

--Le nombre de patientes en situation d'ablactation y est suffisamment élevé.

--L'ablactation peut y être observée quand elle survient autour de la montée laiteuse.

--Ces patientes ne sont qu'un reflet de la population générale chez qui se manifeste l'envie d'utiliser des thérapeutiques homéopathiques.

IV/ La mise en œuvre de l'étude

IV-A/ Les difficultés de mise en œuvre

IV-A-1/ Les difficultés liées aux potentiels prescripteurs hospitaliers

--Les sages-femmes

Nous avons dès le départ pris en compte le constat d'Aurélie Colin, sage-femme homéopathe à la maternité de Lunéville, selon lequel les sages-femmes « *n'ont souvent pas le temps de chercher un remède* ».

Nous avons par la suite été confrontée à une réalité conforme à ce constat.

En avril 2015, après un entretien avec la sage-femme responsable du service de suites de couche du CHU, nous avons été orientée vers les sages-femmes référentes en lactation.

Nous en avons rencontré cinq, en mai 2015, à qui nous avons exposé notre projet de formation à la prescription homéopathique hahnemannienne.

Nous constatons à ce moment :

- 1/ Qu'elles ont, malgré un intérêt affiché pour l'homéopathie classique, une méconnaissance de ses principes élémentaires (voir **IV-A-2**).
- 2/ Qu'elles désirent de plus que la formation que je leur propose dans le cadre de mon étude soit comptabilisée dans leur « compte-temps formation » du CHU (voir **IV-A-3**).
- 3/ Qu'elles ont plutôt tendance à prescrire le protocole *Apis-Bryonia* en première intention. Elles m'informent par ailleurs que ce n'est pas systématique puisque certaines vont parfois jusqu'à remplacer ce protocole par des dérivés de l'ergot de seigle.
- 4/ Qu'elles trouvent que le temps que nécessitera l'interrogatoire des patientes est trop long, d'autant plus que la sortie à J3 dans la matinée n'offre pas la possibilité d'une consultation autre que courte et stéréotypée.

--Les médecins hospitaliers

Sauf exceptions rarissimes, les médecins homéopathes français exercent en milieu libéral (tout comme nous lors de nos remplacements).

Ainsi, il n'existait aucun médecin formé à l'homéopathie dans le cadre hospitalier où se déroule cette étude.

Si cette absence nous a laissé la plus grande liberté lors de la conception purement homéopathique de notre protocole, la présence d'un homéopathe hospitalier formé nous aurait peut-être évité certaines dérives constatées à la fin de cette étude.

IV-A-2/ Les contraintes techniques

La principale difficulté nous semblant provenir de la méconnaissance des principes élémentaires de l'homéopathie classique par les futurs prescripteurs, nous avons pensé y pallier par l'élaboration d'une « **aide à la prescription** » qui respecterait lesdits principes. Nous consacrerons, plus loin, des développements plus fournis relatifs à la nécessité dans laquelle nous nous sommes trouvée de limiter la liste de remèdes et des symptômes proposés. En effet, notre aide à la prescription ne devait pas excéder la capacité de remplissage d'une feuille A4 (**voir IV-B**).

IV-A-3/ Les contraintes administratives hospitalières

Nous nous sommes procuré la convention de formation obligatoire afin d'obtenir l'aval du CHU pour former les sages-femmes hospitalières. Cela nous a imposé de nombreuses et tortueuses démarches administratives.

La comptabilisation de cette formation dans le « **compte temps formation** » des sages-femmes est possible, mais requiert une longue procédure d'autorisation au sein de la direction du CHU. Nous attendons d'ailleurs toujours cette autorisation.

En conséquence, nous avons décidé de commencer à tester nous-même l'aide à la prescription auprès des patientes en août 2015 (**voir IV-C**).

IV-B/ La conception d'une aide à la prescription destinée aux sages-femmes

Cela impliquait tout d'abord de sélectionner un certain nombre de remèdes pouvant être utiles lors des inconvénients de l'ablactation et de sélectionner ensuite les symptômes permettant de les différencier [62-67].

IV-B-1/ La sélection des remèdes

Pour ce faire, nous avons utilisé 2 rubriques du répertoire homéopathique : « trouble suite de sevrage » et « suites de suppression de la lactation », rubriques indiquant une liste de remèdes possibles.

Qu'est-ce qu'un répertoire ?

- Les symptômes apparus lors de l'expérimentation d'une substance sur l'homme sain (pathogénésie) sont regroupés par remède dans les Matières Médicales Homéopathiques.
- Les symptômes relevés avant leur guérison par un remède homéopathique sont regroupés également par remède, dans divers ouvrages dits « cliniques ».
- Le répertoire inverse le classement : il s'agit d'une **liste alphabétique de symptômes avec la liste des remèdes ayant induit expérimentalement ou guéri lesdits symptômes.**

La Sélection de ces rubriques a été effectuée à partir de *Complete dynamics* (Figure 1) et de *Radar*⁶ qui sont les deux principaux logiciels de répertorisation homéopathique. Le répertoire *Synthésis* est informatisé dans le logiciel *Radar* et le répertoire *Complete Repertory* dans le logiciel *Complete Dynamics*.

⁶ A la rubrique « trouble suite de sevrage » du logiciel Radar, sont mentionnés comme remèdes : *Allium sativum*, *Argentum nitricum*, *Belladonna*, *Bryonia*, *Carbo animalis*, *Conium maculatum*, *Cyclamen*, *Dulcamara*, *Fragaria vesca* (phyto), *Lac caninum*, *Pulsatilla*, *Phytolacca*, et *Urtica urens*.

Figure 1. Rubriques « suite suppression de la lactation » et « suite de sevrage » du logiciel Complete dynamics

LAIT, maladies de la lactation (cont.)
sevrage: ASAF BELL Bry CALC carb-an frag
 LAC-C lac-d PULS urt-u vinc
 • Généralités; sevrage, mauvais effets du (28)
agg.
 • Généralités; sevrage, mauvais effets du (28)
supprimé: acet-ac ACON agar AGN alf
 ampe-qu ASAF aur aur-i aur-s BELL BRY
 bufo CALC calc-sil camph-br CARB-AN
 CARB-V CAUST CHAM CHEL chim CHIN
 chion cimic cocc COFF cordy-a DULC
 FORM FRAG HYOS ign IOD JAB LAC-C
 LAC-D LACH MERC merc-c MILL nux-m
 NUX-V PH-AC phos phyl-a phyt PLB
 PULS RHEUM RHUS-T RIC SEC sep SIL
 STICT sul-i SULPH THYR URT-U ust verat
 ZINC
 • Absence (73)
 • Généralités; écoulements; éruptions;

SEVRAGE, mauvais effets du: Acon all-s
 arg-n ASAF Bell Bry CALC carb-an cham
 CHIN CHOC coff CON cycl dulc frag hoch
 LAC-C lac-d Lac-h lycpr med merc PULS
 sep Sulph urt-u vinc

Ces rubriques donnent 31 remèdes possibles. Nous avons croisé ces 2 rubriques et extrait 16 remèdes avec lesquels nous avons réalisé « l'aide à la prescription » : *Aconit*, *Allium sativum*, *Apis*, *Argentum nitricum*, *Belladonna*, *Bryonia*, *Calcarea carbonica*, *Chamomilla*, *Conium*, *Cyclamen*, *Dulcamara*, *Lac caninum*, *Pulsatilla*, *Phytolacca*, *Sepia*, et *Urtica urens*⁷.

C'est essentiellement parce que cette compilation ne devait pas excéder le remplissage d'une feuille A4 (contrainte technique) que nous nous sommes limitée à 16 remèdes (Tableau 2).

⁷ Tous ces médicaments homéopathiques ont fait l'objet d'un enregistrement à l'HAS [62].

Tableau 2. Tableau récapitulatif des remèdes sélectionnés que nous avons jugé utiles dans l'ablactation

ACONIT :	issue de l'aconit napel, indiquée dans le traitement d'un sevrage difficile suite à une frayeur pendant l'accouchement.
ALLIUM SATIVUM :	issue de l'ail des ours, indiquée dans le traitement d'une inflammation mammaire après sevrage.
APIS MELLIFICA :	issue de l'abeille ouvrière de la famille des hyménoptères, indiquée dans le traitement d'une inflammation mammaire après sevrage.
BELLADONA :	issue de la belladone, indiquée dans le traitement d'une inflammation mammaire brutale, rouge en rayon après sevrage.
PHYTOLACCA :	issue du phytolaque, indiquée dans le traitement de la douleur avec dureté mammaire après sevrage.
ARGENTUM NITRICUM :	issue du nitrate d'argent, indiquée dans le traitement de la douleur mammaire accompagnée de diarrhées après sevrage.
BRYONIA :	issue de la racine de la bryone blanche, une plante herbacée, indiquée dans le traitement de l'inflammation mammaire avec ganglions axillaires durs prédominant à gauche après sevrage.
CALCAREA CARBONICA	issue des coquilles d'huitres, indiquée dans le traitement d'un sevrage difficile suite de récits horribles sur l'allaitement.
CONIUM :	issue de la grande ciguë, indiquée dans le traitement d'un écoulement de lait aqueux persistant après sevrage.
CYCLAMEN :	issue du cyclamen, indiqué dans le traitement d'une dépression mentale, ou d'une tristesse après sevrage.
DULCAMARA :	issue de la morelle douce-amère, indiquée dans le traitement d'une douleur du mamelon avec éruption cutanée après sevrage.
CHAMOMILLA :	issue de la camomille allemande, indiquée dans le traitement d'un sevrage difficile à la suite d'une colère avec douleur intolérable.
LAC CANNUM :	issue du lait de chienne, indiquée dans le traitement de la douleur mammaire, de l'engorgement et de la tristesse après sevrage.
PULSATILLA :	issue de l'anémone pulsatile, indiquée dans le traitement la douleur mammaire avec écoulement de lait et pleurs avec culpabilité.
SEPIA :	issue de l'encre de seiche, indiquée dans le traitement de la dépression mentale ou tristesse avec indifférence à tout après sevrage.
URTICA URENS :	issue de l'ortie, indiquée dans le traitement d'un gonflement excessif mammaire après sevrage.

IV-B-2/ La sélection des symptômes permettant de différencier ces remèdes

Toujours pour des raisons techniques, nous avons dû limiter le nombre de ces symptômes.

Pour cela, nous avons eu recours à des symptômes figurant dans les **matières médicales abrégées dites synthétiques** dessinant un portrait-robot de chaque remède (cf. Annexe 7).

En classant cette liste de symptômes homéopathiques dans un tableau – « aide à la prescription » (cf. Tableau 3) – nous pensions pouvoir raisonnablement donner au soignant les moyens de discerner les contours caractéristiques de chaque remède pour qu'il puisse en repérer les similitudes avec chaque patiente.

Dans ce tableau, il nous est apparu assez fiable d'orienter d'emblée le prescripteur sur le critère « d'apparition » des symptômes. Cela permet d'organiser la liste des remèdes en trois catégories, même s'il s'agit d'une modalité qui n'est pas toujours représentative.

Ensuite, dans la mesure où la patiente aura accepté d'expliquer son refus d'allaiter, nous considérons que cette donnée constitue un symptôme important, bien qu'il ne faille pas toujours se fier à ce qu'affirme la patiente.

Ce qu'elle aura dit éventuellement de son état psychique⁸ ou de son environnement est également très important en homéopathie.

D'autres symptômes, dans la mesure où ils seront considérés comme caractéristiques⁹, contribuent également à permettre au prescripteur de singulariser la patiente. Il faut toutefois garder à l'esprit que les symptômes physiques communs de l'ablactation sont inutiles à l'homéopathe.

Nous avons justifié tous les symptômes utilisés par les rubriques du répertoire (cf. Annexe 8).

En résumé, d'une association homéopathique composée de deux remèdes fixes (*Apis* et *Bryonia*), nous avons élaboré une « aide à la prescription » permettant de sélectionner un remède homéopathique unique parmi une liste de seize autres.

⁸ Je me suis également inspirée des travaux du Dr Masi. Il propose une méthode d'individualisation des patientes. Il est entendu qu'il est nécessaire d'accumuler un maximum de critères décrits ci-dessus en plus de cette méthode. Elle a pour avantage d'être une approche essentialiste qui permet une simplification utile dans notre cas, surtout pour envisager la formation des prescripteurs.

Dans sa méthode, il convient de rechercher la « ritournelle » qui traverse l'ensemble des symptômes physiques et mentaux observés. Cette musicalité aide à la compréhension du patient, et/ou aide à mémoriser les indications du remède. Des hypothèses ont été faites pour les remèdes choisis.

⁹ Avoir les seins tendus et douloureux est commun, nous nous y attacherons si ces désagréments sont soulagés par la pression forte.

	Mode d'Apparition des symptômes	MOTIVATIONS DU REFUS D'ALLAITER	COMPORTEMENT de la patiente	Douleur Sensation	Aspect Local	Modalités (ce qui aggrave et ce qui améliore)	Concomitant / (Antécédents) éventuels
ACONIT	BRUSQUE Soudaine	Suite à une frayeur à l'accouchement (suite à une manipulation intempestive de l'enfant) <u>SEVRAGE : Suite de frayeur à l'accouchement</u>	Peur d'un accident agitation Hyper prudente en manipulant l'enfant, mais vite agitée. Freine les initiatives de certains membres du personnel qu'elle trouve manquant de prudence	Intolérable	Seins rouges vifs, très chauds (inflammation)	Aggravée vers minuit	grossesse et accouchement pénible avec peur de mourir
BELLADONNA	BRUSQUE VIOLENT Soudaine	Du fait de ses céphalées pulsatiles après la tétée. Ou pour une raison qui échappe au raisonnement <u>SEVRAGE : Inflammation brutale (rouge en rayon)</u>	Ange le jour; Démon la nuit Mysticisme (discours obscur) Tout est fait en grande hâte et avec grande incohérence, même les choses simples.	Pulsative Brulante Pressive/Déchirante De forte intensité	Seins rouges, gonflés, durs, nodosités, chaleur brulante, perceptible à distance Trainées rouges en rayon (inflammation rouge)	Aggravée la nuit, par le soutien-gorge, le mouvement et le froid	Hypertrophie des ganglions axillaires Désir citronnade. Soif Céphalées pulsatives après la tétée (ATCD de galactorrhée profuse spontanée – de troubles mentaux pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum)
APIS	Soudaine	Ne se voit pas jouer cette comédie, ce n'est pas le rôle qu'elle veut se donner <u>SEVRAGE : Inflammation circuse.</u>	Ne sait pas quoi faire d'elle-même, affairée dans sa chambre et inefficace. Rigole des membres du personnel qui se prennent trop au sérieux.	Brulante Prurit	Peau translucide, rose ou cireuse Seins excessivement gonflés, chauds, urticaire	Aggravée par le soutien-gorge	(Antécédents de fausses couches précoces à répétition, Hydramnios)
DULCAMARA	Soudaine (Suite de froid humide)	Suite d'exposition à froid humide Refuse d'en parler; sinon par écrit <u>SEVRAGE : Mamelons excoriés et éruption cutanée</u>	Difficulté de trouver le mot juste. Parle pour parler. Ce n'est pas avec des bonnes paroles qu'on va la convaincre. Autoritaire	Sensation de froid glacial prurit Plénitude Faible intensité	Seins gonflés Mamelons douloureux	Aggravé la nuit, et par le froid Améliorée par le mouvement	Hypertrophie ganglions axillaires Eruption cutanée suite de sevrage
PHYTOLACCA	Soudaine +/-	Car trop de contraintes sociales d'adaptation aux autres (pudeur), au bébé (trop envahissant) ou à cause de ses crevasses douloureuses <u>SEVRAGE: Dureté des seins</u>	Trop timide, pudique, poli ou pas assez : comportement envahissant, impudiques, cavalier Reproche les mêmes choses aux autres	Plénitude Irradiante à tout le corps	Seins durs comme la pierre, pourpres, gonflés , nodosités (Mastose bleu violacée) Mamelons : Crevasses douloureuses	Am en maintenant les seins (soutien-gorge)	Hypertrophie des ganglions axillaires (Antécédents d'allaitement difficile avec sensation de ne pas avoir assez de lait/angines à répétition)
PULSATILLA	Soudaine +/-	Peur que cela nuise à la relation avec son mari, mais culpabilise par rapport au bébé <u>SEVRAGE : Douleur avec écoulement de lait. Pleureuse avec culpabilité</u>	Demande ou refuse le lien avec le personnel Se sent coupable de pas allaiter. Du mal à dire car éclate en sanglots	Tension Irradiante Erratique De forte intensité	Seins très gonflés et chauds	Améliorée par le mouvement	Hypertrophie des ganglions axillaires Lochies blanc laiteux Absence de soif Désir air frais (fenêtre ouverte) (ATCD de Varices, galactorrhée Accouchement pénible)
CHAMOMILL	Soudaine (Suite de colère AVEC DOULEUR INTOLERABLE)	Douleur intolérable du mamelon quand elle allaite. Déjà que l'accouchement qu'elle avait prévu chez elle s'est fini hyper médicalisé... <u>SEVRAGE : Suite de colère</u>	Irritabilité excessive Exige un soulagement immédiat. Grossière	Intolérable	Mamelons: douleur au moindre contact (effleurement), douleur constante du mamelon	Rien ne l'améliore	Tous les changements physiologiques sont vécus comme insupportable

Tableau 3. Aide à la prescription ; classement des symptômes par remède homéopathique

LAC-CANINUM	SOUDAIN ou progressive	Par manque de confiance en elle (en comparaison aux autres...) <u>SEVRAGE</u> : Douleur, engorgement, tristesse.	Se sent transparente. Parle sans cesse de ses points communs ou de ses différences avec les autres. Dégout d'elle-même.	Plénitude lancinante	Seins gonflés, nodosités	Aggravée par le mouvement, et le soutien-gorge	Alternance de coté (ATCD De galactorrhée)
ALLIUM SATIVUM	Progressive +/-	Avec l'allaitement artificiel, elle pourra manger sans risquer d'intoxiquer son enfant <u>SEVRAGE</u> : Seins gonflés avec troubles digestifs	Impatiente, peur de ne pas retrouver la santé Parle de la nourriture hospitalière qui n'est pas à son goût Parle de son régime contraignant	Tension	Seins gonflés	Aggravée par le soutien-gorge	Troubles digestifs par les changements (mode de vie / hospitalisation)
ARGENTUM NITRICUM	Progressive (Suite d'anticipation)	A d'autres échéances plus importantes et qui ne peuvent attendre. Cela prend trop de tps. <u>SEVRAGE</u> : Diarrhées	ça va trop vite ou trop lentement Impulsive, Pressée	Pression Peu intense	Seins tendus Mamelons douloureux	Améliorée par le soutien-gorge et le mouvement	Diarrhées lors du sevrage
BRYONIA	Progressive +/-	Veut se remettre au travail le plus vite possible <u>SEVRAGE</u> : Seins et ganglions axillaires durs (gauche surtout)	Matérialiste Ne peut se permettre de dépendre des autres parle de ses affaires (banque, maison...)	Brulante Pressive/Tension Plénitude Déchirante	Seins gonflés, chauds, durs comme la pierre (surtout à gauche)	Aggravée par le mouvement Améliorée par le soutien-gorge	Hypertrophie des ganglions axillaires Soif pour de grande quantité d'eau Lochies trop abondantes
CALCAREA CARBONICA	Progressive	Suite d'avis négatif sur allaitement : A lu ou à entendu des choses horribles <u>SEVRAGE</u> : suite à un récit horrible sur allaitement	Lymphatique Frileuse Nombreuses peurs Pessimiste sur sa santé recherche des conséquences négatives futures de son refus d'allaiter (livre médecine, inter)	Pression Plénitude Piquante	Seins gonflés, oedématisés, chauds Surtout à droite Mamelons tendus crevasses	Aggravée par le soutien-gorge, le froid	Constitution carbonique (ATCD de douleur dentaire pendant l'allaitement, de galactorrhée)
CONIUM	Progressive	Grossesse tardive et accouchement qui s'est mal passé... on ne va pas en rajouter <u>SEVRAGE</u> : <u>Écoulement lacté aqueux</u>	Épuisement Castratrice (refuse visite de ses amis, essaie de blesser les membres du personnel pour leur matérialisme) Superstitieuse et Introvertie	Brulante Plénitude Déchirante	Seins gonflés, durs (surtout à droite) Mamelons ulcérés	Aggravée par le mouvement ET par soutien-gorge	Vertiges en se tournant dans le lit Écoulement constant de lait fluide et aqueux après sevrage. Douleurs abdominales excités par l'allaitement (ATCD gross tardive conception difficile)
CYCLAMEN	Progressive +/-	Pas besoin de ça pour être heureuse <u>SEVRAGE</u> : <u>Dépression mentale, tristesse</u>	Désir de solitude. Tristesse Voit l'allaitement comme un devoir et ne culpabilise pas de refuser ça. Manifeste une culpabilité exagérée pour des brouilles	Plénitude Faible intensité	Seins gonflés	Aggravée la nuit Améliorée par le mouvement	Absence de soif Troubles oculaires (ATCD Strabisme convergent, migraine)
SEPIA	Progressive Insidieux	Murée dans sa tristesse, ou mamelons douloureux <u>SEVRAGE</u> : Dépression mentale. <u>Tristesse avec indifférence à tout</u>	Indifférente à ceux qu'elle aime Mais affectuosité exagérée pour des inconnus Désir de solitude (Bouquine des romans)	Tension Plénitude Prurit	Mamelons douloureux (fissurés de part et d'autre du sommet), avec prurit et saignement	Améliorée par le mouvement	Hypertrophie ganglions axillaires Lochies malodorantes (ATCD Accouchement pénible)
URTICA URENS	Progressive +/-	Se sent déformée, pas la peine d'en rajouter. <u>SEVRAGE</u> : <u>Seins gonflés</u>	Superficielle : surtout préoccupée de retrouver au plus vite sa ligne, ses seins, sa peau, comme avant Se sent monstrueuse, déformée	A heure fixe	Seins très gonflés urticaire	Aggravée la nuit	Diarrhées (ATCD allaitement avec manque de lait Urticaire généralisé à date anniversaire)

IV-B-3/ Mise au point d'un questionnaire aidant à sonder les patientes à la recherche de leur singularité

Nous avons mis au point un questionnaire papier (cf. Annexe 9), qui a été ensuite informatisé. Dans un premier temps, le prescripteur y note les informations données par la patiente pendant l'entretien ou celles obtenues par l'examen clinique. Dans un deuxième temps, le prescripteur retranscrit les réponses dans le logiciel (questionnaire informatisé).

En fonction des symptômes exprimés par la patiente et retranscrits par le prescripteur, un algorithme décisionnel livre les remèdes par ordre de probabilité (cf. pondération en Annexe 10).

IV-C/ La confrontation de cette aide à la prescription à la réalité clinique

En août 2015, nous avons commencé à tester nous-même l'aide à la prescription auprès des patientes en situation d'ablactation dans le service de suite de couche de la maternité du CHU de Nancy.

Pour faciliter la rédaction, nous abandonnerons ici le nous de modestie, pour le je.

IV-C-1/ Le milieu hospitalier

En étudiant ce contexte, je note les conditions favorables ou défavorables à cette investigation clinique.

Le tableau mural d'une salle de soins affiche les données utiles à la prise en charge des patientes ; données sans cesse actualisées, et qui indiquent en particulier si l'allaitement est au sein, mixte ou artificiel et, dans ce dernier cas, précise le nombre nécessaire de biberons. L'organisation est fluide et millimétrée. Mais le service est parfois débordé par de nombreux accouchements, ce qui peut nuire à la concentration nécessaire à une consultation homéopathique, de durée *a priori* indéterminée et requérant une disponibilité totale de la part du soignant.

À la lecture de ce tableau, on constate que les patientes sortent au troisième jour suivant leur accouchement. Lorsque la patiente a manifesté son refus d'allaiter, le soignant hospitalier est embarrassé puisqu'il ne peut pas prédire les symptômes de la montée laiteuse, phénomène qui risque de survenir le jour de cette « sortie précoce ». Il est alors souvent tenté de prescrire un traitement préventif.

Les « raisons » de l'ablactation étant la pierre angulaire de mon aide à la prescription, la sortie précoce n'est pas un frein réel pour choisir une thérapeutique homéopathique. Par ailleurs, je peux prévoir que les symptômes physiques, survenant souvent à J3, ne seront observables que dans un nombre limité de cas.

IV-C-2/ Quelle est la population étudiée ?

Les patientes ont plus de 18 ans, ne font pas l'objet d'une mesure de protection légale, ne présentent pas de barrière linguistique importante, ont accouché à plus de 37 SA au CHU de Nancy deux ou trois jours auparavant, et ne désirent pas allaiter au sein. Je dois recueillir leur consentement après les avoir informées des contraintes liées à l'étude.

J'ai conduit une dizaine d'entretiens (Tableau 4). Ceux-ci sont enregistrés et même retranscrits pour certains (cf. Annexe 11 et 12).

Et pour ce faire, je me suis servie du questionnaire semi-dirigé (cf. Annexe 9) correspondant à la version papier de mon aide à la prescription informatisée.

Au cours de ces entretiens, j'ai également noté sur un cahier les impressions que les patientes me laissent. De plus, j'ai pris soin de recopier l'intégralité de leurs dossiers médicaux puisqu'on m'en avait donné l'autorisation (Tableau 5).

Les questions ont été de deux types. D'abord des questions fermées tels que l'âge, le poids, la taille, la profession, le type et le terme de l'accouchement, les antécédents obstétricaux et d'allaitement, et, *in fine*, l'allaitement mis en place ou non et ses désagréments. Et des questions ouvertes et plus personnelles qui sont plus essentielles pour aider au choix du remède.

Tableau 4. Tableau des caractéristiques des patientes interrogées

Patiente	Age	IMC	Profession	Parité	Terme et type	Don de colostrum	Allaitement (en jour)
P1	31	29	Aide-soignante	P1G1	38 SA César.	Oui	0
P2	31	20	Réceptionniste en hôtellerie (congé parental)	P3G3	39 SA César.	Non	0
P3	27	18	Responsable magasin	P2G2	39 SA VB	Oui	0
P4	24	26	Sans profession (a été vendeuse)	P3G3	37 SA VB	Non	0
P5	39	24	Hôtesse de caisse	P4G6	39 SA VB	Non	0
P6	41	22	Sans profession (a été intervenante périscolaire)	P4G4	37 SA VB	Non	0
P7	28	27	Préparatrice en pharmacie	P1G1	40 SA VB	Non	0
P8	30	41	Coiffeuse	P2G2	40 SA VB	Non	0
P9	33	22	Assistante administrative	P2G3	39 SA VB	Non	0
P10	30	25	(non relevé)	P1G1	39 SA VB	Non	0

Tableau 5. Tableau des dates d'apparition des désagréments de l'ablactation vécus par les patientes

Patiente	Date d'examen	Date d'apparition désagréments	EVA	Traitements reçus	
				Homéopathie	Allopathie
P1	J2 et J3	J3	7/10	Apis-Bryonia Belladonna SB	Paracétamol Tramadol
P2	J2 et J3		0/10	0	Paracétamol Profénid
P3	J2	J2	2/10	0	Cabergoline Paracétamol
P4	J2		0/10	0	Cabergoline Paracétamol
P5	J2	J2	2/10	0	Cabergoline Paracétamol
P6	J2		0/10	0	Cabergoline Paracétamol
P7	J3		0/10	0	Cabergoline Paracétamol Profenid
P8	J3		0/10	0	Cabergoline Paracétamol
P9	J2		0/10	0	Cabergoline Paracétamol
P10	J2		0/10	0	Cabergoline Paracétamol

J'ai choisi finalement de présenter ici les deux premières patientes, car il m'a semblé que c'est avec elles que transparaissait le mieux ma façon d'établir une correspondance entre les symptômes qu'elles me livraient et ceux répertoriés dans mon aide à la prescription.

D'autre part, j'avais prévu de soumettre ultérieurement ces deux cas cliniques à la lecture critique d'homéopathes chevronnés que je nommerai (afin d'éviter le titre « d'experts » qu'ils refusent), des homéopathes-conseils.

IV-C-3/ Observation de la patiente 1

Après lui avoir fait lire la lettre d'information (cf. Annexe 13), je lui explique que l'enregistrement permettra de retranscrire son discours afin qu'il puisse être analysé par des homéopathes dans le respect de l'anonymat. Elle accepte et signe, ce qui me permet de l'inclure définitivement dans ma recherche.

Cette patiente de 29 ans, aide-soignante en maison de retraite, est traitée par *Apis* et *Bryonia* depuis le jour de son accouchement. Une suspicion de prééclampsie a conduit la sage-femme, conformément au protocole du service, à administrer de l'homéopathie pour les symptômes éventuels d'ablactation. *Belladonna*, à prendre en cas de forte inflammation, est également mentionnée sur l'ordonnance.

Je suis d'emblée déroutée par la réponse à la question fermée de la parité car je n'avais pas prévu ce type d'éventualité dans mon « aide à la prescription » : *« c'est le premier enfant que je porte... et ma femme a porté notre première fille. Voilà, c'est ma première grossesse biologique, on va dire ça comme ça. C'est le même inséminateur et du coup ma compagne n'a pas de lien entre guillemet sanguin avec notre deuxième fille »*.

L'homéopathie ne souffre pas de la modernité, c'est une médecine qui perdure depuis le XVIII^e siècle. Pourtant, les remèdes issus de l'extraction du répertoire reflètent principalement des pathogénésies¹⁰ ou des cas cliniques guéris¹¹ datant du XIX^e siècle. Le répertoire contient bien une rubrique « tendance à l'homosexualité », mais le contexte de cette époque était moins libéral à cet égard, et les médecins n'étaient probablement pas confrontés à ce type de maternité.

¹⁰ Expérimentation de l'homéopathie sur l'homme sain.

¹¹ Vérification scientifique de l'action thérapeutique des doses infinitésimales.

IV-C-3-a/ Refus allaiter

Quant à ses motivations pour ne pas allaiter : « *ma compagne avait dit je fais ma tétée de bienvenue et on fera les biberons pour pouvoir vraiment d'emblée partager ce moment et que toutes les deux ont ait une place autant l'une que l'autre... et on avait des amies (homosexuelles) qui avaient allaité et qui avaient une relation très exclusive avec leur enfant* ».

Les raisons de son ab lactation sont donc en lien avec sa situation « matrimoniale » particulière. Et bien que mon aide à la prescription n'ait pas prévu cette éventualité, je décide, afin de ne pas renoncer à cette dernière, et de laisser de côté cette information pourtant essentielle.

Elle poursuit et relance elle-même par : « *Et pourquoi ne pas garder mon lait et prendre du lait artificiel ? Parce que je ne me vois pas tirer mon lait comme une vache, sincèrement. Autant je voulais faire la première (tétée) parce que je sais qu'il y a quand même plein de bonnes choses pour lui donner au départ... les anticorps etc., autant après c'était pas forcément un besoin ou une envie, j'étais un peu mal à l'aise avec ça de toute façon* ».

Elle donne là spontanément une nouvelle raison qui me semble correspondre au discours médical concernant « la tétée de bienvenue » et l'acte préventif que constitue le don de colostrum. Je pense alors qu'il peut y avoir un lien avec *Calcarea Carbonica*, qui est un remède conseillé aux personnes qui ont de fortes tendances à se prémunir des dangers concernant la santé et donc très sensibles au discours médical.

Comme il me faut le confirmer, je lui demande alors ce qui la rend mal à l'aise dans le fait d'allaiter : « *Je ne suis pas à l'aise avec ça, avec mon corps, avec le contact avec l'enfant, j'ai un peu de mal avec ça. [...]* », en ajoutant : « *j'aime le peau à peau avec ma fille* ».

Sur la notion de contact, je note une insistance et une contradiction, ce qui est important en homéopathie, tout en ne sachant pas quoi en faire car, encore une fois, cela n'apparaît pas dans mon protocole.

Elle poursuit par : « *Ce n'est un peu pas trop une partie de mon corps que j'apprécie [...]. Je ne me vois pas en plus l'utiliser dans cette fonction-là. [...]* (Elle cache son sein) *j'ai déjà une forte poitrine et je n'apprécie pas forcément ça... »*.

À ce stade, elle m'évoque alors trois autres remèdes présents dans mon aide à la prescription : un problème de pudeur renvoyant à *Phytolacca*, le manque de confiance en elle évoquant *Lac-Caninum*, et le fait qu'elle ne se voit pas assumer cette fonction-là pouvant faire envisager *Apis*. Mais rien de précis, sinon une vague impression.

Après un interrogatoire de quarante minutes, les données livrées le plus souvent spontanément par cette patiente logorrhéique et exagérant tout me paraissent inexploitable du fait de leur surabondance. Cette masse brouille l'écoute.

Alors que la première raison qu'elle donne à son refus d'allaiter ne se trouve pas dans mon « aide à la prescription » et que je ne parviens pas à trouver une similitude entre cette patiente et l'un des remèdes de mon aide, je poursuis l'entretien à la recherche d'autres pistes.

IV-C-3-b/ Symptômes psychiques

Je teste alors la colonne « symptômes mentaux » de mon aide à la prescription, en espérant en recueillir par le récit de son accouchement, thème qu'elle développera sans fin : « *j'ai toujours eu envie de porter un enfant mais la grossesse ne m'inquiétait pas, c'était surtout l'accouchement qui me faisait peur... j'ai eu l'accouchement le plus euh, un des plus compliqué » Tout a commencé plusieurs semaines avant avec : « *la prééclampsie, elle n'avait été que soupçonnée parce que j'avais des chiffres toujours très... j'étais toujours sur la frontière donc ce n'était pas sûr* ». Puis elle fait un récit chronologique très détaillé jusqu'à la délivrance qu'elle conclut par : « *bah moi qui suis du milieu, j'ai commencé à voir deux autres médecins qui débarquaient en plus, l'anesthésiste, chef de service. Je me suis dit, "ohlala, qu'est-ce qu'il se passe", je les entendais : "là elle a perdu 500 ml en 10 minutes de sang, y'a un caillot, y'a machin" [...]* Là, je me suis dit, "non mais ce n'est pas possible" [...]* (La patiente pleure). Je me suis dit je ne vais pas m'en sortir ».

J'ai dans mon aide quatre remèdes un symptôme mental « peur de l'accouchement » (*Aconit*, *Argentum Nitricum*, *Conium*, *Calcarea Carbonica*). Mais j'ai plutôt supposé qu'elle avait pensé mourir pendant l'accouchement. Ce symptôme apparaît alors dans l'aide à la prescription sous la forme *frayeurs mortelles pendant l'accouchement*, et oriente vers ***Aconit***.

Je tente de vérifier la pertinence de ce symptôme mais elle m'affirme alors ne pas avoir eu de sentiment de panique et qu'elle a vécu cette situation de manière sereine ; encore une fausse piste !

Je me raccroche finalement à *toutes ses peurs exprimées au sujet de sa santé*, symptôme de mon aide pouvant correspondre à quatre remèdes (*Belladonna*, *Calcarea Carbonica*, *Pulsatilla*, *Sepia*).

Je m'oriente sur ***Calcarea Carbonica*** lorsqu'elle évoque les raisons de son choix d'accoucher à la maternité : « *on avait privilégié les soins en cas de complications. On s'est dit "on est dans une bonne maternité très bien cotée" [...] mais c'est clair qu'on ne l'a pas fait pour son côté humain* ».

En choisissant le milieu hospitalier, qui lui paraît savant bien qu'inhumain, j'ai pensé qu'elle confirmait le désir premier de se prémunir des dangers concernant sa santé (déjà évoqué plus haut), quitte à en souffrir par ailleurs. Mais ce comportement, très répandu en période périnatale, est difficile à interpréter.

Cependant, les connaissances et termes médicaux qu'elle utilise continuent d'alimenter ma piste de *Calcarea Carbonica*. Je ne suis pourtant pas convaincue et je commence à désespérer de trouver une similitude idéale avec un remède figurant dans mon aide à la prescription.

Je recherche alors d'éventuels symptômes physiques particuliers qui pourraient m'éclairer et m'aider à choisir entre *Calcarea Carbonica* ou *Aconit* puisqu'ils demeurent toujours hypothétiquement en balance.

IV-C-3-c/ Symptômes physiques

Présente-t-elle alors une gêne physique ce jour-là : « *Non, je dirais que mes seins sont un petit peu plus retombés [...], je pense que le sevrage est en train de se faire* ».

La patiente m'invite à revenir le lendemain pour le recueil éventuel d'informations complémentaires. Elle est satisfaite de l'entretien et n'a pas été gênée par mes questions.

Je la retrouve donc le lendemain plutôt agitée. Elle a des céphalées depuis la veille au soir. La sage-femme a alors noté une hypertension artérielle. La patiente est furieuse au sujet d'une interne qui n'a pas prévu de lui prescrire d'antihypertenseur alors qu'elle pense en mériter. De plus, c'est cette même interne qui aurait manqué de prudence lors de son accouchement, et qu'elle trouve donc incompétente. La patiente a ensuite été rassurée par le médecin responsable des suites de couches. Celui-ci aurait consulté le dossier pour donner son avis, venant pourtant confirmer la prise en charge menée par l'interne. La patiente est quand même toujours en colère.

Je saute sur ce symptôme que je pense être énoncé parmi les symptômes mentaux de mon aide à la prescription : *Freine les initiatives de certains membres du personnel qu'elle trouve manquant de prudence et d'expérience.* Cela renvoie à *Aconit*.

Le reste des symptômes physiques du jour même dresse un tableau qui me semble clair d'*Aconit*. Pendant la nuit, les symptômes sont arrivés *brutalement*, elle a ressenti une sensation de *plénitude* dans les seins. Aujourd'hui, les seins sont *tendus, chauds, lourds* et elle éprouve une sensation de *prurit*. L'intensité est *forte*, à 7/10.

Je cherche à clore l'entretien, épuisée par sa logorrhée, alors qu'elle était en train de m'entretenir au sujet de l'incompétence d'un autre médecin quant au suivi d'une de ses amies. Cette anecdote ne retient pas mon attention. Je suis alors convaincue que les symptômes correspondent au remède *Aconit*.

IV-C-4/ Expertise homéopathique du cas de la patiente 1 au moyen de mon « aide à la prescription »

Une fois les symptômes renseignés dans l'aide à la prescription informatisée, l'algorithme décisionnel concorde en tout point avec mon expertise.

Résumé théorique d'Aconit figurant dans l'algorithme décisionnel :

Ritournelle : Prudence, car risques d'accidents à tout moment par inexpérience.

Refus d'allaiter ? : Après toutes les frayeurs mortelles de l'accouchement. Aucune ou peu d'expérience de ça, autant s'en remettre à l'allaitement artificiel. On n'est jamais assez prudente.

Début : Soudain, suite de frayeur.

Douleur : Brûlante, piquante, intolérable. Seins enflammés, rouges, très chauds, durs, tendus. Aggravation vers minuit.

Comportement : Hyperprudente en manipulant l'enfant, mais vite agitée. Freine les initiatives de certains membres du personnel qu'elle trouve un peu jeunots, manquant d'expérience.

Résultats de l'algorithme décisionnel après informatisation des symptômes (Tableaux 6) :

Si toutes les questions sont prises en compte : ACONIT

Si seules les questions sur les symptômes physiques (1-10) sont prises en compte : ACONIT

Si seules les questions sur les symptômes psychiques (11-15) sont prises en compte : ACONIT

Tableau 6. Résultats de la patiente numéro 1

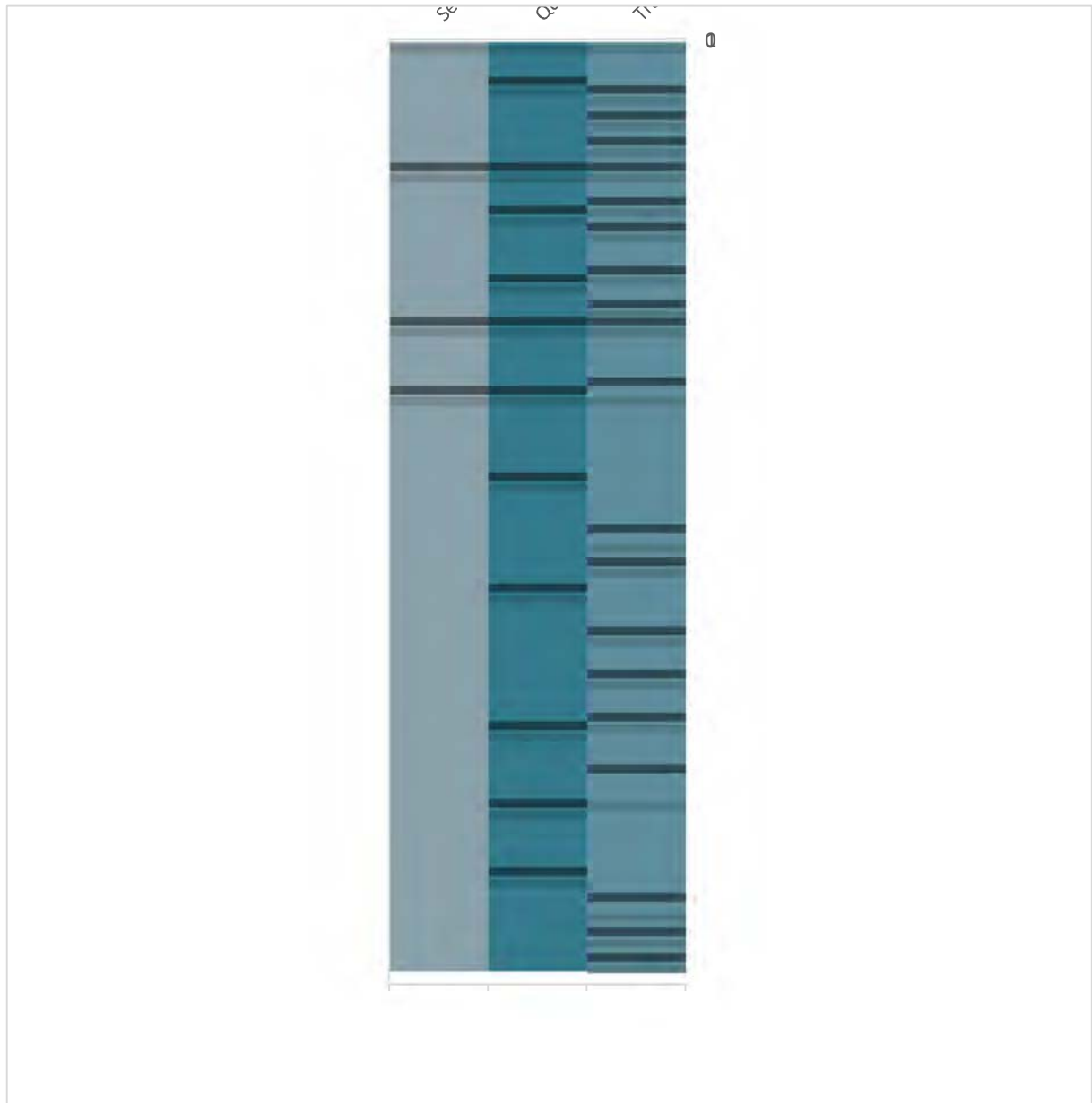
DOULEUR DE LA MONTÉE LAITEUSE DANS L'ABLACTATION
Évaluation - Questionnaire n° 1

Examineur : GIACOMETTI Julie

Remède retenu sans l'aide à la prescription à l'issue de l'évaluation par l'examineur : ACONIT

TOUTES LES QUESTIONS		QUESTIONS 1 – 10 (symptômes physiques)		QUESTIONS 11 – 15 (symptômes mentaux)	
SCORE (%)	REMÈDE	SCORE (%)	REMÈDE	SCORE (%)	REMÈDE
57.41	ACONIT	63.33	ACONIT	40.00	ACONIT
34.62	APIS	53.67	CHAMOMILLA	21.43	APIS
29.81	CHAMOMILLA	41.77	BELLADONNA	13.33	CALCAREA CARBONICA
27.63	BELLADONNA	40.00	APIS		13.33
21.25	PULSATILLA	32.14	DULCAMARA	8.89	PULSATILLA
18.00	DULCAMARA	30.30	URTICA URENS	5.00	ARGENTUM NITRICUM
15.87	PHYTOLACCA	29.93	PULSATILLA		4.44
15.71	CALCAREA CARBONICA	24.36	LAC-CANINUM	3.85	BELLADONNA
15.15	URTICA URENS	15.00	PHYTOLACCA	3.33	CONIUM
12.67	LAC-CANINUM	14.88	CALCAREA CARBONICA		
9.28	SEPIA	13.89	CYCLAMEN		
8.40	CONIUM	13.33	SEPIA		
6.94	CYCLAMEN	11.22	CONIUM		
6.60	ARGENTUM NITRICUM	7.66	BRYONIA		
	BRYONIA	6.41	ARGENTUM NITRICUM		
1.52	ALLIUM SATIVATUM	3.03	ALLIUM SATIVATUM		

Figure 2. Concordance entre l'algorithme décisionnel et le prescripteur pour *Aconit*



Colonne de gauche : ma 1^{re} saisie des données après l'interrogatoire.

Colonne du milieu : ma 2^e saisie des données après retranscription et relecture du cas.

Colonne de droite : Référentiel comportant toutes les données pour le traitement Aconit.

IV-C-5/ Observation de la patiente 2

Elle a 31 ans, est réceptionniste en hôtellerie, en congé parental. Elle a accouché, à 38+6 par césarienne, d'une petite fille 2 jours auparavant. Elle est fluette (1m70 pour 58 kg avant la grossesse). Elle a eu une première césarienne en urgence à j +6, du fait d'une hémorragie survenue au moment du déclenchement, une deuxième césarienne en urgence à 37+6 du fait d'une stagnation de la dilatation survenue au moment du déclenchement, puis cette troisième césarienne programmée sur utérus bi cicatriciel (G3P3).

La patiente semble sereine et remise de son accouchement. Elle affiche pourtant d'emblée une réticence lorsque je lui propose de l'interviewer, parce qu'elle, « *c'est un cas* », et aussi parce qu'elle se demande si l'entretien est bien anonyme.

Elle n'a pas fait don de colostrum, bien qu'elle l'ait fait pour les autres grossesses : « *J'ai essayé donc deux fois avant, car on dit toujours que c'est un petit plus pour l'enfant, que c'est bénéfique pour lui, mais ça ne fonctionnait pas, ça me faisait plus mal qu'autre chose donc j'avais abandonné...* ».

IV-C-5-a/ Refus d'allaiter

À propos de son choix de ne pas allaiter au sein, elle fait référence à une absence de lait : « *Je l'avais fait pour les autres mais pas pour celle-ci... parce qu'en fait j'ai jamais de lait* ».

Elle impute également ses échecs aux mauvaises directives des autres : « *La première grossesse [...] j'ai échoué parce qu'on ne m'avait pas bien expliqué. Et en plus, je voyais que le lait ne venait pas* ».

Et cela est plus flagrant quand ces autres attendent quelque chose d'elle : « *La deuxième grossesse, j'ai retenté, parce qu'on m'avait dit ce n'est pas parce que ça ne marche pas une fois... [...], et les sages-femmes se sont acharnées à me faire avec les tire-lait alors que ça ne marchait pas. Ça m'a bloqué parce que je voyais que le petit avait vraiment faim et je n'ai pas réessayé cette fois* ».

« *Cette fois, je n'ai toujours pas de sensation, j'ai rien, donc je me dis j'aurais été au même échec. Là au moins, elle a ses biberons, je sais qu'elle boit et je suis tranquille, je suis plus sereine* ».

Elle évoque donc un défaut d'information ou de mauvaises directives de la part du personnel soignant, tout en se montrant paradoxalement très disciplinée. Et elle justifie son refus d'allaiter, qui aurait été « un échec » de toute façon, par les besoins nutritionnels de l'enfant.

Je lui reformule la précédente question et lui demande de confirmer si c'est bien l'impression que le bébé n'était pas nourri qui la préoccupait (*Allium sativum* ?). Mais elle continue dans les reproches envers le personnel : « *Oui et puis surtout j'avais quand même dit que je ferai mixte et on a vraiment voulu s'acharner à ce que j'arrive à avoir du lait. J'avais l'impression que plus elles insistaient, plus c'était comme si c'était une bagarre de leur côté plutôt que moi de réussir. Et ça, je n'ai pas apprécié. Après, je ne pense pas que c'était méchant de leur part. Loin de là. Mais moi ça m'a bloqué* ».

IV-C-5-b/ Symptômes physiques

Elle n'a pas de symptôme de montée laiteuse, elle ne sent rien du tout. « *On m'a dit que normalement je devais sentir quelque chose, mais moi je n'ai pas de ressenti... ils m'ont donné du dafalgan et du... je sais plus... (Elle se lève pour aller consulter son pilulier) du profenid* ».

IV-C-5-c/ Symptômes psychiques

« *J'ai une cousine, jusqu'à trois ans elle donne encore le sein. Je lui ai dit il faut arrêter, mais en fait, elle aimait bien et puis elle avait du lait [...]. Mais moi, non... je n'en parle pas trop... c'est pour ça que je dis toujours que je dois être vraiment un phénomène rare quelque part, je n'ai jamais entendu ça de nulle part* ». Encore une fois, elle se croit un cas du fait de ne pas avoir de lait, mais son histoire est commune.

À propos de son environnement, ce qui la dérange, c'est qu'ils ont changé l'organisation dans l'équipe soignante : « *je me sens bien [...] sauf qu'ils ont changé l'organisation. Un coup on est suivi par telle personne, après on est suivi par autre, après on revient aux*

personnes d'origine. Cette organisation actuelle, je la trouve bizarre [...]. J'aurais aimé que ce soit le même suivi tout le long, qu'il y ait des personnes qui s'occupent des bébés et d'autres de nous [...]. Tout le monde est gentil, mais le côté suivi grossesse est compliqué une fois qu'on a accouché... quand on est suivi toujours par les mêmes personnes, on sait où se diriger [...]. En consultation, c'est quand même bien organisé même si on n'a pas de référent. Le problème ici, c'est qu'on ne sait pas à qui s'adresser... quand on est suivi ici pour les grossesses, c'est un peu le bordel quoi ».

À propos du vécu de ses accouchements par césarienne : « ça va, je n'ai pas à me plaindre même si c'était trois césariennes. Celle-ci était programmée... La deuxième, c'est moi qui ai demandé, En fait mon col, il est fainéant, une fois qu'il est à 2 ou 3 cm, il ne s'ouvre pas plus ». Et pour la première césarienne en urgence : « J'étais un petit peu perdue, et puis évidemment, de savoir que je faisais une hémorragie, ça m'a fait un petit peu peur. Mais bon, j'étais quand même bien prise en charge... ». À nouveau elle fait référence à l'organisation des soins.

À propos de ces conceptions tardives (elle a eu 3 enfants à des dates rapprochés vers la trentaine) : « j'ai mis beaucoup de temps c'est vrai. Mais, les autres après, en 5 mois ils étaient là. Je suis loin d'être une poule hein ! Mais maintenant je ne veux plus d'enfant parce que je ne veux plus prendre de risque, j'ai eu trois bonnes césariennes et je sais qu'avec les césariennes à répétition, ça peut être risqué... ».

Lorsque je la remercie pour sa contribution, elle me redit qu'elle est un cas et revient spontanément sur l'organisation des soins : « A bah ça va, ce n'était pas trop long. Et puis, vous êtes tombée sur un CAS !!! ».

Et elle poursuit : « Ce qui me choque, c'est le bordel en consultation. Et puis, il n'y a que deux soignantes, et ce n'est pas assez. C'est même dangereux ». « Quand j'ai eu ma césarienne pour ma première grossesse, j'ai eu la péridurale, mais il y avait très peu d'anesthésistes. À côté, la dame hurlait de douleur. Ça m'a vraiment choquée. Au final, comme j'ai été opéré, ils auraient mieux fait de lui faire à elle ». « Avec du manque de personnel comme cela, il peut y avoir des morts. Les gens dans les bureaux, je ne sais pas ce

qu'ils ont dans la tête. Ils se rendent pas compte ou quoi. En plus, avec tous les gens qui aimeraient bien travailler et qui ne trouvent pas de travail [...]. Le problème c'est que le personnel est bloqué ».

Je la revois le lendemain, jour de sa sortie, elle est dans sa chambre, tourne en rond, déjà habillée et prête à partir. Elle est agacée car la sage-femme n'a pas encore préparé son dossier de sortie et que son mari n'était pas venu la chercher à l'heure prévue (problème de voiture) : *« je suis en pétard, je sais c'est vulgaire, mais c'est toujours pareil, y'a plein de personnes mais on ne sait pas ce qu'ils font ».*

Mes impressions : L'interrogatoire est facile et elle répond de façon honnête sans déborder. Elle n'allait pas car elle est « un cas ». Elle est persuadée qu'elle n'a pas de lait et ne supporte pas que les directives des autres. Ses idées sont un peu confuses quand elle parle du personnel, qu'elle se borne à critiquer au fait d'avoir affaire à un groupe et non à un seul référent.

En conclusion : N'ayant pas trouvé de symptômes pouvant faire entrer cette patiente dans mon protocole, j'ai dû me rabattre sur l'ambiance générale du cas telle que je la percevais. Ce qui m'a semblé original chez cette patiente c'est sa propension à se définir « comme un cas », malgré la banalité de sa situation. D'autre part, elle semblait avoir un problème avec les groupes (ici les soignants) et aurait préféré n'avoir affaire qu'à un seul référent.

J'ai alors pensé à ***Lac caninum***, remède qui a justement un problème d'individualité face aux groupes, et qui se trouve dans mon protocole.

Mais ce diagnostic m'a semblé encore moins assuré que celui de mon premier cas.

V/ L'échec de l'étude et son analyse : l'itinéraire d'un égarement

V-A/ Analyse critique des cas cliniques par des homéopathes-conseils

Rappelons que les homéopathes-conseils sont des praticiens chevronnés en homéopathie hahnemannienne et qu'ils ont refusé le titre « d'experts » que je leur avais proposé. Ils se réunissent de temps en temps afin d'échanger leurs expériences cliniques.

À noter qu'à Nancy, l'homéopathie hahnemannienne est relativement bien représentée puisqu'on ne compte pas moins de cinq praticiens de cette obédience, alors que beaucoup de plus grandes villes n'en comptent qu'un ou deux quand ce n'est pas aucun.

Je dois ici avouer que je les avais consultés avant d'entreprendre mon étude. Ils avaient alors manifesté un scepticisme à propos de ma démarche, essentiellement du fait que, d'après eux, n'importe quel remède homéopathique pouvait *a priori* être indiqué lors des inconvénients de l'ablactation. J'avais pensé, à l'époque, que cela n'était pas primordial car je visais un enrichissement du protocole *Apis-Bryonia*.

En septembre 2015, je les revois, leur expose les principales étapes de mon étude et leur présente mes deux cas cliniques afin de bénéficier de leur analyse.

V-A-1/ Analyse critique du cas 1

Pour cette patiente numéro 1, l'analyse de son discours au moyen de mon aide à la prescription m'indiquait *Aconit* comme remède.

Pour ces homéopathes cette patiente présente bien des symptômes qui pourraient être attribués à *Aconit*, mais également à beaucoup d'autres remèdes, car ce ne sont que des symptômes communs, banals dans une telle situation (tels que leur brutalité d'apparition, leur intensité, la plénitude des seins, tendus, chauds et lourds, le prurit).

Quant au symptôme qui m'avait décidé à choisir *Aconit* « *Freine les initiatives de certains membres du personnel qu'elle trouve manquant de prudence et d'expérience* », il leur semble que c'est une interprétation abusive de ma part, la patiente étant simplement furieuse contre l'incompétence d'un interne qui ne lui a pas prescrit d'antihypertenseur alors qu'elle pensait en mériter.

Pour eux, cette patiente présente bien quelques symptômes de « basse hiérarchie » que l'on pourrait attribuer à *Aconit*, mais elle ne semble vraiment pas en avoir l'esprit.

Ils veulent alors connaître l'ambiance de la consultation et mes impressions générales sur la patiente.

Je leur réponds que j'avais surtout constaté sa logorrhée et sa tendance à l'exagération. Tout au long de l'entretien, elle avait parlé abondamment avec de nombreuses et rapides associations d'idées, cherchant à captiver mon attention en ne cessant pas de me démontrer l'importance de ses symptômes, qui ne me paraissaient pourtant pas extraordinaires.

Ils me font alors remarquer qu'inversement elle ne semble pas être capable d'apprécier correctement certains autres de ses symptômes, mais surtout qu'elle exagère aussi dans ses appréciations concernant le personnel soignant (trop laudative ou trop critique).

Ils sont également étonnés que je n'ai pas pris en compte son homosexualité.

Deux grands thèmes se dégagent alors, selon eux du discours de cette patiente.

1/ La démesure dans l'appréciation de la valeur

--De sa propre valeur : --Démonstration d'hyperactivité mentale (logorrhée et association d'idées très rapides) pour capter l'intérêt des autres.

--De la valeur des autres :

--Soit elle l'exagère : « *On s'est dit "on est dans une bonne maternité très bien cotée"* ». Aussi lorsqu'elle relate : « *je me suis sentie très écoutée et très épaulée par les équipes qui étaient formidables. Aux urgences...* ».

--Soit, inversement, elle n'hésite pas à dévaloriser les autres. Notamment elle s'y emploie avec l'interne incompetent et le personnel qui occupe la même fonction qu'elle : « *Autant les sages-femmes sont formidables, égales à elle-même... Autant tous les à côté, tout ce qui est auxiliaire-puéricultrices... sont d'une froideur, enfin, ils ne sont pas humains* ».

--De la valeur ses symptômes :

--Là aussi, soit elle l'exagère : « *c'était un burn-out de 30 ans de vie* » ; « *il y'a eu plus de 3 jours... euh non pardon, 30 heures d'heures de travail* » ; « *ça a été très très très difficile* » ; et encore ou « *un accouchement le plus... un des plus compliqué* ».

--Soit, inversement, elle a un doute sur la valeur à leur donner, ce qui se traduit par un grand flou dans leur expression : « *alors je ne sais pas comment définir ça... est-ce qu'il y a vraiment des symptômes particuliers ?* », puis elle précise : « *Non, je dirai que mes seins sont un petit peu plus retombés... en termes de poids... parce qu'ils étaient beaucoup plus tendus jusqu'à ce que je lui donne la tétée. Là, ils sont beaucoup moins tendus, moins lourds* ». Ou par exemple, à la question : « *avez-vous eu d'autres symptômes physiques ?* », d'abord elle répond de manière confuse : « *Non, justement... euh si des écoulements j'en ai eu... Attendez que je ne dise pas de bêtises* ». Puis elle réfléchit et focalise par : « *je m'en suis rendu compte quand j'ai pris ma douche en fait. Dans le soutien-gorge, je me suis aperçue que j'avais eu quelques écoulements... mais très léger* ».

2/ L'amour

--Son homosexualité.

--L'exagération ou la dépréciation de la valeur des autres déjà vue. Car qu'aime-t-on ? Sinon ce qui a pour nous de la valeur (que ce soit le raisin, le saucisson, etc., ou une autre personne).

--L'ambiguïté qu'elle manifeste par rapport au contact physique avec l'enfant qu'elle est censée aimer.

Le fait que l'on aime que ce qui a de la valeur pour nous, fait le lien entre ces deux thèmes : amour et valeur.

Pour ces homéopathes, tout cela évoque fortement le remède *Lachesis*, qui a un problème fondamental avec l'égalité de valeur dans l'amour (valeurs du sujet qui aime aussi bien que valeurs de l'objet aimé), problématique susceptible de faire le lit de toute la pathologie mentale et/ou physique du sujet *Lachesis*.

Et ce problème de l'égalité dans l'amour est bien la raison avancée d'emblée par la patiente pour ne pas allaiter : « *Ma compagne avait dit je fais ma tétée de bienvenue et on fera les biberons pour pouvoir vraiment d'emblée partager ce moment et que toutes les deux ont ait une place autant l'une que l'autre...* » et, inversement, elle avait dit « *qu'elles avaient des amies homosexuelles qui avaient allaité et qui avaient une relation très exclusive avec leur enfant* ».

On retrouve aussi cette notion d'égalité-inégalité dans ce qu'elle dit du personnel qui occupe la même fonction qu'elle (aide-soignante), par rapport aux sages-femmes : « *Autant les sages-femmes sont formidables, égales à elle-même... Autant tous les à-côtés, tout ce qui est auxiliaires-puéricultrices, ménage, etc., sont d'une froideur, enfin, ils ne sont pas humains* ».

Quant à l'homosexualité, elle peut être vue comme une forme d'égalité sexuelle par refus de la différence des sexes (valorisante ou non valorisante, mais uniquement chez le sujet *Lachesis*, car il y a bien d'autres motivations profondes aux tendances homosexuelles).

Ma conclusion à la suite de l'analyse critique de mon cas 1 :

Sa raison de ne pas allaiter, qui était en fait le seul symptôme rare, bizarre et particulier de cette patiente, je l'avais mis de côté car il n'entraît dans aucune des cases de mon aide à la prescription.

De plus, le remède *Lachesis* n'apparaissait pas dans ma liste de remèdes sélectionnés.

Et tout cela pour ne retenir que ses symptômes les plus communs et banals comme ceux de l'inflammation mammaire, symptômes inutiles à l'homéopathe.

Cette analyse critique a levé le voile sur ce cas. Pourtant cela n'était pas totalement hors de ma portée puisque j'avais perçu d'emblée quelques caractéristiques essentielles de cette patiente : sa logorrhée et sa tendance à exagérer.

V-A-2/ Analyse critique du cas 2

N'ayant pas trouvé de symptômes pouvant faire entrer cette patiente dans mon protocole, j'avais dû me rabattre sur l'ambiance générale du cas telle que je la percevais. J'avais recherché en fait « l'esprit » de son remède.

Le fait qu'elle se prétende à plusieurs reprises « un cas » pour des choses bien banales et qu'elle semblait avoir un problème avec les groupes m'avait orienté vers *Lac Caninum*, remède qui a justement un problème d'individualité face aux groupes, et qui se trouvait de plus dans mon protocole. Pour moi, elle manifestait ce besoin d'individualisation dès le premier contact en se présentant comme « un cas ».

Mais ce diagnostic m'avait semblé, comme je l'ai déjà dit, encore moins assuré que celui de mon premier cas.

Pour les homéopathes-conseils, il était légitime que je cherche l'esprit de son remède puisqu'il n'y avait aucun symptôme rare, bizarre, particulier pouvant orienter le diagnostic.

Mais utiliser pour cela le fait qu'elle se considérait comme « un cas » et qu'elle semblait avoir un problème avec les groupes ne menait pas obligatoirement à *Lac caninum*, d'autant plus qu'on ne trouvait pas chez cette patiente la tendance à se dévaloriser qui est typique de ce

remède. D'autre part, dire qu'elle a un problème avec les groupes, c'est aller un peu vite, comme si on voulait à toute force faire coller le cas au remède choisi.

Ces homéopathes retiennent deux grands thèmes chez cette patiente 2.

1/ L'ordre

--**Elle est très ordonnée** et consulte son pilulier au moindre doute.

--Le jour de sa sortie, elle est dans sa chambre, tourne en rond, déjà habillée et prête à partir.

Elle est agacée car la sage-femme n'a pas encore préparé son dossier de sortie et que son mari n'était pas venu la chercher à l'heure prévue : *« Je suis en pétard... c'est toujours pareil, y'a plein de personnes mais on ne sait pas ce qu'ils font ».*

--**Elle a aussi un grand souci de l'organisation :**

--« *ils ont changé l'organisation. Un coup on est suivi par telle personne, après on est suivi par une personne, après on revient aux personnes d'origine. Cette organisation actuelle, je la trouve bizarre ».*

--« *Après tout le monde est gentil, mais le côté suivi grossesse est compliqué une fois qu'on a accouché, on ne sait pas à qui s'adresser c'est un peu le bordel ».*

--« *J'aurais aimé que ce soit le même suivi tout le long, qu'il y ait des personnes qui s'occupent des bébés et d'autres de nous ».*

--« *quand on est suivi toujours par les mêmes personnes, on sait où se diriger [...] En consultation, c'est quand même bien organisé même si on n'a pas de référent. Le problème ici, c'est qu'on ne sait pas à qui s'adresser ».*

--« *Ce qui me choque, c'est le bordel en consultation ».*

--« *je suis en pétard, je sais c'est vulgaire, mais c'est toujours pareil, y'a plein de personnes mais on ne sait pas ce qu'ils font ».*

--« *Et puis, il n'y a que deux soignantes, et ce n'est pas assez. C'est même dangereux ».*

--« *Quand j'ai eu ma césarienne pour ma première grossesse, j'ai eu la péridurale, mais il y avait très peu d'anesthésistes et à côté, la dame hurlait de douleur ; ça m'a vraiment choquée, au final, comme j'ai été opéré, ils auraient mieux fait de lui faire à elle ».*

2/ La conservation de la vie

--**Sa propre vie** : *« maintenant je ne veux plus d'enfant parce que je ne veux plus prendre de risque, j'ai eu trois bonnes césariennes et je sais qu'avec les césariennes à répétition, ça peut être risqué... ».*

--**La vie de son enfant** : Malgré son absence de lait, elle a quand même essayé d'allaiter *« car on dit toujours que c'est un petit plus pour l'enfant, que c'est bénéfique pour lui... Là au moins, elle a ses biberons, je sais qu'elle boit et je suis tranquille, je suis plus sereine ».* De plus, elle parle à plusieurs reprises de son absence de lait comme un « échec » (à conserver naturellement la vie de son enfant).

--**Le rôle des autres dans la conservation de la vie** : Elle donne des conseils de santé aux autres, elle dit d'arrêter à une cousine qui, à son enfant de 3 ans, donne encore le sein.

« La première grossesse, je ne savais pas que je n'aurai pas de lait donc j'ai voulu essayer et j'ai échoué parce qu'on ne m'avait pas bien expliqué »

« La deuxième fois, j'ai retenté, parce qu'on m'avait dit ce n'est pas parce que ça marche pas une fois... et les sages-femmes se sont s'acharner à ce que j'arrive à avoir du lait. J'avais l'impression que plus elles insistaient plus c'était comme si c'était une bagarre de leur côté plutôt que moi de réussir. Et ça, je n'ai pas apprécié. Après, je ne pense pas que c'était méchant de leur part. Loin de là. Mais moi ça m'a bloqué ».

« parce que je voyais que le petit avait vraiment faim... et je n'ai pas essayé cette fois, et je n'ai toujours pas de sensations, rien, donc je me dis que j'aurais été au même échec ».

« Ma dernière césarienne était programmée, et les autres, j'ai été quand même bien prise en charge... ».

Ces deux thèmes sont intriqués comme dans le cas 1 : il s'agit en fait de l'ordre requis pour la conservation de la vie, mais avec la nuance que cela concerne la place que chacun y tient (aussi bien soi-même que les autres) et comment, à cette place, chacun y remplit son rôle.

Cela apparaît clairement quand elle déclare : « *Avec du manque de personnel comme cela, il peut y avoir des morts. Les gens dans les bureaux, je ne sais pas ce qu'ils ont dans la tête. Ils se rendent pas compte ou quoi. En plus, avec tous les gens qui aimeraient bien travailler et qui ne trouvent pas de travail...* ».

Cela correspond bien à la problématique d'*Arsenicum album* qui conteste la légitimité de la place que chacun tient dans la conservation de la vie et qui voudrait être celui qui distribue les places.

Et le fait qu'elle se considère comme « un cas », cela veut probablement dire qu'elle pose un problème à ces soignants mal placés « *vous êtes tombée sur un CAS !!!* ».

Ma conclusion à la suite de l'analyse critique de mon cas 2 :

Je prends conscience que l'individualisation de cette patiente par mon aide à la prescription est également erronée.

De plus *Arsenicum album* ne se trouvait pas dans mon aide à la prescription.

Force m'était alors de constater que cette « aide à la prescription », avec toute sa prétention scientifique, conduit de manière générale à une impasse de l'individualisation, et qu'elle n'est pas valable pour permettre une vision d'ensemble de la patiente. L'individu ne peut être visé sur la base d'une classification préexistante.

Il y a une sorte d'impossibilité et d'inutilité pratique à filtrer l'entretien au travers d'un protocole. C'est comme si tout le travail de discernement sur la singularité de la patiente était gêné par les préjugés de « l'aide à la prescription » qui ne laissaient passer qu'une vision étriquée de la réalité clinique. J'avais alors pensé qu'en matière d'homéopathie, il ne pouvait y avoir aucun filtre et qu'elle était soumise inévitablement au sentiment d'empathie, et à l'écoute de ce qui est frappant chez le patient (ouvrant nécessairement une voie vers une infinie possibilité de prescription si l'on considère que chaque personne est différente).

V-A-3/ Critique plus générale de la démarche diagnostique suivie dans les cas des patientes 1 et 2

V-A-3-a/ Le recueil de données quantitatives sans intérêt

Pour ces homéopathes, les données quantitatives (poids, taille, etc.), n'ont d'intérêt que si elles font l'objet d'une déclaration venant comme un cheveu sur la soupe de la part de la patiente, par exemple si l'une avait dit : « *vous ne trouvez pas que je suis trop grosse Docteur ?* ».

Quant à la prétention à quantifier le qualitatif, par exemple la douleur, elle est inepte : « *intensité de la douleur 7/10* ».

V-A-3-b/ La prétention illusoire à l'objectivité dans l'interrogatoire

De plus, pour ces homéopathes, et cela rejoint en partie la critique précédente, il n'y a pas de « *déclarations spontanées* » (comme je l'ai moi-même trop souvent signalé). Ces déclarations sont toujours en fonction de ce qu'un interviewé particulier perçoit plus ou moins consciemment d'un intervieweur lui-même particulier. Même dans les sciences dites « dures », il est maintenant admis que la situation expérimentale modifie par elle-même les résultats de l'expérimentation. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on est face à une personne. Une attitude de neutralité peut très bien être perçue comme de la froideur et de l'indifférence, tout comme une attitude d'empathie peut être perçue comme de l'hypocrisie. Il est parfois plus efficace pour l'intervieweur de s'impliquer subjectivement de faire du « *rentre-dedans* » – tout est question de feeling et d'expérience – mais il doit le faire comme un jeu. Car l'intervieweur ne doit jamais oublier qu'il a lui-même une problématique (qu'il ignore le plus souvent), problématique qui peut l'entraîner à des réactions émotionnelles intempestives, devant lesquelles il doit avoir sans cesse une attitude interne de recul, de jeu (au sens surtout de donner du jeu, ne pas trop serrer, adhérer à ce qu'on dit ou à ce qui est dit).

L'observation en homéopathie n'est donc pas « *soumise inévitablement au sentiment d'empathie* » comme je le pensais.

V-A-3-c/ La doxa comme obstacle au recueil correct des symptômes

Selon eux, l'influence de l'opinion qu'il faut afficher pour être bien vu des autres intervient comme masque chez le patient et comme ce qui peut voiler la vérité du patient chez l'homéopathe. Dans le cas 1, c'est visible du côté de l'interviewer qui écarte l'information lorsque la patiente lui avoue son homosexualité et donc la nature de sa maternité.

Mais l'homéopathie n'a pas à se prononcer sur le bien ou le mal de ce que pense ou fait le patient ou la société, c'est-à-dire sur sa morale affichée. Elle doit, par contre, uniquement se soucier de découvrir la vérité cachée du patient.

V-A-3-d/ La recherche de symptômes rares, bizarres particuliers avant celle de « l'esprit » du remède

Selon ces homéopathes, il est faux de dire, comme je l'ai fait « *qu'à défaut de symptômes frappants, rares, bizarres, curieux, on n'a plus qu'à se rabattre sur l'ambiance générale du cas, ce que l'on appelle l'« esprit du remède »* ».

C'est en fait l'inverse qu'il faut faire : essayer de percevoir l'ambiance générale d'emblée, la petite musique qui accompagne en sourdine tous les dires de la patiente : valeur, amour, égalité, inégalité dans le cas 1 ; ordre, organisation, conservation de la vie dans le cas 2. Appeler cela « l'esprit » du remède ou de la patiente peut prêter à confusion. Il vaudrait mieux dire « l'essence » du remède et par extension celui de la patiente.

Les symptômes rares, bizarres, ne sont que des orientations, des aides, au cas où l'on ne percevrait aucune « petite musique ».

De plus, ces symptômes bizarres ne sont que rarement caractéristiques d'un seul remède dans le répertoire. Et même s'ils le sont, rien ne dit qu'une nouvelle pathogénésie ne pourrait pas en produire un semblable.

V-A-4/ Critique de l'étude elle-même

V-A-4-a/ L'ablactation : un cadre nosologique flou

Ces homéopathes soulignent la confusion entre ablactation spontanée et ablactation volontaire ; cette dernière étant tout simplement le refus d'allaiter ou de continuer d'allaiter.

Il faut ici reprendre les deux dérives (**V-A-4-b** et **V-A-4-c**) constatées dans ma tentative d'acclimatation de l'« homéopathie classique » au milieu hospitalier. En effet, comme tout homéopathe débutant, encore très imprégné des cadres nosologiques de la médecine allopathique « orthodoxe », j'ai accepté certains compromis, relatifs aux principes de bases de l'homéopathie, pour répondre aux contraintes techniques de l'« aide à la prescription » et au manque de connaissance des soignants hospitaliers.

V-A-4-b/ L'utilisation inutile et en partie erronée de rubriques nosologiques du répertoire pour sélectionner les remèdes

La recherche de la similitude dans mon aide à la prescription est en premier liée au concept nosologique d'ablactation et non aux particularités de la patiente.

J'ai utilisé la rubrique « **trouble suite de sevrage** » du répertoire homéopathique pour sélectionner d'autres remèdes qu'*Apis-Bryonia* (s'y trouvant déjà).

Alors qu'il est évident que beaucoup des expérimentations homéopathiques ne comportent pas de femmes en situation d'allaitement, de même que cette situation ne se rencontre que très rarement dans l'expérience clinique de n'importe quel médecin généraliste. Par conséquent, il s'agit forcément d'une liste limitative. En théorie, n'importe quel remède homéopathique pourrait rentrer dans ce type de rubrique.

Ces homéopathes considèrent que les rubriques nosologiques du répertoire ne sont là qu'à titre indicatif, ce sont les sous-rubriques qui peuvent être intéressantes. Rappelons que l'homéopathie, inversement à la médecine officielle, part du général pour parvenir au particulier, et qu'elle élimine tout ce qui est commun à tous les sujets présentant telle maladie

inscrite dans un cadre nosologique, pour ne retenir que ce qui est particulier à tel sujet présentant ladite maladie.

De plus, il y a eu utilisation erronée de la rubrique « suite de sevrage ».

V-A-4-c/ Le recours à des Matières médicales synthétiques pour sélectionner les symptômes

Cela s'est produit lorsque j'ai tenté d'affiner cette première et grossière recherche de similitude.

En effet, en poursuivant dans cette compromission, j'ai essayé de différencier les uns des autres, les différents remèdes de la rubrique « trouble suite de sevrage » en ayant recours à des matières **médicales abrégées dites synthétiques**, qui dessinent un portrait pour chaque remède, et que l'on fait ainsi correspondre aux particularités de la patiente.

Ces homéopathes considèrent de telles Matières médicales comme exagérément réductionnistes, offrant en fait des « portraits » caricaturaux des remèdes.

Ainsi, en prétendant enrichir le protocole *Apis-Bryonia*, je n'ai procédé qu'à un élargissement limité de la similitude autour du thème de l'ablactation. Cela ne vise pas la totalité des symptômes de la patiente et ne permet qu'une approche approximative du concept de similitude que je pensais néanmoins suffisante.

V-B/ Impasse de l'aide à la prescription par la perte de vue des concepts fondamentaux de l'homéopathie

V-B-1/ Réflexion sur le courant homéopathique de cette aide à la prescription

Il n'est peut-être pas inutile de rappeler ici que dès le début de sa diffusion, le rejet de l'homéopathie par certains provoque l'émergence de deux courants opposés : ceux qui sont exclusifs de sa pratique, « les classiques », et ceux qui sont prêts à des compromis : « les éclectiques ». Ces derniers sont ceux qui d'emblée cherchent une association avec d'autres thérapeutiques.

Ainsi, les pratiques classiques (unicistes) et éclectiques (pluralistes...) se différencient en ce que la première recherche le « similimum », remède « parfait », ou plutôt idéal correspondant à l'ensemble des symptômes caractéristiques de la personne, alors que la seconde recherche des « similaires », correspondant aux symptômes homéopathiques pouvant être de bas niveau et/ou ne s'intéressant pas à la totalité du tableau clinique présenté par le patient.

En définitive, le parti pris de l'élargissement limité des données caractéristiques de la patiente ne pouvait aboutir qu'à un échec total ou à des similaires, remèdes approximatifs.

V-B-2/ « Dérive synthétique d'homéopathie classique »

Mon aide à la prescription n'est pas, comme je le pensais, de l'homéopathie classique hahnemannienne, mais de l'homéopathie qui suit un courant éclectique.

Pourquoi une dérive ?

Parce que mon premier choix, mon premier but, fut celui d'aider le soignant. J'ai voulu adapter le moyen (homéopathie) à l'entreprise (hôpital). Cependant, l'objectif, en homéopathie, n'est pas de produire des **recettes pour aider le prescripteur** (ciblant le soignant et non le soigné), mais c'est celui d'appliquer la loi des semblables pour soigner la patiente. Je faisais d'emblée fausse route. Pourtant je continuais à penser que je naviguais au cœur des principes fondamentaux de « l'homéopathie classique », puisque je visais un traitement unique.

Pourquoi une « dérive synthétique » ?

J'ai **construit mon aide sur un concept allopathique** (en ciblant la maladie et non le malade). Mais plus j'œuvrais pour extraire l'« aide à la prescription en homéopathie classique » de ce cadre nosologique – intégrant des symptômes de haute hiérarchie issus de matières médicales synthétiques – plus j'entretenais une illusion car elle y était fondamentalement liée (synthèse entre allopathie et homéopathie).

Pourquoi une « dérivation synthétique d'homéopathie classique » ?

Paradoxalement, j'ai développé une « recette », qui permettrait au soignant **une recherche moins approfondie de l'individualité du patient**. Cela correspond à la vision éclectique de l'homéopathie qui cherche des passerelles avec l'allopathie, n'hésitant pas à dévier des concepts fondamentaux.

Rappelons ici qu'il n'y a pas d'antagonisme absolu entre allopathie et homéopathie : l'homéopathie éclectique propose des associations, alors que l'homéopathie classique opère une distinction nette, qui autorise néanmoins le passage entre les différentes disciplines. En l'absence de découverte du similimum, l'homéopathe classique aura recours alors sans aucun problème à l'allopathie. Comme Jahr le précise : *« Car, si l'on entend par médecins homéopathes ceux qui n'ont recours dans aucunes circonstances à d'autres moyens, il n'y a peut-être pas un seul médecin, en y comprenant Hahnemann lui-même, qui ait le droit de revendiquer ce titre ; mais si l'on entend par cette dénomination ceux qui se conforment à la thérapeutique méthodique enseignée par Hahnemann, en reconnaissant l'emploi de l'homéopathie comme exigence suprême de la pratique dans tous les cas possibles, et qui, selon les exigences de la méthode, ne font des exceptions que là où les moyens homéopathiques ne sont pas encore trouvables, la limite entre les homéopathes, les allopathes et les éclectiques est tout d'un coup nettement tranchée. »*.

V-C/ Impossibilité de répondre aux normes EBM

« La science interroge l'homéopathie autant que l'homéopathie interroge la science » [4].

De nombreuses recherches historiques ont montré que la méthode hahnemannienne a participé à sensibiliser les médecins au dosage des médicaments, à leur qualité, à la place de l'observation des patients et à l'importance de la prise en compte de la personne malade pour améliorer l'indication thérapeutique. Pourtant, il est clair qu'un véritable chantier de recherche s'impose : peut-on appréhender quantitativement l'homéopathie ?

En effet, les homéopathes étant des hommes de terrain, la recherche clinique qui les intéresse est celle qui concerne l'enrichissement des matières médicales qu'ils utilisent

quotidiennement. Pour eux, l'efficacité de leur méthode est vérifiée au quotidien par les résultats fournis par leurs patients.

Pour expliquer la pauvreté (200 essais) et le manque de preuves des études en homéopathie, on expose deux raisons. Premièrement, il est difficile de trouver un financement pour tester une médecine alternative, puisqu'il ne s'agit pas d'une priorité. Deuxièmement, chaque patient doit recevoir un traitement différent, en fonction de ses symptômes. Il faut donc adapter la conception de l'essai à cette situation.

Au début de notre étude, nous avons pensé qu'une recherche clinique en milieu hospitalier permettrait de mieux comprendre ces difficultés.

Pendant l'été 2014, je me suis ainsi lancé le défi de concevoir un projet de recherche qui investiguerait les bénéfices apportés par ces remèdes. Il était évident que je devais éviter les difficultés d'une étude type « essai médicamenteux » qui implique une comparaison de chaque remède en double aveugle et contre placebo. Étant donné que les remèdes homéopathiques ne sont pas soumis au même dispositif législatif que les autres médicaments, sur les conseils d'une épidémiologiste de la faculté, je me suis tournée vers une étude de type « dispositif médical » dont la logistique est plus souple [68-70].

Le seul et unique but poursuivi dans l'élaboration de cette étude a donc été de construire mon aide à la prescription tel un dispositif médical – sorte de clef « passe-partout » – qui conduirait à un seul remède. Ce remède allait-il être plus efficace sur la douleur, sur la tension mammaire et sur le bien-être moral des patientes, s'il venait en complément ou non d'une prise en charge de première intention (cf. Tableau 1) ?

En Annexe 14, vous trouverez le récapitulatif de la procédure de l'étude.

Le tirage au sort en début d'expérimentation fut la principale difficulté. Il est évident que certaines patientes allaient bénéficier d'un entretien plus long du fait de la recherche d'individualisation par l'aide à la prescription. Cela aurait probablement influencé sur les résultats du « bien être global » sans que l'on puisse discerner la part imputable au traitement. Mais notre objectif étant de tester l'efficacité de notre « logiciel/outil informatique » et non l'efficacité de l'homéopathie, ce biais ne nous a pas empêchée de poursuivre l'étude.

En octobre 2014, la rédaction du « protocole de recherche biomédicale type dispositif médical » a été terminée. J'ai pu le soumettre à la direction de la recherche et de l'innovation (DRI) du CHU de Nancy.

C'est en février 2015 que l'équipe de la DRI m'a convoquée Tour Drouet. Mais l'ANSM n'a pas pris en compte la législation particulière relative aux remèdes homéopathique et a donné son autorisation mais pour un « essai de type médicamenteux », dont la pratique du double-aveugle, pour 16 remèdes étudiés contre placebo était beaucoup trop contraignante sur le plan logistique.

La réalisation de ce projet était, comme nous l'avons dit, impossible dans le cadre d'un travail de thèse. Cet écueil a été pour moi un tournant majeur, puisqu'il a fallu commencer progressivement à « revoir à la baisse » mon objectif. À ce stade, ne plus pouvoir envisager l'administration d'un remède à la patiente a été la première remise en question de toute ma démarche.

À partir de mars 2015, j'ai alors décidé de réaliser une étude qui permettrait d'analyser et de comparer les points de vue entre deux sages-femmes différentes qui observeraient une même patiente. Mais j'ai commencé à tester l'aide à la prescription seule car je n'avais pas encore obtenu les autorisations pour former les sages-femmes.

Pour conclure, la méthode statistique est peu adaptée pour étudier des phénomènes dynamiques et interdépendants. En voulant recentrer l'étude sur l'approche diagnostique, une question m'est apparue plus évidente : l'analyse quantitative est-elle adaptée à une médecine qui vise la singularité du patient refoulant au fur et à mesure les particularités de sa maladie, et qui ne peut construire et observer que des groupes fondamentalement hétérogènes ? Dans ces groupes disparates, pourquoi évaluer la douleur ou le bien-être d'une personne pour en permettre la comparaison avec le ressenti de la personne voisine ?

V-D/ Ultime critique : valeur de l'enseignement que j'ai reçu en homéopathie hahnemannienne ?

Les homéopathes se demandent finalement s'il est vraiment possible de transmettre l'homéopathie à tout un groupe par des écoles d'enseignement.

Car si l'on suit à fond le principe d'individualisation, ce savoir ne peut sans doute vraiment se transmettre que d'individus particuliers à individus particuliers ayant des affinités intellectuelles. C'est, de plus, leur expérience personnelle : ils ont tous été enseignés par une école et disent avoir tout été obligés de réapprendre ensuite par leurs contacts avec des personnalités particulières du monde homéopathique. Et d'ailleurs, les plus grands maîtres de l'homéopathie, après Hahnemann, semblent avoir tout appris au contact d'un autre praticien.

VI/ Conclusion

Une femme choisit de ne pas ou de ne plus exprimer sa fonction nourricière. Elle doute, consciemment ou non, que cette action ait un sens. Pourquoi est-elle en proie à cette incertitude qui lui empêche de considérer l'évidence ?

Pourtant, autour d'elle, personne ne semble embarrassé au sujet du bien-fondé de la lactation humaine. L'OMS l'a tranché et pour ainsi dire gravé dans le marbre : l'allaitement maternel est conseillé de manière exclusive jusqu'aux six mois de l'enfant et pourra être poursuivi jusqu'à ses deux ans voire plus.

Pour le médecin hospitalier ce questionnement est considéré avec intérêt même si souvent réside une confusion sur la technique à adopter pour répondre à ces femmes.

Car en effet, s'il est un sujet de santé, source de débat, et de divergences, c'est bien celui de l'arrêt de l'allaitement. Pour ce sujet, culture, expérience et tempérament différent pour chaque individu : médecins, pharmaciens, professions paramédicales et bien sûr le patient et son entourage.

Du point de vue de l'homéopathe classique hahnemannien, la patiente est un tout unique, autour duquel il gravite. Par l'observation des symptômes, il cherche activement les réactions particulières et contradictoires autour desquelles elle oscille sans cesse, et qui définissent ainsi son comportement, sa susceptibilité propre, « sa petite musique ».

D'ailleurs, c'est cette susceptibilité – réactivité exagérée à certains facteurs du milieu – qui est la clef de la médecine homéopathique hahnemannienne.

Les moyens techniques, que nous avons déployé pour accéder à la compréhension des patientes, ont buté sur les principes fondamentaux de l'individualisation. Le vivant semble échapper à toute compression algorithmique.

Car l'individualisation ne peut être comprise que sur la base d'une double exigence : une formation individualisante en homéopathie et une expérience clinique « artisanale », cherchant à repousser sans cesse le patient dans sa singularité. Deux conditions que je n'aurais pas réussi à réunir dans cette étude en milieu obstétrical.

L'homéopathie est-elle pour autant une réponse au besoin d'alternatives en milieu hospitalier ?

Fût-ce souhaitable, comment pourrait-on imaginer cette homéopathie classique en milieu hospitalier ?

Devant ce constat d'échec, le moyen le plus simple serait peut-être d'avoir recours à des collaborateurs extérieurs, des consultants « chevronnés » en homéopathie. Certains médecins hospitaliers se forment mais cette démarche est aléatoire et ne permet pas d'envisager une collaboration durable.

Faut-il conclure que mon étude a été menée en vain, vainement, inutilement ?

« Vainement est relatif au sujet ; en vain est relatif à l'objet ; inutilement, c'est sans utilité pour personne.

On a travaillé en vain lorsqu'on l'a fait sans atteindre le but qu'on se proposait, à cause de la défectuosité de l'ouvrage. Si ma besogne faite n'a pas l'effet que j'en attendais, si je n'ai pas atteint mon but, j'ai travaillé en vain ; c'est-à-dire que j'ai fait une chose inutile

On a travaillé vainement lorsqu'on l'a fait sans succès, de sorte que l'on a perdu son temps et sa peine. Si je ne puis venir à bout de faire ma besogne, je travaille vainement ; je perds inutilement mon temps et ma peine. On dit aussi que quelqu'un a travaillé vainement, lorsqu'il n'est pas récompensé de son travail, ou que ce travail n'est pas agréé ; car dans ce cas le travailleur a perdu son temps et sa peine, sans préjuger aucunement la valeur de son travail qui peut être d'ailleurs fort bon ».

(A.-L. Sardou Nouveau Dictionnaire des Synonymes français)

Bibliographie

1. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Édition Payot, Paris ; 1986 ; p.181.
2. Mure C. La recherche sur les substances médicamenteuses à l'origine de l'homéopathie, toute une histoire. Bulletin de la SFE. Édition Fleurentin et Weniger, Metz ; 2014 ; 51 : 15-21.
3. Marchat P. L'approche philosophique de l'homéopathie. Bulletin de la SFE. Édition Fleurentin et Weniger, Metz ; 2014 ; 51: 22-28.
4. Faure O. L'homéopathie entre contestation et intégration. Actes de la recherche en sciences sociales ; 2002 ; 143 : 88-96.
5. Neville M.C. Physiologie de la lactation. Clinics in perinatology ; 1999 ; 26: 251-279.
6. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. Physiologie de la lactation. En ligne [consulté le 31/05/2015]
7. Touraine P. Goffin V. Physiologie de la prolactine. Elsevier Masson ; 2012.
8. Thirion M. L'Allaitement. Edition Ramsay, Paris ; 1980.
9. Neville Margaret C. Lactation and its hormonal control, physiology of reproduction. Elsevier ; 2007 : 57.
10. Houdebine L. Physiologie de lactation. Unité de biologie du développement, EMC, Paris ; 2007. 5-008-A-30.
11. Pang WW & Hartmann PE. Initiation of Human Lactation: Secretory Differentiation and Secretory Activation. J Mammary Gland Biol Neoplasia 2007 ; 12 : 211–21.
12. OMS. Principes directeurs pour l'alimentation des enfants âgés de 6 à 24 mois qui ne sont pas allaités au sein. En ligne [consulté le 25/10/2015].
13. Fanello S. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. Arch de Pediatr ; 2003 ; 10 (1) : 19-24.
14. Douville S., Levesque L. Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement maternel à la maternité du Havre. Elsevier Masson ; 2008 : 1637-4088.
15. Labordea L., Fulcherib J., Gelbert-Baudinoc N. Intérêt du Breastfeeding Assessment Score pour la prédiction du sevrage précoce de l'allaitement maternel en France. Arch de Pediatr. ; 2007 ; 14 : 978–984.
16. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipfane, France, 2012. InVS. BEH. sept 2012 ; (34) : 383-387. En ligne [consulté le 25/10/2015].
17. Serror C., Lévêque Y. La montée laiteuse. La Revue du CEDH 2010 ; (19) : 25-29. Le Dr Yves Lévêque est maître du mémoire de fin d'études, intitulé "Inhibition de la lactation par administration d'un traitement homéopathique".
18. Berrebi A, Gassita L, Cohen M, Ayoubi J-M, Fournié A. Inhibiteur de la lactation. Extrait des mises à jour en Gynécologie et obstétrique ; 1997 ; 21.

19. Organisation Mondiale de la Sante. Departement Sante et Developpement de l'Enfant et de l'Adolescent, Mastite causes et prise en charge. Genève ; 2004.
20. Schultes R.E, Hofmann A. Les Plantes des dieux. Edition du Lezard ; 2000 (ISBN 978-2-9507264-2-1).
21. Cumont F. Les Mystères d'Éleusis selon Paul Foucart. Journal des savants, 1915 ; 2(13) : 58-69.
22. Lile P. L'ergotisme au XVIIIe siècle, Alimentation et histoire de la médecine. Actes du 3ème Colloque du C.E.H.M., Toulouse ; 1999. En ligne [consulté le 25/10/2015].
23. Chaumartin H. Le Mal des Ardents et le Feu Saint-Antoine. Ed. par l'auteur, Vienne La Romaine ; 1946.
24. Pelt J.M. Drogues et plantes magiques. Édition Fayard, Paris ; 1983.
25. Questions et réponses relatives à l'examen des agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot. EMEA/CHMP/319054/2008.
26. CRAT-Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte. En ligne [consulté le 25/10/2015].
27. Olapado OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database Syst Rev, 2012(9): Art. No.: CD005937.
28. Mignot G. Inhibition de la lactation après l'accouchement. Revue Prescrire juin 1995 ; 15(152) : 440-445.
29. AFSSAPS. Commission de la transparence du Parlodel. Commission nationale de Pharmacovigilance. Mai 2012. En ligne [consulté le 25/10/2015].
30. ANSM. Commission de la transparence du Parlodel. Compte-rendu commission de suivi du rapport bénéfice risque des produits de santé n°2. Juillet 2013. En ligne [consulté le 25/10/2015].
31. HAS. Direction de l'Evaluation Médicale, Economique et de Santé Publique. Parlodel, Commission de la transparence, Avis 2 modifié le 18 septembre 2013. En ligne [consulté le 25/10/2015].
32. Mac Carthy M. Bromocriptine not for lactation suppression. Lancet, 1994 ; (344) : 602.
33. FDA Drug Bulletin: post-partum hypertension seizures, strokes reported with bromocriptine. FDA Drug Bull. 1994 ; (14) : 3-4.
34. Prescrire rédaction. Inhibition de la lactation. Gare aux antagonistes dopaminergiques. Revue Prescrire. Nov 2010 ; 30(325) : 828.
35. Prescrire rédaction. Freiner la montée laiteuse sans médicament. Revue Prescrire. Déc 2012 ; 32(350) : 918-920.
36. Prescrire rédaction. Inhibition de la montée laiteuse : la cabergoline est-elle une alternative à la bromocriptine ? Revue Prescrire 2015 ; 35 (378) : 315-316.

37. Prescrire rédaction. Inhibition de la lactation. Gare aux antagonistes dopaminergiques. Revue Prescrire 2010 ; 30 (325) : 828.
38. Fournie S., Foucher E, Faguer B., Pathier D. Intérêt d'une solution oestrogénique percutanée pour le blocage de la lactation. Rev. Fr. Gynécol. Obstet., 1990 ; 85(12) : 715-719.
39. Daniel DG. Puerperal thromboembolism and suppression of lactation. Lancet, 1967 ; (28) : 187-289.
40. Bombard F, Hedon B, Champ C et al. Inhibition pharmacologique de la lactogénèse : étude comparative de la vitamine B6, de la bromocriptine et des oestrogènes percutanés. Progrès Médical, 1979 ; (9/10) : 323-329.
41. Mirkou A, Suchovsky D, Gouraud A, Gillet A, Bernard N, Descotes J, et al. Pratiques des prescriptions des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). Avril 2012 ; 41(2) : 167-73.
42. Galouzeau de Villepin B. Inhibition de la lactation dans le Post-partum : Bromocriptine vs Cabergoline [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Paris : Université Paris Descartes ; 2011.
43. Nguyen C. Existe-t-il des alternatives à la Bromocriptine ? Evaluation des pratiques au sein du Réseau Périnatal Lorrain [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme] Nancy : Université Nancy 2 ; 2011.
44. Loiseau A.; Charvet C. Inhibition précoce de la lactation : évaluer les risques des traitements allopathiques, connaître les alternatives et savoir prescrire des médicaments homéopathiques. Profession Sage-Femme, 2013; (196): 20-25.
45. Souillard A. L'inhibition de la lactation : quelle prise en charge pour les patientes ? Gynécologie et obstétrique. 2013 <dumas-00877859> [Mémoire pour obtenir le Diplôme d'Etat de Sage-Femme] Clermont-Ferrant : Université d'Auvergne-Clermont 1 ; 2013.
46. Prescrire rédaction. Arolac®. Fiche médicament. Revue prescrire, juin 1995 ; 15(152) : 409.
47. Van Dam LJ, Rolland R. Lactation-inhibiting and prolactin-lowering effect of lisuride and bromocriptine: a comparative study. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod.Biol. 1981 ; 12 : 323-33.
48. ANSM. Commission de suivi du rapport entre les bénéfices et les risques des produits de santé. Compte-rendu de la séance du 14 octobre 2014.
49. Prescrire rédaction. Quinagolide. Fiche médicament. Revue prescrire mars 1997; 17(171): 162-163.
50. ANSM. Au vu des données présentées, considérez-vous le rapport bénéfice/risque de la bromocriptine dans l'inhibition de la lactation comme favorable ou défavorable ? Séance du 14 mars 2013. En ligne [consulté le 25/10/2015].
51. ANSM. Lettre aux professionnels. Bromocriptine : réévaluation de la balance bénéfices/risques dans l'inhibition de la lactation post-partum. Janvier 2015.
52. Valnet J. Phytothérapie : traitement des maladies par les plantes. 4ème édition. Éditions Maloine, 1979. Précis de phytothérapie.

53. Stéphan JM. L'acupuncture autour de la naissance : bases scientifiques et état des lieux. 26 mars 2010, La Revue Sage-femme, 2010 (9) : 93-97.
54. Pfizer Canada inc. Monographie Dostinex ® (cabergoline), 2013.
55. Brownell J., Homburg R., West C. A double blind study comparing a new non-ergot, long acting dopaminergic agonist, CV 205-502, with bromocriptine in women with hyperprolactinemia. Clin. Endocrinal, 1991 ; (32) : 565-571.
56. Ferrari C., Petoccione A., Piscitelli G., Rolland R. Single dose cabergoline versus bromocriptine in inhibition of puerperal lactation: randomised, double blind, multicentre study. BMJ, 1991 ; (302) : 1367-1371.
57. PRAC recommends restricted use of bromocriptine for stopping breast milk production. Meeting highlights from the Pharmacovigilance Risk Assessment Committee (PRAC). EMA. July 2014.
58. Berrebi A., Parant O., Ferval F., Thene M., Ayoubi JM., Connan L., Belon P. Treatment of pain du to unwanted lactation with a homeopathic preparation given in the immediate post-partum period. J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2001 ; (30) : 353-357.
59. Weber J. Essai de non infériorité sur l'apparition des symptômes de la montée de lait dans l'inhibition de la lactation primaire : Homéopathie Vs Bromocriptine [Thèse Médecine] Nancy, Université Nancy 2 ; 2013.
60. Griveaux JM. L'homéopathie pour calmer la douleur de la montée laiteuse, prescrire en question. La revue prescrire, 2005; 25(265) ; 465.
61. Elsener M., Ferrafiat M., De Bruyn M., Jouhet P., Robert Y., Rouge P.E. Inhibition de la sécrétion lactée physiologique du post-partum par la dihydro-ergokryptine caféine et la dihydro-ergotoxine. Rev. Fr. Gynécol. Obstet., 1988, 83 (11), 697-701.
62. Hahnemann S. Organon de l'art de guérir. Cinquième édition. Ecole Belge d'homéopathie. 2005 : 373p.
63. Kent. Conférences de Kent. Conférence n° 35. OBSERVATION DE L'ACTION MÉDICAMENTEUSE ET PRONOSTIC [consulté le 28/8/2014 sur le site : <http://planete-homeo.org/>]
64. Ecole Belge d'Homéopathie, animé par le Dr Daniel SAELENS [consultée le 28/08/2014 sur : <http://www.homeobel.org>]
65. Association d'homéopathie Masiste [consultée le 05/09/2014 sur le site : <http://afadh.free.fr>]
66. Loutan G. L'Homéopathie Uniciste, instantané sur une médecine durable. Ed Loutan, Genève, 2011.
67. Institut National Homéopathique Français [consulté le 28/08/2014 sur le site : <http://www.inhfparis.com>]
68. Laboratoire Boiron [consulté le 05/05/2014 sur le site : <http://boiron.fr>]
69. Bruno J., Nomenclature, Médicaments homéopathiques unitaires et composées, 2008.
70. <http://www.sante.gouv.fr/medicaments-homeopathiques.html>

71. Dictionnaire Vidal. Eds Vidal, 2015
72. Les Français et les médicaments homéopathiques, Institut de sondage Ipsos, juin 2010. En ligne. [Consulté le 24/01/2016]

Table des matières

Sommaire	15
Liste des tableaux et des figures	16
I/ Introduction	17
II/ Rappels préalables	20
II-A/ La lactation et ses différentes étapes	20
II-B/ L'ablactation	21
II-B-1/ Ambiguïté du terme ablactation	21
II-B-2/ Ablactation spontanée	21
II-B-3/ Ablactation volontaire ou refus d'allaiter ou de continuer d'allaiter	22
II-B-3-a/ Il a été décidé avant la montée de lait dans la majorité des cas : c'est le refus d'allaiter	22
II-B-3-b/ Il a été décidé pendant l'allaitement en cours : c'est le refus de continuer à allaiter	22
II-B-4/ Ablactation d'indication médicale	23
II-B-5/ L'allaitement autorisé sous conditions, pouvant conduire à un abandon volontaire d'allaitement	23
II-B-6/ Évolution spontanée en cas d'ablactation au moment de la montée laiteuse	24
II-B-7/ Inconvénients et complications éventuelles de l'ablactation	24
II-B-8/ Traitement, de 1980 à 2012-2013 de l'ablactation par un palliatif universel, la bromocriptine	25
II-B-8-a/ L'ergot de seigle	25
II-B-8-b/ L'usage médical de l'ergot de seigle	26
II-B-8-c/ La bromocriptine de 1978 à 2013	27
II-C/ L'homéopathie	28
III/ La genèse de cette étude	31
III-A/ Notre expérience personnelle de l'ablactation et de l'homéopathie	31
III-A-1/ Notre expérience personnelle de difficultés d'allaitement résolues par homéopathie classique	31
III-A-2/ Notre formation en homéopathie classique hahnemannienne qui s'en est ensuivie	32
III-B/ Les mésaventures de la bromocriptine comme opportunité	32
III-B-1/ La remise en cause de la bromocriptine	32
III-B-2/ Les recommandations actuelles	33
III-B-3/ L'alternative homéopathique actuellement tolérée en milieu hospitalier : Apis-Bryonia	34
III-B-4/ La critique de ce protocole de notre point de vue d'homéopathe classique hahnemannien	35
III-B-5/ L'idée d'élaborer un protocole homéopathique classique hahnemannien en concurrence	36
III-C/ La possibilité d'entreprendre cette étude en milieu hospitalier	36

IV/ La mise en œuvre de l'étude	38
IV-A/ Les difficultés de mise en œuvre	38
IV-A-1/ Les difficultés liées aux potentiels prescripteurs hospitaliers	38
IV-A-2/ Les contraintes techniques	39
IV-A-3/ Les contraintes administratives hospitalières	39
IV-B/ La conception d'une aide à la prescription destinée aux sages-femmes	40
IV-B-1/ La sélection des remèdes	40
IV-B-2/ La sélection des symptômes permettant de différencier ces remèdes	42
IV-B-3/ Mise au point d'un questionnaire aidant à sonder les patientes à la recherche de leur singularité	46
IV-C/ La confrontation de cette aide à la prescription à la réalité clinique	46
IV-C-1/ Le milieu hospitalier	46
IV-C-2/ Quelle est la population étudiée ?	47
IV-C-3/ Observation de la patiente 1	50
IV-C-4/ Expertise homéopathique du cas de la patiente 1 au moyen de mon « aide à la prescription »	55
IV-C-5/ Observation de la patiente 2	58
V/ L'échec de l'étude et son analyse : l'itinéraire d'un égarement	62
V-A/ Analyse critique des cas cliniques par des homéopathes-conseils	62
V-A-1/ Analyse critique du cas 1	62
V-A-2/ Analyse critique du cas 2	66
V-A-3/ Critique plus générale de la démarche diagnostique suivie dans les cas des patientes 1 et 2	70
V-A-3-a/ Le recueil de données quantitatives sans intérêt	70
V-A-3-b/ La prétention illusoire à l'objectivité dans l'interrogatoire	70
V-A-3-c/ La doxa comme obstacle au recueil correct des symptômes	71
V-A-3-d/ La recherche de symptômes rares, bizarres particuliers avant celle de « l'esprit » du remède	71
V-A-4/ Critique de l'étude elle-même	72
V-A-4-a/ L'ablactation : un cadre nosologique flou	72
V-A-4-b/ L'utilisation inutile et en partie erronée de rubriques nosologiques du répertoire	72
V-A-4-c/ Le recours à des Matières médicales synthétiques pour sélectionner les symptômes	73
V-B/ Impasse de l'aide à la prescription par la perte de vue des concepts fondamentaux	73
V-B-1/ Réflexion sur le courant homéopathique de cette aide à la prescription	73
V-B-2/ « Dérive synthétique d'homéopathie classique »	74
V-C/ L'impossibilité de répondre aux normes EBM	75
V-D/ Ultime critique : valeur de l'enseignement reçu en homéopathie hahnemannienne ?	78
VI/ Conclusion	79
Bibliographie	81
Annexes	88

Annexes

Annexe 1 : Les différentes étapes de la lactation

La lactation réunit l'ensemble des phénomènes qui permettent la sécrétion puis l'excrétion par la glande mammaire des éléments constitutifs du lait maternel. Elle ne s'opère qu'en présence d'une architecture adéquate et d'une physiologie normale de la glande mammaire.

Il convient de distinguer deux phénomènes : d'abord la croissance du tissu, qui commence principalement aux premier et deuxième trimestres et se poursuit progressivement jusqu'en post-partum, puis la différenciation cellulaire, qui s'étale de la fin de la grossesse jusqu'au sevrage [5-8].

La mammogénèse

En l'absence de grossesse, le sein est constitué principalement de tubules ramifiés dans un stroma conjonctivo-adipeux, calquant une architecture arborescente (Figure 2). Chaque tubule est constitué de deux couches : une couche interne constituant l'épithélium sécrétoire, et une couche externe de cellules myoépithéliales.

Les canaux glandulaires s'allongent et se ramifient, constituant ainsi un réseau tubulaire. Le branchement de nouveaux canaux forme des éléments glandulaires appelés acini ou alvéoles. Par cette croissance vers la profondeur, l'hyperplasie de l'épithélium glandulaire s'installe peu à peu à la place du tissu adipeux. Plusieurs acini se regroupent autour d'un canal excréteur commun, constituant une unité sécrétoire fonctionnelle, appelée aussi le lobule (Figure 3).

La femme devient physiologiquement apte à nourrir son enfant dès cinq mois de grossesse. En fin de grossesse, le tissu adipeux disparaît presque totalement et le tissu glandulaire est perçu sous forme de lobes durs et tendus.

Durant la grossesse, la glande mammaire est soumise à une influence hormonale permettant sa transformation nécessaire à la lactation.

La lactogénèse

Elle fait suite à la mammogénèse. Cette phase s'étend du dernier trimestre de la grossesse jusqu'au sevrage.

On distingue deux périodes : la lactogénèse de type 1 ou phase colostrale (du 5^{ème} mois de grossesse jusqu'au 4^{ème} jour du post-partum environ) et la lactogénèse de type 2 ou phase lactée (dès le 4^{ème} jour du post-partum).

La lactogénèse de type 1 : différenciation sécrétoire

Dès le milieu de la grossesse, la glande mammaire est apte à sécréter du lait. Les processus sécrétoires sont cependant tenus en échec par le taux élevé de progestérone circulante : c'est la lactogénèse infraclinique. La progestérone inhibe à la fois l'influence de l'hormone placentaire lactogène au niveau hypophysaire et au niveau des cellules sécrétoires fonctionnelles. Ces dernières restent donc quiescentes du 2^{ème} trimestre de la grossesse jusqu'en post-partum.

L'expulsion du placenta provoque une chute brutale du taux de progestérone qui lève progressivement, en deux ou trois jours, l'inhibition qu'elle exerçait sur la sécrétion de prolactine. Dans les trois premiers jours qui suivent la naissance, un faible volume de colostrum est produit.

Au niveau cellulaire, la progestérone agit sur la perméabilité des jonctions serrées. En post-partum immédiat, les jonctions cellulaires encore ouvertes laissent passer, dans la circulation maternelle, le colostrum fabriqué. Le lactose est présent dans le sang et les urines maternels. La lactogénèse de stade I se termine par une fermeture de ces jonctions intercellulaires, trois jours après l'accouchement, du fait de la chute de progestérone.

Lactogénèse de type 2 : activation sécrétoire

Quelques jours après la naissance, l'accumulation d'éléments constitutifs du lait au sein de la lumière alvéolaire engendre une dilatation. Les cellules épithéliales s'aplatissent et les cellules myoépithéliales étirées sont alors à peine visibles. La chute hormonale entraîne la fermeture des jonctions intercellulaires et une modification de la sécrétion lactée.

Figure 3. Schéma d'une coupe de sein d'après POIRIER

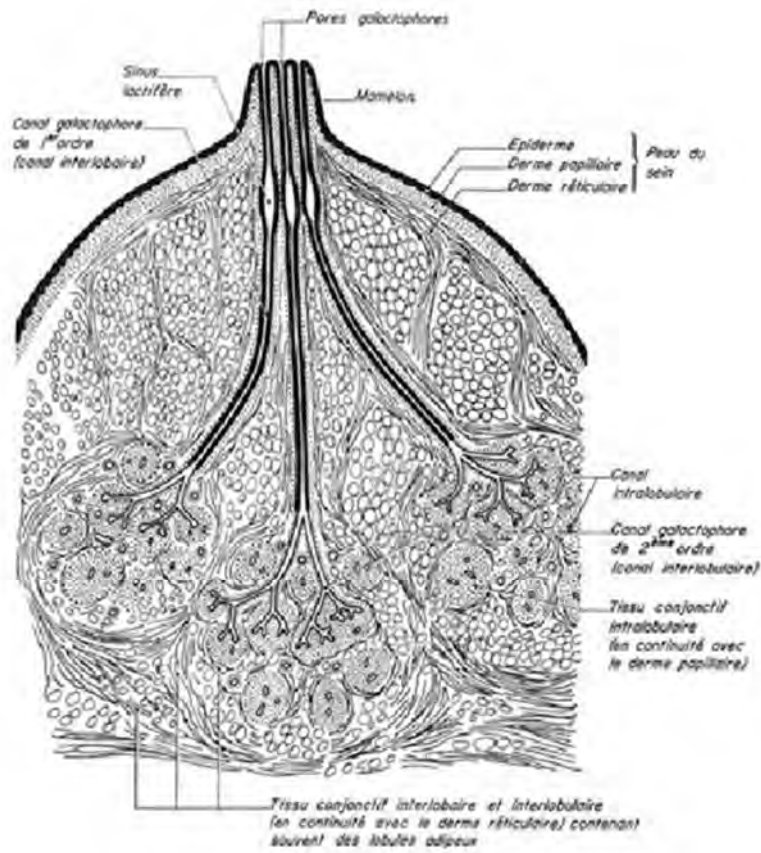
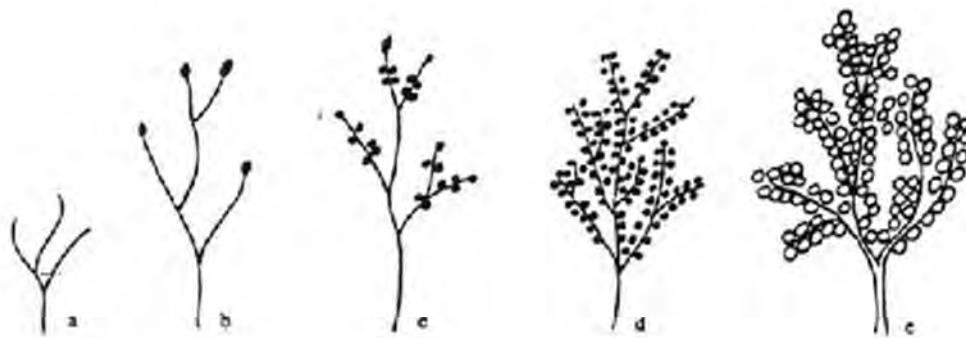


Figure 4. Présentation schématique du développement des canaux lactifères et des alvéoles



- a - Avant la puberté
- b - Début de la puberté, avec l'existence d'une sécrétion d'œstrogènes
- c - Fin de la puberté - Pendant les cycles ovulatoires, les alvéoles se forment aussi grâce à la combinaison des œstrogènes et de la progestérone
- d - Développement des canaux lactifères et des alvéoles pendant la maturité sexuelle de la femme
- e - Développement des canaux lactifères et des alvéoles pendant la grossesse et la lactation

Les premiers jours de la lactation : la montée laiteuse

La montée laiteuse se caractérise par une accentuation des activités de synthèse et par la libération massive des produits de sécrétions accumulés lors de la lactogénèse. Elle se superpose à la phase colostrale et s'éteint pendant la phase lactée. En fait, ce sont principalement des phénomènes congestifs vasculaires qui marquent cette montée de lait. Le débit sanguin triple brutalement pour assurer l'apport des matières premières nécessaires à la fabrication du lait. Cette congestion est diffuse avec œdèmes corporels.

Les seins sont œdémateux, tendus et chauds.

Durant les deux premiers jours de lactation, le sein sécrète le colostrum en faible quantité. Environ 20 à 30 ml sont produits le premier jour et 30 à 50 ml le lendemain. À environ trois jours du post-partum, la production lactée est de 100 à 150 ml.

La galactopoïèse

Ce sont les mécanismes de régulation de la production du lait [9-10]. La phase d'entretien de la sécrétion lactée dépend à la fois d'un complexe endocrinien et de la succion de la zone aréole-mamelon qui induit une décharge hormonale par réflexe neuroendocrinien. L'ocytocine stimule la contraction des cellules myoépithéliales et participe ainsi à la vidange de la glande mammaire ainsi qu'à l'éjection du lait.

La production du lait est principalement contrôlée par la prolactine. Au fil du temps, la prolactine retrouve des taux moindres, mais chaque tétée provoque un pic. Un pic physiologique est également constaté la nuit. Le volume réel de lait peut également s'ajuster aux demandes de l'enfant sous l'action d'un facteur local, appelé Feedback Inhibitor of Lactation (inhibiteur de la lactation par rétrocontrôle).

Après six semaines environ, la glande mammaire s'autonomise du contrôle hormonal et acquiert un véritable automatisme : traction, vidange, transsudation et remplissage.

Par ailleurs, la galactopoïèse est régulée par le système limbique. Certaines émotions de la mère comme le stress et l'anxiété peuvent l'inhiber et au contraire, la vue du bébé, ses pleurs ou simplement le fait de penser à lui vont provoquer les phénomènes sécrétoires.

Annexe 2 : Les différentes indications médicales d'ablactation

Il existe des contre-indications exceptionnelles, absolues et définitives voir des impossibilités à la lactation dont les principales sont :

Chez la mère

Une séropositivité au VIH. Si une alimentation de substitution n'est pas disponible dans des conditions correctes ; leur lait doit être pasteurisé [28]. Les virus dans le lait et peuvent être transmis de manière variable selon la durée d'allaitement et selon la charge virale maternelle. Le virus est détruit lorsque le lait est congelé.

Une fièvre inexpliquée. Il faut suspendre l'allaitement le temps du bilan tout en continuant à stimuler la lactation (tire-lait).

Une pathologie chronique grave (comme les cardiopathies, l'insuffisance rénale, le cancer, etc.), l'allaitement est souvent contre-indiqué.

Certaines malformations congénitales. Très rares, qui entraînent une absence totale de mamelon ou de glande mammaire.

Des antécédents de chirurgie mammaire peuvent parfois entraîner une impossibilité d'allaiter.

La prise de médicaments toxiques¹² [29] [30].

Chez l'enfant

En cas de galactosémie congénitale, l'enfant doit être nourri avec un lait sans lactose.

La phénylcétonurie ; l'allaitement peut être poursuivi à condition que le taux de phénylalanine soit surveillé régulièrement et qu'un lait spécial soit introduit en cas de taux trop élevé de phénylalanine dans le sang.

La leucinose ; comme précédemment il est donc recommandé d'avoir un allaitement mixte avec une préparation spéciale.

¹² En cas de prise médicamenteuse, il est possible de consulter le CRAT [26].

Annexe 3 : L'allaitement autorisé sous condition

Tableau 7. Allaitement autorisé sous condition

La varicelle ou le zona	Il est nécessaire d'éviter tout contact direct. Le lait pouvant être tiré et donné à l'enfant, car le virus n'est pas transmis par le lait
La tuberculose pulmonaire	Il est nécessaire d'isoler l'enfant de sa mère pendant au moins les deux premières semaines de traitement. Le lait peut être tiré et donné au nouveau-né, avec surveillance du passage du médicament dans le lait si l'allaitement est prolongé.
L'infection herpétique	L'allaitement est autorisé à condition que les conditions d'hygiène soient strictes (port du masque si herpès labial, lavage des mains) et que la lésion ne soit pas sur un sein.
L'infection à CMV	Aucune conséquence pour un enfant à terme, cependant le lait devra être pasteurisé pour être donné à un bébé prématuré.
L'hépatite B	Le virus est transmis par le lait mais l'allaitement est autorisé si l'enfant bénéficie du protocole vaccination à la naissance.
L'hépatite C	L'allaitement est autorisé.
La chirurgie mammaire	L'allaitement maternel est souvent possible mais sa mise en place est aussi plus difficile, notamment en cas de réduction mammaire.
Le tabagisme maternel	L'allaitement maternel reste l'alimentation recommandée pour l'enfant. Il est souhaitable de fumer après les tétées et d'attendre au moins 2 heures depuis la dernière cigarette. Le port d'un patch nicotinique n'est pas une contre-indication à l'allaitement.
La consommation d'alcool	La consommation d'alcool, massive et répétée, peut nuire à l'écoulement de lait et peut avoir des répercussions sur l'enfant (développement moteur, sommeil, diminution de la quantité de lait absorbé). Il est préférable de boire la boisson alcoolisée après la tétée et d'attendre deux heures après avoir consommé une boisson alcoolisée.
La consommation de drogues	Elle est détectée dans le lait maternel. Le choix d'un allaitement maternel ou non doit donc faire l'objet d'une discussion sur les risques et les avantages potentiels avec l'équipe médicale qui entoure la patiente. La prise de <i>méthadone</i> ou de <i>buprénorphine</i> est compatible avec l'allaitement au sein.

Annexe 4 : L'évolution spontanée en cas d'ablactation

Sous l'influence hormonale et indépendamment du mode d'allaitement, on observe une congestion souvent douloureuse des seins correspondant à la montée laiteuse dans les 72 heures après l'accouchement. Les seins sont gonflés, chauds et soumis à un afflux vasculaire intense.

En raison de l'absence de stimuli du mamelon, le lait stagne dans les canaux. Il s'ensuit un phénomène de dilatation alvéolaire entraînant une stase alvéolaire du lait. Il se forme un œdème interstitiel, et donc une hyperpression dans la glande, qui va bloquer la circulation sanguine et lymphatique, ainsi que l'écoulement du lait dans les canaux.

L'ablactation au moment de la montée laiteuse peut ainsi aboutir à une inhibition de l'excrétion lactée du fait de la congestion vasculaire en comprimant les canaux excrétoires.

Parfois, le phénomène congestif peut provoquer jusqu'à des lésions anatomiques mammaires par réouverture des jonctions intercellulaires, ainsi que des modifications dans la composition du lait.

Cliniquement, les seins ont augmenté de volume, ils sont durs, douloureux, tendus, avec parfois une fébricule, témoignant de l'engorgement mammaire.

L'ablactation après la montée laiteuse, deux phénomènes concourent à l'arrêt de la sécrétion lactée : une diminution des stimuli hormonaux, et une diminution des stimuli de succion (par un espacement des tétées). La lactation s'interrompra par sevrage ou par épuisement. En deux semaines environ, la glande est de nouveau au repos.

En l'absence d'allaitement maternel, on peut donc finalement observer dans la majorité des cas une réouverture des jonctions intercellulaires des alvéoles, une involution des cellules sécrétrices qui diminuent en taille et en nombre, puis disparaissent, une raréfaction des canaux excréteurs, et une régression de la vascularisation.

De plus, M. Neville a démontré que les cellules épithéliales sécrétrices mammaires sont programmées génétiquement pour mourir en l'absence de prolactine. Le pic d'apoptose cellulaire se produit dans les 3 ou 4 jours suivant l'absence de vidange alvéolaire.

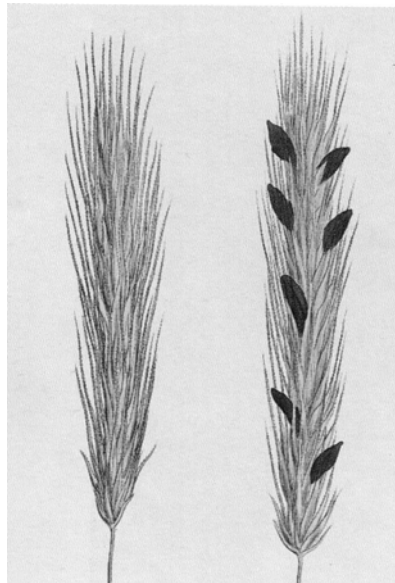
Si une femme ne stimule pas ses mamelons après l'accouchement, évitant ainsi l'entretien de l'hyperprolactinémie, la lactation s'interrompt habituellement d'elle-même en une ou deux semaines (utilisation de tire-lait ou autres).

Annexe 5 : L'usage ancestral de l'ergot de seigle jusqu'à son utilisation médicale au XVIIIe siècle

L'ergot est un champignon qui peut infecter diverses graminées mais il est surtout connu comme parasite de l'inflorescence du seigle *Secale cereale* par l'espèce *Claviceps purpurea*. Il produit des alcaloïdes toxiques. Sa nomenclature est particulièrement diversifiée et montre l'importance qu'on lui accorde (par exemple en France, nous pouvons le désigner par vingt-quatre autres termes).

L'ergot de seigle¹³ est une substance psychotrope, appartenant aux plantes sacrées de la Grèce Antique, qui renvoie l'homme à sa quête millénaire d'une substance qui serait une panacée, c'est-à-dire un remède universel. La bromocriptine appartient aux agonistes dopaminergiques dits de « première génération », dérivés de l'ergot de seigle. Utilisée en milieu hospitalier, est-elle à juste titre la référence incontournable pour pallier les désagréments de l'ablactation – au regard de ses effets indésirables et de son efficacité – ou ne serait-ce qu'une survivance de la recherche plus ancienne d'une panacée ?

Figure 5. Photographie de l'ergot de seigle (tirée de Les plantes des dieux de R. E Schultes et Hofmann)



Mystères d'Éleusis

Une étude¹⁴ a associé les rites de la Grèce Antique – restés secrets pendant près de quatre mille ans – à l'intoxication provoquée par le champignon parasite *Claviceps*. Il serait à l'origine des tranes qui, selon les Mystères pratiqués, mènent à la révélation notamment lors des Mystères d'Éleusis¹⁵.

Jusqu'au IV^e siècle, le temple d'Éleusis est un lieu d'initiation réservé à certains sujets (Sophocle, Platon, Hippocrate, Cicéron, Marc Aurèle, etc. y ont été initiés). Chaque mois de septembre, ils sont soigneusement préparés et finissent par rester toute une nuit dans une salle réservée à l'initiation. Ils ne sortent que le lendemain, transformés par la vision de leur révélation des choses sacrées.

¹³ Rappelons qu'un des alcaloïdes produit par l'ergot, et découvert par Hofmann au XX^e siècle, est à la base du L.S.D. Il observa également plus tard des alcaloïdes voisins à ceux produits par l'ergot, dans les graines de l'ololiouqui, drogue sacrée des Indiens du Mexique.

¹⁴ S'appuyant sur l'ethnomycologie, l'étude de l'Antiquité et la chimie.

¹⁵ Il y a alors deux types de médecine à cette époque :

- l'une, reliée à Hermès et qui se pratique dans les temples, utilise les drogues dans le but d'entendre une parole divine ainsi délivrée par la bouche du consultant et révélatrice de la nature du mal ;
- l'autre, reliée à Apollon et dont le représentant le plus connu est Hippocrate, utilise les drogues et c'est le médecin qui révèle la nature du mal. Il fut un des premiers à dissocier le divin (comme source de tous les maux) de l'humain (comme lieu de tous les maux).

Les révélations sacrées d'Éleusis sont « indicibles » et l'on ne doit pas en parler. La vision est produite grâce au breuvage sacré de l'extase, une boisson tirée d'une plante la *mauvaise ivraie*¹⁶ et d'autres variétés d'herbes, contaminée par l'ergot de seigle.

Pourtant, si certains le consomment de leur plein gré pendant les rites sacrés, la plupart des anciens grecs l'évitent et ne mangent pas de seigle à cause du « *fruit noir et malodorant qui fait mourir les femmes en couche* ».

Le seigle est introduit en Europe classique au début de l'ère chrétienne.

Feu de Saint Antoine

Pendant le Moyen-Âge, de curieuses épidémies¹⁷ éclatent dans toute l'Europe, causant de nombreux morts, et d'intenses souffrances.

L'empire carolingien est en crise et ce fléau se répand au sein d'un système disloqué, où se mêlent chamailleries féodales et injustice sociale. Cette nouvelle épidémie prend alors deux formes : l'une à convulsions nerveuses et symptômes épileptiques, et l'autre à gangrène et perte des extrémités¹⁸.

À l'aube du premier millénaire, « *les cieux sont lourds de menaces [...] et devant la montée d'un tel péril, on ne pouvait que s'en remettre à Dieu* ». L'année 1083 voit l'émergence de l'ordre de Saint Antoine, destiné à soigner les personnes atteintes de ce feu désormais nommé « feu de Saint Antoine ». Les hôpitaux se développent car des améliorations sont décrites dans ces lieux de pèlerinage, en partie du fait du changement de nourriture induit par le voyage, l'ergot n'étant pas présent sur tout le territoire.

De fil en aiguille, le culte du Saint foisonne et entre en concurrence avec Saint Martial, vénéré très localement en Aquitaine pour ses dons de « souverain médecin du feu sacré ». Alors que Saint Martial résiste et se contente d'une renommée toute locale, Saint Antoine vient remplacer ailleurs le culte d'autres, traversant ainsi les frontières dans toute la chrétienté.

Jean Marie Pelt note avec humour que « *la bonne médecine, comme chacun sait est concurrentielle et il importe de conserver au malade le libre choix de son médecin... ou de son Saint ! [...]. Saint Antoine était un saint jaloux véhiculant une crainte salutaire [...] car personne ne l'implore en vain, mais personne non plus ne pèche impunément contre lui* ».

Par ailleurs, il semble que Saint Antoine ait été spécialisé dans la clientèle des « démembrés » (formes gangréneuses) et que la forme convulsive, plus rare, prit le nom de « mal de Saint André ».

Ces formes étaient toutes deux précédées par des troubles psychiques particuliers : une « ivresse », occasionnant nausées, vertiges, vomissement et aliénation de l'esprit. Il est rapidement fait allusion, dans ce contexte moyenâgeux, à un « syndrome de possession et d'ensorcellement » car « *chacun y voyait une irruption directe de Satan dans les affaires du monde* ». Les possédés¹⁹ étaient dangereux et si l'exorcisme ne venait pas à bout du mal, ils risquaient de subir le même traitement que les sorcières.

¹⁶ Que les latins baptisèrent *lolium temulentum*, mais que les Grecs nommaient *Zizánion*, la zizanie ou mauvaise herbe.

¹⁷ Ici dans le sens de « nombreux cas » et non, bien sûr, d'affection contagieuse comme on le crut longtemps.

¹⁸ En cas de persistance de l'intoxication, la maladie évoluait vers la mort dans le délire dans le premier cas, ou avec la perte d'un ou de plusieurs membres, au milieu d'atroces souffrances dans le second.

¹⁹ Jean-Marie Pelt analyse finement : « *Dans un siècle platement matérialiste, qui donc reconnaîtrait encore la marque du Malin dans tant d'œuvre de décomposition et de mort qui pourtant minent l'avancée des sociétés industrielles ? Mais nous avons perdu le sens du langage symbolique [...]. Car le Moyen-Âge fut sans doute moins obscurantiste qu'il n'y paraît ; et notre société moins libérée qu'elle ne le croit des forces obscures et menaçantes que l'homme de tous les temps redoute toujours. D'où une sorte d'aveuglement fondamental, une opacité qui ne dissipe ni les lumières de la raison, ni les progrès de la science, ni l'orgueil d'une humanité qui se croit enfin seule juge de son destin. Comment, dans ce contexte, imaginer que quiconque puisse être « possédé » ? ».*

À partir de la Renaissance, les personnes atteintes furent mises aux fers comme des criminels. Puis lentement la conscience humaine émerge et il est raisonnable de croire au progrès, notamment dans certains domaines.

À cette même période, en 1582, Adam Lonitzer, médecin allemand, constate l'utilisation, par la corporation des sages-femmes, de l'ergot de seigle qu'elles administrent à doses modérées afin de stopper l'hémorragie du post-partum. Cet usage semble s'être transmis de génération en génération. C'est un des premiers cas documenté d'ethnopharmacologie. Lonitzer écrit : « *On trouve souvent aux caryopses du seigle ou du blé de longs et fins cônes, durs et noirs / à côté et entre les grains / dans les caryopses / [...] Les Femmes considèrent que de tels cônes sont une aide exceptionnelle et une médecine efficace contre la montée et la douleur des contractions de la mère / à condition qu'ils soient pris et évacués quelques trois fois* ».

Mais avant la modernité, personne n'a encore fait le lien entre la présence d'ergot dans le seigle et la maladie dite du « mal des ardents » ou « feu sacré »²⁰.

François Quesnay²¹, vers 1750, observe et codifie la relation entre l'ergot et le « feu sacré » dans son *Traité de la gangrène*. Ce champignon est à l'origine d'une intoxication nommée alors « ergotisme ». Mais au XVII^e et XVIII^e siècles, le problème est d'ordre économique et social.

L'ergot se développe en effet en période de sécheresse, accompagne la famine, et pousse le paysan à choisir entre mourir de faim et risquer la gangrène pas toujours certaine²². Puis, pendant longtemps encore, « *les pauvres gens ne séparent pas l'ergot de leur seigle* » car ces conseils ont du mal à être appliqués dans les campagnes ; et l'on relève encore quelques cas jusqu'au XIX^e siècle.

C'est suite à des cas d'agalactie par intoxication à l'ergot de seigle, que l'on va découvrir son pouvoir inhibiteur sur la montée de lait. Par exemple, on retrouve dans des archives : « *Toutes les nourrices perdirent le lait et moururent beaucoup de petits enfants comme par famine [...] Il y eut pendant 3 ou 4 mois, savoir depuis le mois de juillet jusque vers l'automne [...] un certain mal de pieds et de jambes qui, outre la douleur très aiguë et la très grande puanteur, pourrissait tellement la chair que les pieds et les jambes et même les bras [...] tombaient d'eux – mêmes et qu'il se trouva plusieurs personnes sans bras ni jambes* ».

À noter dans ce texte, qu'au point de vue démographique, l'intoxication par l'ergot, même légère ou passagère, a des effets abortifs. Ce fait explique la faible fécondité et la proportion importante de prématurés à cette époque. Si l'on ajoute le fait que l'ergotisme arrête le lait chez les nourrices, on comprend mieux les taux de mortalité infantile exceptionnellement élevés à l'époque.

Les alcaloïdes toxiques produits par l'ergot de seigle ont été étudiés dès 1906 par les chimistes. Les médicaments dérivés de l'ergot de seigle s'obtiennent par extraction à partir de diverses souches du champignon, ou par synthèse partielle ou totale. Les dérivés de l'ergot de seigle sont des agonistes dopaminergiques, mais ils ont des effets également sur les récepteurs alpha adrénergiques et sérotoninergiques. Voici les effets sur les systèmes et organes

--Le système nerveux central. Les hallucinations sont partiellement liées à l'effet dopaminergique, néanmoins, ces effets centraux sont aussi liés à l'agonisme sérotoninergique au niveau des récepteurs cérébraux. Certains dérivés de l'ergot de seigle ont un effet agoniste partiel ou complet dopaminergique (utile pour la maladie de Parkinson et l'hyperprolactinémie).

--Les muscles lisses vasculaires. Bien que la plus grande partie de la vasoconstriction provoquée par les dérivés de l'ergot puisse être attribuée à des effets sur les adrénorécepteurs α , une autre partie résulte d'effets sérotoninergiques. Lorsque les dérivés de l'ergot se comportent comme des agonistes adrénergiques partiels (par hydrogénation), ils provoquent un effet vasodilatateur paradoxal (utile dans la migraine).

--Le muscle lisse utérin L'effet agoniste α et sérotoninergique (de contraction et de relaxation rythmique utérine par ces dérivés) est fonction de la prédominance croissante de ces récepteurs au niveau utérin (grossesse).

²⁰ Sous le nom de « feu sacré », de « feu Saint Antoine », de « feu Saint Marcel », de « mal des ardents », ces « épidémies » apparurent en Europe dès le IX^{ème} siècle et furent un des fléaux les plus redoutés de tout le Moyen-Âge, au même titre que la lèpre et que la peste. Le mal fut à son apogée au XII^{ème} siècle.

²¹ Médecin et économiste français, penseur du roi Louis XV et l'un des fondateurs de la première école en économie, l'école des Physiocrates.

²² Les meuniers réservaient le seigle non contaminé aux plus riches et le seigle ergoté était vendu aux pauvres.

--Les autres muscles lisses Les manifestations indésirables digestives (nausées, vomissements, diarrhée) de ces dérivés sont liés, outre aux effets dopaminergiques centraux, à leurs effets périphériques sur les récepteurs sérotoninergiques gastro-intestinaux.

Ainsi, le Dr Hofmann a pu écrire : « *l'ergot de seigle est passé, au cours de son histoire, d'une utilisation antique sacrée à un poison craint au Moyen-Âge, et il est devenu progressivement une mine de médicaments nouveaux qui sont aujourd'hui largement utilisés en médecine* » [5].

C'est parce qu'elles sont toxiques que les plantes médicinales peuvent guérir ou soulager. Le plus souvent, on prête au mot toxique le sens de poison. Cependant, comme l'écrivait Paracelse au XVI^e siècle : « *il y a du poison dans toute chose et il n'est rien sans poison. Qu'une chose devienne poison ou pas dépend de la dose* ».

Mais pas seulement. Au milieu du XIX^e siècle, lors d'une expérimentation de *Secale cornutum* sur des personnes saines (pathogénèse), Hahnemann a montré une fois de plus que l'action des substances thérapeutiques ne dépendait pas seulement de la dose, mais qu'elle était influencée par la susceptibilité individuelle de l'expérimentateur à cette substance. Ainsi, il constate qu'une dose subtoxique (dose infinitésimale) provoque une variabilité interindividuelle extrême dans les réactions de ses expérimentateurs.

C'est ce que l'on nomme l'idiosyncrasie, que Claude Bernard décrit au même moment : « *Le rapport qui constitue la particularité de chaque être, de chaque état physiologique ou pathologique est la clef de l'idiosyncrasie, sur laquelle repose toute la médecine* ».

C'est ce qui peut expliquer des phénomènes comme celui qu'on a pu observer lors de l'essai thérapeutique à Rennes. La toxicité du médicament expérimenté n'a pas été comparable chez tous les patients du groupe recevant la dose la plus élevée ; un est décédé, quatre autres ont présenté des tableaux cliniques plus ou moins graves et un est resté asymptomatique.

Annexe 6 : Revue de littérature Bromocriptine et Alternatives thérapeutiques des désagréments de l'ablactation

Les mésaventures de la Bromocriptine

I/ Les prodromes d'une remise en question

I-A/ Divergences des études quant à l'efficacité de la bromocriptine dans la suppression de la lactation

--Trois études anciennes (portant sur 107 femmes) ont montré la supériorité de la bromocriptine versus placebo dans la suppression de la lactation pendant les sept premiers jours du post-partum (risque relatif d'échec = 0,36, IC95 % [0,24 ; 0,54]). À 14 jours post-partum, la bromocriptine ne fait pas mieux que le placebo.

--Quatre études n'ont pas démontré de supériorité de la bromocriptine versus la cabergoline, le lisuride et la metergoline dans la suppression de la montée laiteuse pendant la première semaine du post-partum (risque relatif d'échec = 1,12, IC95 % [0,37 ; 3,42]). Par ailleurs, une étude a montré la supériorité de la cabergoline versus placebo.

--Une étude a comparé la bromocriptine versus l'application de fleurs de jasmin et conclue à une efficacité similaire.

--Signalons qu'il n'existe à cette époque aucune étude comparant la bromocriptine à l'absence de traitement.

I-B/ Mise en évidence de plus en plus insistante des effets indésirables de la bromocriptine

--Une décision américaine datant de 1989 déconseillait déjà d'utiliser la bromocriptine dans la suppression de la lactation, du fait de ses effets indésirables, et avait même été suivie d'un retrait de ce médicament du marché américain en 1994. La controverse avait débuté au début des années quatre-vingt, confrontant la Food and Drug Administration (FDA), les associations de consommateurs et les laboratoires pharmaceutiques ; cette controverse s'était étendue à d'autres pays.

--En 1997, devant la mise en évidence insistante d'effets indésirables, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) commençait à chercher des alternatives tout en préconisant cependant toujours les agonistes dopaminergiques comme seuls médicaments efficaces dans l'inhibition de la lactation.

--Dans une enquête concernant 618 maternités et publiée dans la revue Prescrire en novembre 2010, le Dr Mirkou constate le recours, 95 fois sur 100, à des médicaments inhibiteurs de la lactation, dont la bromocriptine dans 89 % des cas. Il souligne le nombre important (197) d'effets indésirables graves (70 % des effets indésirables signalés), voire mortels (2 décès), attribuables à la bromocriptine et signalés entre novembre 1993 et décembre 2008. Il s'agissait surtout d'accidents cardiovasculaires, à savoir 9 infarctus du myocarde (IDM) dont un décès, 29 accidents vasculaires cérébraux (AVC) dont un décès et des angiopathies bénignes. Des effets neuropsychiatriques ont été également signalés, à type de convulsions ou d'aggravation de troubles préexistants. Cet article conclut que la place des agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation devrait donc être mineure, surtout au regard de la gravité de leurs effets indésirables rapportés, d'autant plus que ne pas allaiter occasionne rarement des inconvénients sérieux.

--Signalons aussi que les agonistes dopaminergiques avaient fait l'objet, en 2008 et 2009, de deux informations aux prescripteurs concernant les risques de fibroses et de trouble du contrôle des impulsions.

Tableau 8. Principales contre-indications de la bromocriptine

Principales contre-indications
Hypersensibilité à la bromocriptine ou à d'autres alcaloïdes de l'ergot de seigle
Toxémie gravidique, hypertension du post-partum ou puerpérale
Insuffisance coronaire
Neuroleptiques antiémétiques
Neuroleptiques antipsychotiques (sauf clozapines)
En association avec la phénylpropalonnamine

Tableau 9. Principaux effets secondaires de la bromocriptine

Effets indésirables
Des troubles digestifs (nausées, vomissements) ou une hypotension orthostatique, à titre exceptionnel un collapsus, nécessitant la réduction de la posologie, voire l'arrêt du traitement
Une somnolence
Des cas d'infarctus du myocarde, d'hypertension artérielle ou de troubles psychiques
Des convulsions ou accidents vasculaires nécessitant l'arrêt du traitement
Des céphalées, des dyskinésies, une baisse de la vigilance, une sécheresse buccale, une constipation, des œdèmes des membres inférieurs...

II/ Remise en question de la bromocriptine, en 2012-2013

--En 2011, la commission nationale de pharmacovigilance se prononce pour une réévaluation du rapport bénéfice/risque des agonistes psychotropes dopaminergiques et douze de ces médicaments, dont la bromocriptine, sont alors soumis à une surveillance spécifique.

Cette « liste noire » crée cependant une confusion, notamment du fait, pour les agonistes dopaminergiques, de la diversité des indications et des durées de prescription. Ainsi que faire si l'on a prescrit l'un de ces médicaments, et/ou si l'on en assure le suivi ?

Dans ce contexte, la nécessité de réexaminer ces thérapeutiques palliatives (proposée par certains dès 1997) pose d'épineuses questions et particulièrement dans le cas de l'inhibition de la lactation, d'autant plus qu'elles font apparaître de nouvelles considérations physiologiques au sujet de l'ablactation.

--En mai 2012, lors de la réévaluation de la bromocriptine, le comité de pharmacovigilance souligne que le nombre de ses effets indésirables et parfois graves, bien que restant faible, est en augmentation constante depuis la modification du RCP en 1994. Il retient finalement une balance défavorable des bénéfices/risques médicaux lorsque l'on utilise ce médicament dans l'ablactation tardive. La bromocriptine n'a donc plus sa place dans cette indication. Il reporte à 2013 son évaluation pour l'ablactation précoce.

--En juillet 2013, l'ANSM retient une balance défavorable des bénéfices/risques médicaux lorsque l'on utilise la bromocriptine dans l'ablactation précoce. Et ceci du fait d'éventuels effets secondaires cardiovasculaires, mais également du mésusage fréquent de ce médicament. En effet, la bromocriptine est alors prescrite de manière quasi systématique aux non-allaitantes, avec parfois un manque de rigueur dans la recherche de ses contre-indications.

De plus, l'ANSM fait état de la nécessité d'un changement des mentalités conduisant à ne plus prescrire systématiquement un traitement d'inhibition de la montée laiteuse.

--J'ouvre ici une parenthèse : la distinction ablactation précoce et ablactation tardive :

Dans la mesure où les inhibiteurs de la prolactine ne font plus partie de l'arsenal thérapeutique de l'ablactation de convenance, sur quel critère doit-on établir qu'une patiente appartient au groupe « ablactation précoce » ou au groupe « ablactation tardive » ?

- Quand le refus d'allaiter est décidé en amont de la grossesse ?
- Quand il survient dans la période de post-partum immédiat au moment de la montée laiteuse ?
- Ou bien six semaines après l'accouchement, date d'autonomisation de la glande mammaire par rapport à l'axe hormonal hypothalamo-hypophysaire ?
- Ou encore, au deuxième anniversaire de l'enfant, car l'OMS recommande l'allaitement maternel jusque-là ?

Bien sûr en milieu hospitalier on parle d'ablactation précoce dans la phase du post-partum immédiat. Mais qu'est-ce que cela induit en milieu obstétricale ?

--En milieu obstétrical, cette notion de précocité renvoie immédiatement à l'accouchement précoce qui fait clignoter en rouge un certain nombre de réflexes chez le soignant ; urgence qui permettra d'éviter à ce qu'un enfant décède. Ici, l'intervention médicale évite un danger.

--Ainsi cette notion de « précocité » de l'ablation ne suscite-t-elle pas chez le soignant une confusion, une illusion, le poussant parfois à intervenir, voir à intervenir en amont de la montée laiteuse, en prévention : non pas parce qu'il y a danger pour la patiente, mais surtout parce qu'il y a de manière légitime en obstétrique, urgence à intervenir quand il s'agit de précocité ?

--Ainsi, il semble que l'effort de moyens de prévention et d'anticipation en obstétrique n'est pas ici justifié.

De plus, comme la revue Prescrire le rappelle, une nouvelle fois en 2015 : « La montée laiteuse est une situation inconfortable, parfois douloureuse mais bénigne et transitoire. Elle ne justifie pas de prendre les risques démesurés auxquels exposent la bromocriptine et la cabergoline ».

III/ Situation ambiguë des autres agonistes dopaminergiques

D'autres agonistes dopaminergiques sont utilisés dans l'inhibition de la lactation :

--Le lisuride est un dérivé semi-synthétique de l'ergot de seigle. Il présente du reste les mêmes contre-indications et effets indésirables que la bromocriptine. Il a été beaucoup moins utilisé qu'elle, raison pour laquelle peu d'effets indésirables graves ont été signalés.

--Le quinagolide est un médicament de synthèse dont la structure chimique rappelle à la fois celle de l'ergolide et celle de l'apomorphine, mais qui, contrairement à eux, ne stimule que les récepteurs dopaminergiques D2. Les effets et conséquences cliniques sont similaires à ceux de la bromocriptine, par effet de classe même si les mécanismes d'action diffèrent.

--La cabergoline est un dérivé de l'ergot de seigle. Son AMM datant de 2014 en France ne retient pas l'indication de l'ablation pour convenance personnelle, du fait de son caractère irréversible sur l'arrêt de la lactation qui pose des problèmes éthiques.

IV/ Tentatives de sauvetage de la bromocriptine

--En France, en mars 2013, avant le retrait de la bromocriptine, le Comité de pharmacovigilance propose de placer la bromocriptine en deuxième intention après échec d'une méthode non médicamenteuse, car les méthodes non-médicamenteuses (bandage des seins...) n'ont pas fait l'objet d'une évaluation de leur efficacité dans l'inhibition de la lactation. Elle n'est pas reçue favorablement.

--Ces résistances au retrait de la bromocriptine conduisirent finalement à un arbitrage européen, après juillet 2013. En juillet 2014, le Comité pour l'Évaluation des Risques en matière de Pharmacovigilance, le « Pharmacovigilance Risk Assessment Committee » (PRAC), de l'Agence européenne des médicaments (EMA) rend ses conclusions :

- Il observe le faible nombre de cas de complications, toujours liés à des facteurs de risque dont les prescripteurs éventuels ont été informés.

- Il rappelle également que le post-partum est une période à risque d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et d'infarctus du myocarde (IDM).

- Il met en avant les données démontrant l'efficacité de la bromocriptine dans l'inhibition de la lactation.

- Il se prononce en faveur du maintien de l'AMM de la bromocriptine uniquement pour les dosages à 1 mg et 2,5 mg ainsi que pour le renforcement de l'information sur le produit (RCP/notice). Certaines de ses rubriques sont modifiées ou complétées.

En France, le post-partum tardif n'est plus mentionné dans les indications de la bromocriptine et les informations relatives aux contre-indications et aux mises en garde ont été clarifiées.

--En janvier 2015, l'ANSM informe les professionnels que la bromocriptine doit uniquement être utilisée pour prévenir ou supprimer la lactation pour raison médicale après l'accouchement (comme en cas de décès intra-utérin, de décès néonatal, d'infection VIH de la mère, interruption médicale de grossesse, et fausse couche).

Alternatives à la bromocriptine et les recommandations actuelles

--En conclusion de tout ce qui précède, l'utilisation des dérivés de l'ergot de seigle n'est pas recommandée en routine pour l'inhibition de la lactation et/ou pour la suppression de douleurs liées à l'engorgement mammaire.

Tout cela pouvant être soulagé par abstention, ou par intervention non médicamenteuse, et/ou par des médicaments antalgiques simples.

I/ Les méthodes abstentionnistes

Toutes les recommandations finissent par conseiller, en premier lieu, de ne pas présenter le nouveau-né au sein et de ne pas stimuler les mamelons puisque comme le reconnaît à nouveau le Collège National des Gynécologue Obstétriciens Français en 2012 : « la non-présentation du nouveau-né au sein et l'absence de stimulation des mamelons suffisent à inhiber la sécrétion de lait chez 60 à 70 % des femmes ».

Une revue Cochrane a analysé en 2013 l'efficacité et la tolérance de différentes interventions (pharmacologique ou non pharmacologique) utilisées dans l'inhibition de la lactation dans le post-partum immédiat chez des femmes n'ayant pas allaité ni excrété de lait. Elle vise à déterminer la meilleure approche en termes de bénéfices et de risques pour la santé des patientes. Les auteurs déclarent « qu'il y a peu de preuves qu'un traitement pharmacologique soit plus efficace qu'une absence de traitement dans l'inhibition de la lactation lors de la première semaine du post-partum ». Ils concluent que des études randomisées de grande ampleur seraient nécessaires pour comparer l'efficacité des traitements pharmacologiques à l'absence de traitement d'une part, et les traitements non pharmacologiques à l'absence de traitement d'autre part.

II/ Les interventions traditionnelles

Elles ne sont souvent pas suffisantes pour soulager totalement les femmes bien qu'elles emportent leur satisfaction. Elles ont pour principal avantage de ne pas présenter d'effets indésirables.

--L'application de compresses froides ou de glace permet de calmer temporairement l'inflammation réactionnelle.

--La « vidange manuelle » des seins par massage et la douche chaude (associée ou non au massage) permettent de provoquer des flux de lait qui vont faire disparaître la douleur. Elle ne doit pas être accompagnée d'une stimulation des mamelons.

--Le port d'un soutien-gorge bien adapté à la taille de la poitrine peut être une alternative au bandage mammaire.

--A noter, la restriction hydrique qui entraîne une légère déshydratation, a une influence sur la quantité de lait, mais non sur la lactation. Elle est déconseillée.

III/ Les interventions médicales non ergotées

--Le traitement le plus courant et le plus simple réside dans la prescription d'un antalgique de type paracétamol comme la revue Prescrire le propose en première intention (décembre 2012).

--Les anti-inflammatoires non stéroïdiens inhibent la synthèse de prostaglandine, en plus de leur action antalgique. Ils ont donc une action sur les phénomènes sécrétoires. Ils peuvent être utilisés sous différentes formes (comprimé, suppositoire, ampoule injectable, gel local). On doit tenir compte dans leur utilisation du risque connu dans cette classe de favoriser l'extension des processus infectieux dans les tissus mous. Ils ne seront donc pas prescrits plus de 48 heures.

--La phytothérapie peut être une alternative efficace. En effet, un cataplasme de fleurs de jasmin d'une longueur de 50 cm, fixés sur la poitrine par des bandes adhésives pendant 24 heures serait aussi efficace que le traitement par bromocriptine. La durée du traitement est de 5 jours. Par ailleurs, des comprimés contenant des enzymes protéolytiques végétaux, comme la bromélaïne (50 mg) et la trypsine (1 mg), ont été testés en double aveugle versus placebo dans l'engorgement mammaire provoqué par la montée laiteuse du post-partum à la posologie de 8 cps le premier jour, 4 cps le deuxième jour et le troisième jour après l'accouchement. Les résultats démontrent une efficacité de ces produits dans la suppression de la douleur mammaire. Par contre, les effets secondaires sont pratiquement inexistantes. D'après le Dr J. Valnet, les autres plantes anti-galactogogues qui tarissent le lait sont : le persil, le cerfeuil, le fraisier, le laurier, la menthe, la sauge, la mercuriale, le millepertuis, le nerprun, le noyer,

la pervenche et les purgatifs divers (bryone, lin), en usage externe (cataplasmes) ou interne (infusions, décoctions).

Malgré ces données, l'efficacité de la phytothérapie, m'est apparue difficile à évaluer dans un service hospitalier où, par méconnaissance, elle est souvent perçue comme une pratique archaïque de la médecine, type « remèdes de grands-mères », méconnaissance que je partageais d'ailleurs.

--L'acupuncture peut-être également utilisée chez des patientes souffrant d'engorgement ou de mastite aussi bien que d'hypogalactie. Elle doit être pratiquée par des professionnels de santé compétents. L'acupuncture ne présente pas d'effets indésirables et est peu coûteuse. Je ne connais pas d'étude prouvant son efficacité dans l'ablactation, et je n'ai pas non plus de connaissances dans ce domaine.

--L'alternative homéopathique actuellement proposée : le protocole homéopathique Apis-Bryonia.

Le protocole homéopathique Apis-Bryonia

I/ Études antérieures sur l'efficacité de l'homéopathie sur les désagréments de l'ablactation

Il existe, dans la littérature médicale, trois études évaluant l'homéopathie, ainsi que plusieurs recherches cliniques présentées dans des mémoires d'étudiantes sages-femmes. On n'y retrouve pas toujours le même schéma thérapeutique, ni les mêmes conclusions.

--Dans un essai mené à Toulouse et publié en 2001, le Dr Berrebi compare le traitement par homéopathie versus placebo en double aveugle, chez des patientes ne pouvant ou ne voulant pas allaiter dans le post-partum immédiat. Le traitement a associé *Apis Mellifica* 9 CH et *Bryonia* 9 CH, choisis pour leurs effets anti-inflammatoire et antalgique. Toutes les patientes avaient en plus un traitement comprenant du naproxène (AINS) et une restriction hydrique. Cette étude comptait 36 patientes dans le bras homéopathie, et le bras placebo en comptait 35.

Le critère principal de jugement était la douleur, mesurée à l'aide d'une échelle analogique EVA. Les critères secondaires étaient la fièvre, l'hyper vascularisation, la rougeur, la tension mammaire, l'écoulement spontané de lait et l'évolution du tour de poitrine.

Les conclusions de cette étude ont démontré l'efficacité des médicaments homéopathiques dans le traitement de la douleur de la lactation refusée, dès le 2^e jour après l'accouchement, et au moins jusqu'au 4^e jour. L'efficacité a également été démontrée dans la réduction de la tension et de l'écoulement mammaire. En revanche, aucune efficacité n'a été prouvée dans le traitement de l'hyper vascularisation, de la rougeur, de la fièvre, et du tour de poitrine.

Les résultats montrent donc une amélioration significative de la douleur, de la montée laiteuse, de la tension mammaire et de l'écoulement spontané de lait.

--Une étude menée à Lille en 2002 n'a pas été publiée. Elle visait à démontrer l'efficacité du traitement homéopathique associant *Apis Mellifica* 9 CH et *Bryonia* 9 CH essentiellement sur la douleur mammaire de l'ablactation. Il s'agissait également d'une étude randomisée en double aveugle versus placebo, dont le critère principal était la douleur mammaire. L'efficacité a été prouvée au 3^e et 4^e jour du post-partum.

--Une étude menée à Poitiers en 2001, en double aveugle et double placebo, comparait l'efficacité de la bromocriptine versus homéopathie : *Apis Mellifica* 9 CH et *Bryonia* 9 CH.

Le critère principal était encore la douleur mammaire, qui était évaluée par une échelle EVA, jusqu'au 4^e jour et le 17^e jour.

Les résultats ont montré une efficacité plus importante de la bromocriptine, mais avec une douleur modérée dans le bras homéopathie. Il est décrit qu'une patiente a dû arrêter la bromocriptine en raison d'un effet indésirable grave : l'apparition d'une hypertension sévère.

--Les différentes recherches de mémoires de sages-femmes menées dans les hôpitaux de Clermont-Ferrand, Angers et Lille utilisaient d'autres protocoles et ont parfois montré une efficacité de l'homéopathie [27] [57].

Deux points importants sont à noter dans le mémoire de Clermont-Ferrand [42]. Il a été montré que 20 % de patientes déclarent avoir pu choisir leur traitement, les autres n'ayant pas eu une information complète sur les différentes méthodes pouvant pallier les désagréments de la montée laiteuse bien que certaines étaient demandeuses (soit par une fiche explicative ou lors d'une consultation).

Autres points importants, 80 % des patientes qui ont reçu la bromocriptine ne seraient pas prêtes à le reprendre d'office, sans information ou alternatives proposées. Dans le groupe ne recevant aucun médicament, seulement 18 % des patientes seraient demandeuses d'un traitement médicamenteux pour leur prochaine ablactation [42]. En ce qui concerne l'« homéopathie », la gêne occasionnée a été jugée plus importante que dans les autres groupes bien que paradoxalement l'indice de satisfaction ait été comparable.

II/ Les points positifs de ces études

L'alternative homéopathique semble a priori utile aux patientes d'autant plus qu'elle est dénuée d'effets indésirables.

III/ Les points faibles de ces études

1/ Les échantillons sont faibles.

2/ Sur le plan strictement homéopathique :

--La proposition thérapeutique se limite à deux remèdes homéopathiques, loin d'être exclusifs de l'inflammation et de la douleur, même dans cette indication précise.

--Qui plus est, ces deux remèdes ne couvrent pas les autres symptômes éventuellement associés.

--D'autre part, les répertoires homéopathiques donnent une trentaine de remèdes possibles dans les rubriques « troubles suites de sevrage ».

Annexe 7 : Tableaux cliniques des traitements homéopathiques de l'« aide à la prescription »

Voici des exemples d'observations cliniques relevés par Hering dans son encyclopédie. Afin de les présenter, j'ai conservé, pour chaque remède, une à cinq observations. Les références encyclopédiques des symptômes figurent entre parenthèses (Hg correspond à Hering). La description brute encyclopédique a été enrichie de symptômes plus généraux quasi pathognomiques aux remèdes. J'ai également déduit des tableaux comportementaux.

Tous ces symptômes ont été compilés dans le tableau 4.

Aconitum

Les symptômes indiquant l'usage d'Aconitum napellus apparaissent suite à une peur de mourir pendant l'accouchement. Les seins sont très chauds avec un écoulement de lait peu abondant (Hg24-7. I). La douleur est brûlante, piquante, intolérable et les seins sont enflammés, rouges, très chauds, durs, tendus. Les symptômes sont aggravés vers minuit.

Dans ses antécédents, on pourra retrouver une grossesse et un accouchement très pénibles, avec une peur de la mort (en prédit l'heure), une agitation, ou des hurlements.

Son comportement révélera une patiente hyperprudente en manipulant l'enfant, mais vite agitée. On peut imaginer qu'elle freinera les initiatives de certains membres du personnel qu'elle trouve manquant d'expérience, et qui bousculent l'enfant sans la moindre prudence.

Allium sativum

Pour Allium sativum, alors que les seins restent enflés après le sevrage (Hg24-5), on remarque particulièrement une aggravation de symptômes digestifs lors de l'hospitalisation de la patiente (c'est un symptôme qui revient constamment chez elle lorsque de son mode de vie et son régime est perturbé). La douleur apparaît progressivement, du dedans vers le dehors. Les seins sont douloureux au toucher.

Dans ses antécédents, on remarquera qu'elle a des habitudes de bonne vie, de fréquentation des bonnes tables ou de régimes, mais qui ne l'empêchent pas d'être gourmet. Elle pourra avoir une expérience d'allaitement où elle a cru ne jamais retrouver la santé après.

Son comportement fera savoir qu'elle se sent croupir car la nourriture n'est pas à son goût.

Apis

Pour Apis, les symptômes observés sont un gonflement considérable du sein avec dureté (Hg24-16). La peau est translucide, rose ou cireuse et la douleur est aggravée par soutien-gorge (confinement), elle est améliorée par les applications froides. La douleur apparaît soudainement, elle est brûlante et piquante.

Son comportement reflétera qu'elle ne sait pas quel rôle se donner, quoi faire d'elle-même. Elle sera affairée dans sa chambre mais inefficace. Elle pourra aussi rigoler des membres du personnel qui se prennent trop au sérieux dans leurs rôles.

Argentum nitricum

Pour Argentum nitricum, les symptômes apparaissent progressivement et il y a des diarrhées lors du sevrage. Les seins sont durs et la douleur est aggravée par soutien-gorge, le froid et le mouvement.

Dans ses antécédents, on retrouvera des douleurs de mamelons pendant les éventuelles expériences d'allaitement.

Son comportement montrera une patiente trop pressée par le temps ou pas assez (fait tout trop vite ou trop lentement). Elle trouvera que le personnel est trop pressé trop lent.

Belladonna

Les symptômes indiquant le traitement par Belladonna s'expriment dans un phénomène inflammatoire brusque et marqué. Il y a une douleur piquante et brûlante avec des battements (Hg24-32. I), une inflammation rayonnante (Hg24-33. I) et parfois même un érysipèle des seins, surtout après le sevrage (Hg24-35. I). La douleur est très forte, déchirante, aggravée la nuit, par le mouvement (secousses, cahots) et par le soutien-gorge.

La patiente a une soif considérable pour les boissons froides, et un fort désir de citronnade. Elle refuse de répondre aux questions, et par moments peut être très loquace mais sans rapport avec la question. Le refus de se laisser examiner, sa plainte et ses cris, typiquement entre les douleurs et quand elle n'a pas mal, surprendront l'examineur.

Dans ses antécédents, on notera des troubles mentaux pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Son comportement mettra en évidence une grande hâte et une incohérence (parler, bouger, manger, rires sans raison). Elle paraîtra comme quelqu'un ne sachant faire les choses les plus simples. Elle sera méfiante ou même violente envers tout ce qui est à sa portée ; les gens, les objets. Elle tiendra un discours obscur à tendance mystique.

Bryonia

Pour Bryonia, il y a une inflammation des seins, avec une sensation de lourdeur, comme de la pierre, les seins sont tendus, durs et pâles, et les douleurs sont aggravées au mouvement, même lever le bras ou inspirer profondément l'aggravent. Elle est améliorée par le soutien-gorge (Hg24-28. I). Pendant le sevrage, il y a une tuméfaction des seins et des ganglions axillaires, surtout à gauche (Hg24-29. I). Elle prévient l'abcédation dans la plupart des cas pendant l'allaitement et après le sevrage (Hg24-37. I). Les symptômes locaux d'accumulation apparaissent progressivement.

La patiente a une soif pour de grande quantité d'eau.

Dans ses antécédents, on notera des tranchées utérines très pénibles et des lochies trop abondantes.

Son comportement manifesterà une inquiétude par rapport à ses affaires à l'extérieur. Elle fera ses comptes, téléphonera à sa banque...

Calcarea carbonica

Pour Calcarea ostrearum, on observe un ulcère du mamelon (Hg24-24. I), un gonflement chaud des seins (Hg24-25. I), des douleurs des glandes mammaires, particulièrement au toucher (Hg24-27. I), une hypertrophie glandulaire et une induration des seins (Hg24-28. I). Les symptômes apparaissent progressivement.

Dans ses antécédents, on trouvera des règles douloureuses et abondantes pendant les premiers mois de la grossesse, des douleurs dentaires pendant la grossesse et l'allaitement. La patiente sera de constitution carbonique, lymphatique et frileuse (teint plutôt crayeux ; transpiration facile, surtout de la tête ; pieds froids et moites).

Dans son comportement, elle accablera de ses prévisions pessimistes, surtout dans le domaine de la santé, les membres du personnel.

Chamomilla

Pour Chamomilla, on observe une suppression du lait suite à un accès de colère (Hg24-27. I). Les seins sont durs et sensibles au toucher, avec des douleurs tiraillantes, une humeur irritable et maussade accompagnée d'insomnie (Hg24-29 II). Les symptômes sont excessifs (Hg24-32 I), vécus comme insupportables, très angoissants, à rendre folle, avec irritation hargneuse (elle râle et crie). Rien ne la soulage. La patiente souffre d'insomnie due aux douleurs.

Ses antécédents seront constitués de troubles banals, quasi physiologiques de la grossesse (maux dents ; douleurs), de l'accouchement (contractions), et du post-partum et vécus comme insupportables, très angoissants, à la rendre folle.

Dans son comportement, elle sera excessivement irritable, grossière et en colère contre sa douleur et tout ce qui dans son corps ne fonctionne en silence. Ayant été « obligée » de faire appel à la médecine, elle exigera du personnel un soulagement immédiat. Et si cela échoue, elle s'abandonnera avec résignation à n'importe quels soins médicaux.

Conium maculatum

Pour Conium maculatum, un écoulement constant des seins de lait fluide, aqueux est constaté progressivement après que l'enfant ait été sevré (Hg24-13). Il y a également une induration de la glande mammaire droite avec des douleurs brûlantes et aspect de type mastite (Hg24-14. I).

Elle est aggravée par le mouvement, le soutien-gorge et la lumière, parfois le moindre rayon de soleil. Elle a des vertiges en se tournant dans le lit.

Dans ses antécédents, la conception pourra être le reflet de difficultés et souvent tardive.

Son comportement sera plutôt solitaire, triste, introvertie. Elle ne manifesterà aucune tendresse pour personne, refusera la visite de ses amis. Elle pourra paraître castratrice et reprochera le manque de fécondité intellectuelle de son entourage.

Cyclamen

Pour Cyclamen, les observations retrouvent des troubles consécutifs au sevrage (Hg24-3. I), particulièrement la nuit. La patiente présente une tristesse et une grande culpabilité. La patiente a parfois un strabisme convergent.

Elle manifesterà un désir de solitude, tout en se montrant parfaite si le devoir lui impose une relation avec d'autres. Pourtant, tous les événements bouleversants qu'on lui rapportera lui seront égaux. Elle aura une culpabilité exagérée pour des broutilles.

Dulcamara

Pour Dulcamara, les seins sont enflés lorsque la lactation est arrêtée, indolores, prurigineux, avec un refroidissement qui semble s'être localisé sur eux (Hg24-3. I). On observe une suppression de la lactation en ayant été exposé à un froid humide (Hg24-4. II). Parfois, après le sevrage, la mère présente une éruption cutanée (Hg24-6. II). Elle aura du mal à parler de ses symptômes ou bien parlera pour parler, rouspétera pour rouspéter, superficiellement.

Lac caninum

Lac caninum est utile dans presque tous les cas nécessitant l'arrêt de la lactation (Hg24-5. II). Les symptômes changent de côté à chaque crise. La douleur est sourde ou aiguë, constante et les seins sont comme très pleins. Dans son comportement, elle parle sans cesse de ses points communs ou de ses différences avec les autres. Elle se sent transparente.

Phytolacca

Pour Phytolacca, on note une dureté des seins, comme de la pierre, après le sevrage. Il y a une douleur lancinante, irradiant à tout le corps (illimitations), les seins sont enflammés, pourpres ou bleu violacés, enflés, comme pleins au ras bord (limites). L'écoulement de lait est excessif (illimitation), la patiente est prostrée. Elle est améliorée par la pression des mains et en maintenant les seins (limitations). On observe une hypertrophie des ganglions axillaires (barrage, limites).

Les symptômes sont aggravés par le mouvement, le froid, la nuit, et améliorés par la pression des mains et en maintenant les seins dans le soutien-gorge (limitations).

Dans son comportement, elle sera soit trop timide, pudique, poli ou soit pas assez, manifestant un comportement envahissant, impudique, et cavalier. Elle reprochera les mêmes choses aux autres.

Pulsatilla

Pour Pulsatilla, on retrouve une douleur de tension, comme si le lait jaillissait à l'intérieur et causait de la pression, en donnant le sein (Allen – A821). Ces symptômes concernent souvent des femmes douces, larmoyantes qui n'ont que peu de lait (Hg24-39. I). Après sevrage, les seins sont décrits comme enflés, ressentis comme tendus et intensément douloureux. Le lait continue à être sécrété (Hg24-46. I).

Elle a un désir d'air frais, elle trouve les pièces fermées très oppressantes et doit ouvrir en grand porte et fenêtres.

Ses antécédents pourront être marqués de galactorrhées (même avant la puberté) et éventuellement de varices ou autres maladies veineuses.

Son comportement témoignera d'un besoin de liens trop important. Elle sera trop « liante » et trop « collante ». Elle paraîtra douce, larmoyante, et pleurera facilement même pour des choses joyeuses. Elle désirera compagnie et compassion, mais sera aggravée en présence des personnes auxquelles elle est fortement liée (son mari, son nouveau-né).

Sepia

Avec Sepia, les mamelons sont fissurés de part et d'autre du sommet, saignant, douloureux et précédés de démangeaisons (Hg24-8. I). On observera surtout une dépression mentale, et une tristesse avec indifférence à tout et désir de solitude après un sevrage (Voisin). L'apparition de ces symptômes est progressive voire insidieuse. Les Lochies sont malodorantes et excoriates.

Son comportement reflétera l'indifférence affective envers tous ceux qu'elle est censée connaître : son bébé ; son mari, ses amis. Elle voudra être seule pour bouquiner ses livres intellectuels. Pourtant, elle sera capable d'affectuosité exagérée, théâtrale pour des inconnus du personnel.

Urtica urens

Urtica urens arrête l'écoulement de lait après le sevrage (Hg24-2), les seins sont extrêmement œdématisés. L'apparition est progressive et la douleur est brûlante, piquante. L'aggravation vient à des heures précises et augmente avec le temps.

Ses antécédents pourront comporter une urticaire avec gonflement œdémateux parfois énorme, revenant à date anniversaire et des diarrhées récurrentes.

Son comportement témoignera de sa préoccupation de retrouver au plus vite sa ligne, ses seins, sa peau, comme avant. Elle se pomponnera et demandera des conseils de relooking.

Annexe 8 : Justification de l'« aide à la prescription » par les rubriques du répertoire homéopathique

- La douleur mammaire est arrivée :

□ Soudainement (ACON, AL SAT, APIS, ARG N, BELL, BRYO, CALC, CHAM, CON, CYCL, DULC, LAC-C, PHYT, PULS, SEPIA)

Généralités; douleur; soudaine, paroxystique: ABROT **ACON** AGAR **all-s** ALUM AMBR *ANAC* ANG *ANT-T* **APIS** APOC-A ARAN ARG **ARG-N** *ARN* ARS AUR-M *BAD* BAMB-A BAR-C **BELL** BERB BOV **BRY** **CALC** CALC-AR CANTH CAPS **CARB-AC** CARB-V *CARBN-S* cath-a CAUL **CAUST** CEDR **CHAM** CHIN CHIN-S CHION CIC CIMIC CIST COC-C COCC **COLOC** **con** COP CROT-H **CUPR** CUPR-AR **CYCL** DAPH **DIOS** **dulc** EUPHR FERR-MA FL-AC FORM GELS GLON GRAPH HAM HYPER ICTOD IGN IP IRIS KALI-AR **KALI-BI** KALI-C KALI-I KALI-N KALM **lac-c** **LACH** LAM LAUR **LYC** MAG-C **MAG-P** **MANG** MANGI MENY **MERC** MEZ MOSCH **MUR-AC** **NAT-M** NAT-S **NIT-AC** **NUX-M** **NUX-V** OX-AC OXYT PALL **PH-AC** PHOS **PHYT** PIC-AC **PLAT** **PLB** PODO PRUN PSOR **PULS** RAN-B RAN-S RAPH **RHOD** RHODI-O-N **RHUS-T** RUTA SABAL **SABIN** **SANG** SCORP SEC SEL **SEP** SIL SOL-N SPIG SPONG **STANN** STAPH STEL STRAM STROPH STRY SUL-AC SULPH SYPH TAB TAMA TARAX TARENT **TELL** **THUJ** TUB VALER *vani-p* VERAT VERB VIB VISC ZINC

□ Progressivement (AL SAT, ARG N, BRYONIA, CALC, CON, CYCL, PHYT, PULS, URT, SEPIA)

Généralités; douleur; apparaissant progressivement: **all-s** ARG **ARG-N** BELL **bry** **calc** CAUST CHIN **con** GELS GLON ICTOD KALM LACH LAM NAT-M NIT-AC NUX-M PALL PHOS **PHYT** **PLAT** **PULS** RHOD SABAL **SANG** **sep** SPIG **STANN** STRAM STRONT-C SUL-AC SYPH TELL VALER

Je laisse ARG en apparition progressive car il va anticiper la douleur bien avant que les symptômes n'arrivent et il aura la sensation que cela dure (même si localement cela peut être soudain).

Je laisse BRY en progressif, le temps que les symptômes locaux d'accumulation qui sont arrivés soudainement ne se manifestent.

Pour CALC, je garde apparition progressive qui correspond bien au contrecoup de devoir progresser pas à pas.

Pour SEP, le début est plus souvent insidieux.

- La sensation de la douleur :

□ Brulante (API, BEL, BRY, CALC, CON, PHYT, PULS, SEP)

Thorax; douleur; brûlante, cuisante; seins: aego-p aesc aeth AGAR ambr anath ant-t **APIS** ARS arund **bell** benz-ac bro-s-g **BRY** BUFO **calc** CALC-P carb-ac CARB-AN CARB-V cast-eq chim chin-ar cic CIMIC com **CON** CROTO-T eucal gink GRAPH grat HALL **HEP** herin indg iod lach LAP-A lat-h **laur** led lob lob-e LYC MAG-C med MEZ mur-ac nat-glt nico-r ol-an onos orig paul-p petr PHOS **PHYT** psor **PULS** rhus-t rumx SAC-L SANG sel SENE **sep** **SIL** spira SULPH TARENT-C tax-br zinc

□ Pulsatile (BEL)

Thorax; douleur; pulsante, tapante, battante; seins: **BELL** BROM card-b hura lat-h lob-s PHOS ric zinc

□ Pression (ARG, BEL, BRY, CALC, PULS)

Thorax; douleur; pression, sensation de; seins: aego-p AGAR agn am-m ambr anac **arg-n** AUR-M-N **BELL** BERB BISM **BRY** **CALC** calc-p carb-v carbn-s carc chel com cot euon euph eupi hydr-ac hyper kali-c lach LED mez MUR-AC nat-s oci par ph-ac phos **puls** pyrit sabin sang spig STANN sulph tax-br thuj tyt-a VERB ZINC

□ Tension (BRY, CYCL, PULS, SEP)

Thorax; tension; seins: aego-p BAMB-A **BRY** CARC caul cupr **cycl** ferr-m gink kola OCI ozon phos plac plut-n **puls** ros-d scorp THUJ zinc

Thorax; agrandissement, sensation d'; seins: adam benz-ac berb CALC-P **cycl** lach onos ory-c SABIN sang **SEP** zinc

□ Plénitude (BEL, BRY, CALC, CON, CYCL, DULC, LAC-C, PHYT, SEP)

Thorax; plénitude; seins: **bell** **BRY** **calc** CALC-P calop-s choc clem **CON** **cycl** cygn-e diosp-k **DULC** dys-co gard-j *irid* KALI-C **LAC-C** lact merc oci oci-g **PHYT** plut-n sabin sabin salx-f sec **SEP** spect zinc

□ Piquante (ALS, API, ARG, BEL, BRY, CALC, CHAM, CON, CYCL, PULS, PHYT, SEP)

Thorax; douleur; piquante, comme par des aiguilles; seins; allaitant; en: **CALC** PHEL **SIL**

Thorax; douleur; piquante, comme par des aiguilles; seins: acan-p act-sp adam aego-p **AETH** agar agath-a alet **all-s** allox ALOE alum **AM-C** am-i **AM-M** ambr amet AMYG-AM amyg-p anath ANT-C ant-t **APIS** arg **arg-n** am ARS ars-met ARUND ASAF ASC-T aspart aster aur-s bap bar-c bar-i **BELL** **BERB** bism biti-a **BOR** bov **BROM** BRUC **BRY** bufo **CALC** CALC-I calc-p calc-sil CAMPH cann-i cann-s canth **CARB-AN** CARB-V carbn-s CARD-M carl CAST cast-eq **CAUST** cench **cham** **CHEL** CHIM CHIN choc cimic CLEM coc-c coce COLCH com **CON** cordy-a cot **CYCL** cygn-e cyni-c-g dys-co dysp-s equis eucal

eouon EUPI FAGO falco-p ferr **FERR-I** ferr-ma form galeoc-c **GAMB** gels geoc-c germ **GINK** graph **GRAT** guai hall helo HEP hydr-ac hydrog hyper IGN indg iod irid **KALI-BI KALI-C KALI-I KALI-N KALI-P** kali-sil kalm kiss KREOS **LACH** LAP-A lappa latex **LAUR** LIL-T lipp lob-e loxo-r LYC m-aust **MAG-C MAG-M** manc mang mang-acet melal-a merc **MEZ MUR-AC** MURX NAT-C **NAT-M** NAT-S NICC **nico-r** NIT-AC nux-v OL-AN olea olnd onc-t OZON paeon **PALL** par ph-ac **PHEL PHOS PHYT** pitu-a plac plat **PLB** POLY G prun psor **PULS** ran-b ran-s RHEUM RHUS-T ros-d ruta sabal **sabin** sac-l **SANG** SEC **SEP SIL** sol-t-ae sop-m SPIG spong STANN stry **SULPH** sumb TARENT-C TAX teg-a tep ter thlaspi thuj tyt-a VERAT verb **ZINC**

□ Engourdissement (CALC, CHAM, CON)

Thorax; fourmillement, reptation, sensation de; seins: ant-t **calc** chin **con** guai hyper laur mang ran-s sabin

□ Déchirante (BEL, BRY, CHAM, CON, LAC-C, PHYT)

Thorax; douleur; déchirante, lacérante; seins: AM-C am-m arg aur-m-n BAR-C **BELL** bism **BRY** bufo calc-p CAMPH CARB-AN carb-v **cham** chin-ar colch **con** croto-t grat kali-c LIL-T lith-c NUX-V ol-an **phel** sang spig thuj

□ Prurit (API, ARG, BRY, CALC, CHAM, CON, DULC, PULS, SEP, URT)

Peau; douleur; brûlante, cuisante; orties, comme par des: arist-cl **bry** calc-p chir-f **CHLOL** cocc colch **dulc** lycps paeon physala-p posit **URT-U**

Thorax; prurit; seins: agar ALUM alum-p anac anag ang ant-c ant-t **arg-n** arge-p arn ARS arund bar-c bar-s berb bos-s bov c-di-o **calc** calc-s calop-s cann-s canth carb-v carbn-s cast CAST-EQ CAUST CHEL clad-r **CON** corv-c CROTO-T cygn-c diosp-k **DULC** fago ferr-ma FL-AC form GRAPH hall HEP hipp **irid** itu jug-r KALI-C led lepi lsd lyc m-arct m-aust mang mang-acet mant-r mez nat-m nat-s nice niob nux-v oci oci-g onc-t onos orig orig-v ozon PETR ph-ac phel PHOS plac plb PSOR **puls** ran-s RHUS-T sabad sabal SABIN sars scol **sep** sil spong squil stann staph SULPH tarent turq-l verat zinc

Généralités; douleur; interne; prurit, avec: acan-p adam AGAR ALOE ALUM alumn ambr ant-c **apis** arist-s ars bacch-a bell BERB brucei bry bufo **CALC** calx-b camp cann-i caps carb-ac carbn-s caust **CHAM** chin CINA cinnb clem cocc coloc con **CROTO-T** dig dios dor **DULC** euph euphr fil fl-ac gran hell her-s ictod IGN IOD jatr jug-r kali-bi kali-c kali-n lipp lyc m-arct m-art magn-gr MED **merc** MEZ mur-ac nat-c NAT-M NAT-S NUX-V op PAEON ph-ac phos pin-s plat plat-m prot **puls** rad-br rhus-t rhus-v RUMX sabin sars **sep** SIL sin-a slag spig spong stann staph **SULPH** TEUCR THUJ **URT-U** ZINC

□ Irradiante à tout le corps / Ça reste et ça se déplace, (CHAM, PHYT, PULS)

Thorax; douleur; seins; mamelons; irradiant; corps, sur tout le, pendant l'allaitement: **PHYT puls** sil

□ Erratique / Ça change de place (LAC-C, PULS)

Thorax; douleur; erratique, changeant de place; seins; allaitant, en: **PULS**

▪ Peau :

□ Translucide (API)

Peau; cirreuse: **ACET-AC APIS** ARS bac calc calc-p chin colch CUPR **FERR** IP lyc **LYCPS** med nat-m PHOS SIL thuj tub vesp

□ Rouge vive (ACO, BEL, LAC-C)

Peau; éruptions; rash; rouge; vif, rouge: **ACON BELL** med stram sulph syph

Thorax; rougeur: adam AGAR alch-v am-c am-m ant-c APIS am ASTER aur bar-c **BELL** bufo canth carb-an carb-v CAST-EQ chel chin-s chlol cinnb cocc COLCH con FL-AC GRAPH GUAI HYDR-AC iod IP kali-ar KREOS **LAC-C** LACH **led** lyc mag-c manc MERC mez morg nat-sal nit-ac onc-t paul-p PHOS phyt plb plb-chr PSOR puls raph rhus-t rhus-v ros-d **sabad** sil squil stram **SULPH** tab tarax tax vesp

□ Rosée (API, SEP)

Généralités; rougeur; rosée: **APIS** cann-s carb-an carb-v cocc cop NAT-C nat-m oena phos PYROG rhod sars **sep** SIL SOL-T-AE tep teucr

□ Bleu violacé/Pourpre (PHYT)

Thorax; gonflement; pourpre, seins: **PHYT**

□ Trainées rouges en rayon (BEL)

Thorax; rougeur; endroits, taches: adam am-m ant-c arn ASTER **BELL** carb-an carb-v chel cinnb cocc GUAI hydr-ac IP lach **LED** lyc mag-c manc MERC mez onc-t paul-p phos puls raph ros-d SABAD sil squil SULPH tab

▪ Les seins sont :

□ Gonflés/Tendus (ACO, ALS, API, ARG, BEL, BRY, CALC, CHAM, CON, LAC-C, PHYT, PULS, SEPIA, URT)

Thorax; gonflement; douloureux; seins: aeth **all-s** ars-i **ASTER calc** cast-eq **CON** cund eucal gink lob-e med MERC-C **PHYT** PITU-A **PULS** rhus-t sabal sang **urt-u**

Thorax; gonflement; seins; sevrage, après le: **all-s** med **PULS**

Thorax; inflammation; seins, mastite: acet-ac achy **ACON** acon-l age-a alumn anath ant-t **APIS** ARN ars **BELL bell-p BRY** bufo CACT CADM-S **calc** calc-s **calen** CAMPH cann-s CARB-AN CARB-V CARBN-S carc CARD-M **CHAM** CIST clem **CON** crot-h CROTO-T cur diosp-k dulc echi-a ferr ferr-p fl-ac foll galeg GRAPH helon **HEP** kali-m kali-p **LAC-C** LACH laur LYC med **meli** MERC merc-i-f nat-p oci op petr **PHEL PHOS PHYT** pic-ac plan plb PLB-I **PULS** rhus-t sabad sabal SAL-AC samb **SEP SIL SULPH trig-f-g** ust VERAT-V verb x-ray

Thorax; inflammation; seins, mastite; accouchement, avant ou après: arn **BELL bry calc** carb-an carb-v **con** graph **merc** oci PHOS **puls SIL sulph**

□ Gédématisés/mous (API, CYCL, URT)

Généralités; faiblesse; oedème, dans l': ACET-AC ACETAN ADON **APIS** APOC ARS ars-i cact CHIN coll CONV **DIG** EUP-PER HELL iber lach lact **LYC** lycps oldn saroth seneg SQUIL STIGM STROPH URAN-N

Thorax; gonflement; seins; sécrétion de lait, avec: ASAF **CYCL** *meli melis menth* SOL-O TUB **URT-U**

□ Durs comme la pierre (ARG, BEL, BRY, CALC, CHAM, CON, CYCL, DULC, LAC-C, PULS, PHYT)

Thorax; induration; durs comme de la pierre, seins; accouchement, après l', la délivrance, période puerpérale: **phyt**

Thorax; induration; seins: acon agar agn alum-sil alunm ambr ANATH apis arist-cl **arn** ars ars-i ASTER AUR aur-s bar-c BAR-I **BELL** BELL-P bond BROM **BRY** bufo **CALC** CALC-F calc-i calc-p **CARB-AN** CARB-V CARBN-S carc CAUST **CHAM** chim CIST CLEM coloc **CON** CROT-H CROTO-T **cund** CUPR **cycl** **DULC** fago GRAPH hep **HYDR** IOD kali-c KALI-CHL KREOS **LAC-C** lac-drom lac-h LAP-A lapa lepi **lob-e** lsd LYC mang MERC merc-i-f nat-m NIT-AC petr PHEL **PHOS** **PHYT** plb PLB-I **PULS** RHUS-T ruta sang scroph-n SEP **SIL** SPONG SUL-I **SULPH** tep THUJ THYR tub UST vip

□ Nodosités (BEL, CHAM, DULC)

Thorax; lait, maladies de la lactation; supprimé; nodules dans les seins, avec des: *agn* **bell cham DULC** rhus-t

□ Très chauds (ACO, APIS, BEL, BRY, CALC, PHYT, PULS)

Thorax; chaleur fébrile; seins: **ACON** **APIS** *arn* **ARS** bar-c **BELL** benz-ac **BRY** *calc* calc-p CANN-S CARB-AN carb-v cham *clm* cocc con *graph hep* ign laur *lyc* med MERC nit-ac **PHOS** **PHYT** plut-n **PULS** *rhus-t* senec sep **SIL** **SULPH**

□ Chaleur perceptible à distance (BEL)

Thorax; chaleur fébrile; rayonnante: **bell** lach SPONG

□ Douleur à l'effleurement (CHAM, PHYT)

Thorax; inflammation; seins, mastite; mamelons; sensible au toucher: **CHAM** helon **PHYT**

□ Urticaire (ALS, API, DULC, URT)

Thorax; éruptions; urticaire: CALAD hydrc LED sars sulph tub **urt-u**

Thorax; éruptions; seins: aeth agar **all-s** am-c *amet* anac ant-t arge-p ars aster bell bufo cann-s **CAUST** chin **DULC** euon falco-p fl-ac GRAPH grat hall hep kali-c KREOS LACH lat-h led lsd LYC mag-c morg nat-m PETR ph-ac phos pip-n PSOR puls PULS-N raph rhus-t sars staph stoi-k **sulph** tab tell tyt-a ulm-c valer

▪ Le mamelon est :

□ Crevasés (CALC, CHAM, CON, PHYT, SEP)

Thorax; ulcères; seins; mamelons: AGE-A ARN ars AUR-S **CALC** calc-ox calen carb-v **CAST-EQ** caust **CHAM** **CON** CROTO-T CUND gali ger GRAPH ham hep hipp **MERC** PAEON PHEL phos **PHYT** puls RAT **SEP** **SIL** **SULPH** thuj

□ Douloureux (ARG, BELL, BRY, CALC, CON, CHAM, DULC, LAC-C, PHYT, PULS, SEP)

Thorax; douleur; seins; mamelons; sevrage, après le: **dulc**

Thorax; douleur; seins; mamelons: acon aego-p AGAR AGE-A agn ALUM am-c AMYG-AM amyg-p anac ant-t ap-g arg **arg-n** arg-s **ARN** **ARS** **ARUM-T** arund asaf ASC-T aster **AUR-M-N** aur-s **BAPT** **BELL** benz-ac BERB **BISM** bor brom **BRY** **CALC** CALC-P calen camph cann-i cann-s carb-an carbn-s card-m **CAST-EQ** **CAUST** **CHAM** chel *chin* chlam-t cic CIMIC cist coe-c cocc colch com **CON** conv cot **CROTO-T** cur **cycl** dios dulc EUON fago falco-p **FERR-I** ferr-ma **FL-AC** form gels germ gink **GRAPH** grat hall HAM harp HELL helo HELON HEP hydr hydrog hyper IGN inul iod **irid** KALI-BI **kali-hp** kali-i kola **LAC-C** **LACH** lam LAPPA laps lat-h **led** lil-t lith-c lob LYC lycps mag-m mang mang-acet mant-r med MERC **MERC-C** mez mill mim-p mit mobil-ph **MUR-AC** musc-d nat-rtl NAT-M NAT-S neon nico-r NIT-AC nux-m NUX-V oci ol-an onc-t onos orig paeon PALL par paraf paul-p petr ph-ac PHEL phos **PHYT** pier-b PLAN plb psor **PULS** PYROG ran-b ran-s RAT rauw **rheum** **RHUS-T** sabad sabal sabin sac-l salx-f sam-c sang sars SENEC seneg **SEP** **SIL** **SPIG** spira STANN sulo-ac **SULPH** sumb tab tax tax-br TELL ter thuj til tyt-a vani-p verat verat-v VERB ZINC zinc-o

▪ Les ganglions axillaires sont :

□ Hypertrophiés (BEL, BRY, CALC, DULC, PHYT, SEP, LAC-C)

Thorax; gonflement; seins; ganglions: **bell calc** graph merc-c

Généralités; gonflement; ganglions, foie, rate etc; fièvre, pendant la: AM-C ARS **BAR-C** **BELL** calad **calc** carc cist KALI-C **LAC-C** lyc merc MERC-I-F nit-ac phos **phyt** RHUS-T **SEP** sil sulph

Généralités; gonflement; ganglions, foie, rate etc; éruptions, avec des: agar anthr ARN ASTAC BAR-C bar-m **BROM** **BRY** **CALC** calc-s CARB-V caust **DULC** eucal GRAPH iod KALI-BI kreos LAPPA LYC mag-c MERC mez nat-m onis phos PSOR rheum scol **SIL** **SULPH** VIOL-T

▪ Evènement particulier ?

□ Absence de lait (ACO, API, BEL, BRY, CALC, CHAM, DULC, LAC – C, PULS SEP, URT)

Thorax; lait, maladies de la lactation; absence: acet-ac **ACON** *AGN* ALF ANET-G **apis** am *ASAF* bac **BELL** bor **BRY** **CALC** calc-sil carb-an card-m CARU *CAUST* cetr **CHAM** chel CHIN COCC COFF *dict* **DULC** FOEN FORM frag galeg IGN IOD JAB kali-i **LAC-C** LAC-D lach *LACT* LEC medus MERC merc-c MILL NIG-S NUX-M nux-v *orig* ph-ac phos phyl-a phyt piloc PIMP-A plb *poly-a* **PULS** rheum *RHUS-T* RIC sabal samb SEC **SEP** SIL spira stict SULPH THYR **URT-U** ust x-ray yohim **ZINC**

À cause du bébé qui refuse le lait (BRY, CALC)

Généralités; aliments et boissons; lait; aversion; maternel: ACET-AC ANT-C *ant-t* BOR **bry** **CALC** *CALC-P* calc-sil CINA kali-c LACH lyc *mag-c* MERC *nat-c* nat-m PH-AC *rheum* sabal sec **SIL** STANN STRAM sulph

À cause des crevasses des mamelons douloureux (DULC, PHYT, PULS, SEP)

Thorax; douleur; seins; mamelons; allaitant; avec: am bor CAST-EQ *CROTO-T* MERC-C NUX-V PHEL **PHYT** **puls** rhus-t sil

Thorax; seins; mamelons; allaitement, pendant l': am bor CAST-EQ *CROTO-T* GRAPH MERC-C nit-ac NUX-V PETR PHEL **PHYT** **puls** RAT rhus-t sang SARS **SEP** **SIL** SULPH

À cause de la douleur pendant l'allaitement (BRY, CALC, CHAM, LAC-C, PHYT, PULS)

Thorax; douleur; seins; allaitant; agg.: ANT-T am BOR **BRY** **CALC** CAST-EQ **CHAM** choc colch *CROTO-T* **LAC-C** LIL-T MAG-C MERC-C NUX-V *oci* PHEL **PHYT** **PULS** rhus-t **SIL**

À cause d'un avis négatif/récit horrible sur allaitement (CALC)

Psychisme; angoisse; choses horribles, après avoir entendu des: **calc**

À cause de ses céphalées pulsatiles après la tétée (BEL, BRY, CALC, CHAM, DULC, PULS, SEP)

Tête; douleur, céphalée; allaitant, soignant; allaité, après avoir: **bell** **bry** **CALC** **cham** chin **dulc** mag-p phos **PULS** **SEP** sil staph

Lait disparaissant suite d'émotion/excitation (ACO, BEL, BRY, CHAM)

Thorax; lait, maladies de la lactation; disparaissant; excitation, émotion, agg. par l': **ACON** **BELL** **BRY** caust **CHAM** **COFF**

Lait disparaissant suite de colère (CHAM)

Thorax; lait, maladies de la lactation; disparaissant; colère, contrariété agg. **CHAM**

Lait disparaissant suite de froid (ACO, BEL, CHAM, DULC, PULS)

Thorax; lait, maladies de la lactation; disparaissant; froid, après avoir pris: **ACON** **BELL** **CHAM** **DULC** MERC **PULS** SULPH

Lait disparaissant suite de fièvre (ACO, BEL, BRY, CALC, CHAM, DULC, PULS)

Thorax; lait, maladies de la lactation; absence; fièvre, pendant la: **ACON** am **bell** **bry** **COFF** rhus-t

Thorax; lait, maladies de la lactation; disparaissant; fièvre élevée, pendant une: AGN **bell** **BRY** **CALC** **cham** **dulc** HYOS ign **PULS** *RHUS-T* zinc

▪ Vous la trouvez plutôt :

Maladroite, Ne sachant pas quoi faire d'elle-même et inefficace, agité (API)

Psychisme; maladresse: AETH AGAR ALUM ANAC **APIS** BAR-C BOS-S BOV BRACHY-S CAMPH **CAPS** *IGN* LACH LIL-T LOL NAT-C NAT-M NUX-V PLAT SABAD

Mystique (BEL, CON, LAC-C, SEP)

Psychisme; hallucinations, illusions; magicien, il est un: **bell**

Psychisme; psychologiques, thèmes; religion, religiosité; religieux, spiritualité: *SYPH* *VERAT* ANAC *ARS* *AUR* **BELL** *CARB-AN* *LACH* *LIL-T* *NIT-AC* *PLAT* **SEP** *STAPH* *SULPH*

Mirilli, thèmes de; magie: adam aether aids androc anh ars bani-c **bell** *bos-s* campH CANN-I cann-s cam-g cinnb coca coff-t **con** corv-c cupr helod-c hippo-k HYOS iod kola **lac-c** lac-drom lac-lup LACH lant-c lap-laz **leon** lsd lyepr lyss marm-a olnd onc-t **OP** ozon pin-s plac posit psil-c pyrus rhus-t sol-t sol-t-ae stoi-k STRAM sulph tax thul tub

Manque de pudeur / trop timide (PHYT)

Psychisme; hallucinations, illusions; envahi, son espace est: cadm cygn-c-b herin lant-o pass-d **phyt** posit sol-t-ae spect

Psychisme; humiliation; humiliation, sens douloureux de l': ara-m chin-b dysp gink herin hura lac-f lant-p neod-c **phyt** schran-u

Agitation avec peur d'un accident. Hyperprudente. (ACO, ARG, CON, CALC)

Mirilli, thèmes de; accidents: **ACON** **ARG-N** *ARN* *ARS* *BOR* **CALC** *CIC* **CON** *GRAPH* *HYPER* *NAT-S* *NUX-V* *OENA* *STRAM*

Nervosité, Irritabilité excessive. Exigeant un soulagement immédiat (CHAM)

Psychisme; agitation, nervosité; allaité, après avoir: **cham**

Lymphatique / Nombreuses peurs au sujet de sa santé (BEL, CALC, PULS, SEP)

Généralités; constitution; lymphatiques: **BELL** **CALC** *CARB-V* CHIN KALI-C LYC *MERC* NAT-M NIT-AC PHOS **PULS** **SEP** **SIL** *SULPH*

Psychisme; anxiété; santé, au sujet de la; désespoir d'aller bien: *ARS* **CALC** nit-ac

- Peur de ne jamais retrouver la santé (ACO, ALS, BEL, BRY, CALC, CHAM, LAC-C, PHYT, PULS, SEP)
Psychisme; désespoir; guérir, de: **ACON** adam agath-a agn **all-s ALUM** am-c ambr ANAC ant-t aq-mar **ARS** aur-ar aur-i aur-m-n AUR-S bac bapt bar-c **BELL** benz bor **BRY** cact calad **CALC** calc-ar calc-s CAMPH cann-i caps caras care caust **cham** chin chlol cemic clem **COLOC** cygn-c der dig falco-p gad germ HALIAE-LC HELL helo hep hura IGN kali-ar kali-br kali-c kreos **LAC-C lach** lat-h laur lil-t lsd lyc m-arct mag-c MED MERC nat-c nat-m nat-s nit-ac NUX-V op **PH-AC** phas-c phos **phyt** plat plut-n pseuts-m PSOR **puls** sabad salx-f sam-c sars **SEP** sil SOL-M strept sulph **SYPH** TARENT tax ther THYR tour-w valer VERAT zinc
- Parle de la nourriture. Discourt qui tourne autour de l'alimentation (ALS)
Psychisme; gourmand: **all-s** ant-c calc chin corv-c gins ip mag-c merc nat-c **VERAT**
- Pressée, impulsive (ARG, BEL, CHAM, DULC)
 Mirilli, thèmes de; précipitation, hâte: **ARG-N** **ARS** **AUR** **BELL** **CAUST** **CHAM** **DULC** **HEP** **IGN** **LIL-T** **MED** **MERC** **NAT-M** **PLAT** **SIL** **STRAM** **SUL-AC** **SULPH** **TARENT**
Psychisme; précipitation, hâte; temps d'arriver au rendez-vous, le: aids alum-s aq-mar **ARG-N** arist-el care culx-p cupr onc-t ulm-c
- Matérialiste (ne peut se permettre de dépendre des autres) (BRY, CON)
Psychisme; matérialiste, très: **bry** carb-v **CON** erb FL-AC herin lsd nux-v polyst posit sac-alb thuj
- Superstitieuse (ARG, BEL, CALC, CON)
Psychisme; peur; supersticieuse: **CON** rhus-t
Psychisme; superstitieux: agar alum-tory androc **ARG-N** arg-s ars bar-c **bell** beryl **calc** carc caust **CON** corv-s crot-c emer fic granit-m haliae-lc hell hydrog kali-ar lach lamp-c lap-a lycps manc MED nux-v op phel pop rat rhus-r **RHUS-T** stram syph tub tun-aq xanth zinc
- Pleureuse (PULS, LAC-C)
Psychisme; pleurer; allaitant, en: **LAC-C** **PULS**
- Tristesse en allaitant en allaitant (SEP)
Psychisme; tristesse; allaitant son enfant, en: SEP
- Tristesse avec désir de solitude (ARG, BEL, CON, CYCL, SEP)
Psychisme; tristesse; compagnie; aversion pour, désir de solitude: adam aids alum **ARG-N** AUR bamb-a **bell** bell-p bros-g bufo-s bute-j chin cic **CON** cupr cur **cycl** dys-co elaps erb euph gink graph harp HELON HIPPI **IGN** indg LED lyc melal-a murx nat-c nat-m nux-v paron pras-f rham-p rhus-t **sep** stann tax terb-ox thuj VERAT
- Indifférente à ceux qu'elle aime (SEP, CON)
Psychisme; insensible, sans coeur, impitoyable: ABROT **ANAC** ANTHR ARGE-P CON LACH LAUR MAND MED PLAT SCORP SEP SULPH SYPH THUJ
- Autoritaire (DULC)
Psychisme; autoritaire, dictatorial, dogmatique, despote: ANDROC AUR-S CAMPH CAUST CHEL **DULC** FERR FL-AC LACH LIL-T **LYC** MERC NUX-V PALL PHOS PLAT SULPH THYMOL
- Superficielle (URT)
- Manque de confiance en elle (LAC-C)
Psychisme; anxiété; succès, par doute du: aloe dys-co **LAC-C**

Annexe 9 : Questionnaire d'« aide à la prescription » homéopathique

Les seins de ces patientes sont quasi tous chauds, tous gonflés, tous rouges, ça coule, ça pique... ça fait mal !

On cherche surtout ici ce qui est caractéristique chez la patiente ou alors ce qu'elle va dire spontanément, ou plusieurs fois, ou avec de l'émotion, ou ce qui va vous frapper.

1. Votre douleur mammaire est arrivée :

- Soudainement
- Progressivement

2. Comment vous sentez-vous ? avec votre environnement ?

(Champ libre, utile pour faire parler la patiente surtout)

.....
.....

3. Décrivez la sensation ressentie au niveau de vos seins :

(Énoncer les items rapidement si la patiente ne dit rien spontanément)

- brûlante / Ça brûle
- Pulsatile / Ça bat
- Pression / Ça presse (ext vers int)
- Tension / C'est tendu (int vers ext)
- Plénitude/ C'est comme plein
- Piquante / Ça pique
- Engourdissement / Ça fourmille
- Déchirante / Ça lance
- Prurit / Ça démange
- Irradiante à tout le corps/ Ça reste et ça se déplace
- Erratique / Ça change de place
- Autre :.....

4. Quelle est l'intensité de votre douleur (ENS) :

- Peu de douleur (1/2)
- faible intensité (3/4)
- moyenne intensité(5/6)
- forte intensité (7/8)
- Intolérable (9/10)

5. Qu'est ce qui soulage ou déclenche vos symptômes (question ouverte) :

<i>Ne pas influencer la patiente</i>	Aggrave	Améliore
Soutien-gorge		
Nuit		
Mouvement		
Froid		

Localement (données issues de l'examen clinique) :

6. La peau est :

(Ne rien cocher si les symptômes ne sont pas marqués)

- Translucide
- Rouge vif
- Rosée
- Bleu violacé/Pourpre
- Traînées rouges en rayon
- Autre :.....

7. Les seins sont :

- Gonflés/tendus
- Œdématisés/mous
- Durs comme la pierre
- Noduleux
- Très chauds
- chaleur perceptible à distance
- Dououreux à l'effleurement
- Urticair
- Autre :.....

8. Les mamelons sont :

- Crevassés
- Dououreux
- Autre :.....

9. Les ganglions axillaires sont :

- Hypertrophiés

10. Afin de mieux vous connaître, pourriez-vous expliquer votre choix d'allaiter au biberon :

.....
.....

11. Avez-vous identifié un noyau dans le discours de la patiente concernant ses motivations à allaiter au biberon et ses symptômes de sevrage ?

(Cochez un item, en fonction de ce qui vous a frappé (l'examinateur) pendant cet examen)

- RÔLE de la mère allaitante qui ne lui convient pas/ comme si COMÉDIE/ en rigole.
- BRUTALITÉ/ VIOLENCE dans l'inflammation locale de l'engorgement/ en RAYON.
- LIMITE par rapport aux autres (trop timide ou trop envahissante)/ impudeur de l'allaitement.
- LIEN avec le bébé/ FUSION. Pleurs avec culpabilité de ne pas allaiter.
- SUITE DE FRAYEUR (avait prédit sa mort) À L'ACCOUCHEMENT.
- Excessivement en COLÈRE contre sa douleur.
- SUITE DE RÉCIT HORRIBLE OU AVIS NÉGATIF d'allaitement maternel.
- RÉGIME RATIONNEL/ pouvoir maîtriser le régime alimentaire du bébé ou le sien.
- TEMPS. Angoisse/horaire de l'allaitement.
- SÉCURITÉ MATÉRIELLE (travail, argent), ne peut se permettre de dépendre des autres. Doit retourner travailler rapidement.
- Discours qui tourne finalement autour de la FÉCONDITÉ/avoir des enfants.
- BESOIN DES AUTRES ou pas pour être heureuse.
- Refuse d'en PARLER/ ou en PARLE trop mais pour ne rien dire.
- CONNAITRE POUR AIMER. Indifférente à ce bébé qu'elle ne connaît pas.
- SUPERFICIALITÉ. Se sent déformée/monstrueuse. Problème du père absent.
- TRANSPARENCE. Manque de confiance en soi.
- Autre :.....

12. Où alors y a-t-il eu un événement particulier ?

- Absence de lait
- À cause du bébé qui refuse le lait
- À cause des crevasses des mamelons douloureuses pendant l'allaitement
- À cause d'un avis négatif/récit horrible sur allaitement
- À cause de ses céphalées pulsatiles après la tétée
- Lait disparaissant suite de :.....

13. Vous la trouvez :

(à remplir en dernier une fois que l'interrogatoire est terminé)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Maladroite, inefficace, agité. | <input type="checkbox"/> Matérialiste |
| <input type="checkbox"/> Mystique | <input type="checkbox"/> Superstitieuse |
| <input type="checkbox"/> Manquant de pudeur / trop timide | <input type="checkbox"/> Pleureuse |
| <input type="checkbox"/> Agitée avec peur d'un accident. | <input type="checkbox"/> Triste en allaitant |
| <input type="checkbox"/> Exigeant un soulagement immédiat | <input type="checkbox"/> Triste avec désir de solitude |
| <input type="checkbox"/> Nombreuses peurs au sujet de sa santé. | <input type="checkbox"/> Indifférente à ceux qu'elle aime |
| <input type="checkbox"/> Peur de ne jamais retrouver la santé. | <input type="checkbox"/> Autoritaire |
| <input type="checkbox"/> Parlant de la nourriture. | <input type="checkbox"/> Superficielle |
| <input type="checkbox"/> Pressée, impulsive | <input type="checkbox"/> Manquant de confiance en elle |

14. ATCD

- grossesse et accouchement très pénible
- galactorrhée spontanée
- troubles mentaux périnatalité
- douleur dentaire pendant l'allaitement
- grossesse tardive / conception difficile
- strabisme convergent
- migraine suite au sevrage
- angine à répétition
- urticaire généralisée annuel
- Hydramnios

15. Concomitants :

- Tb digestifs
- Douleurs abdominales en allaitant
- Lochies trop abondantes, malodorantes
- Céphalées pulsatives après la tétée
- Vertiges dans le lit
- Éruption cutanée suite de sevrage
- Désir citronnade
- Absence de soif
- Soif pour de grande quantité d'eau
- Désir d'air frais
- Écoulement constant de lait fluide et aqueux longtemps après sevrage
- Alternance de côté
- Constitution carbonique

Annexe 10 : Pondération informatique (Excel)

Tableau 10. Pondération informatique

	Apparition	REFUS D'ALLAITER	ARRET ALLAITEMENT	COMPORTEMENT	Douleur	Localement	Modalités	Concomitant
APIS	1,00	1,00	1,00	0,75	0,50	1,00	0,50	0,75
BELLADONNA	0,75	0,75	1,00	0,75	0,75	1,00	0,75	0,75
PHYTOLACCA	0,25	1,00	1,00	1,00	1 = irradiant a tt corps 0,5 pour le reste	1 = pour DURETE et 0,75 pour le reste	0,50	0,75
PULSATILLA	0,25	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	0,75	0,75
ACONIT	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	0,5 pour tous sauf très chaud = 1	0,75	0,75
CHAMOMILLA	0,75	1,00	1,00	1,00	0,75	0,75	1,00 si rien n'ameliore !!!	0,75
CALCAREA CARBONICA	0,50	1,00	1,00	1,00	0,75	0,75	0,75	0,75
ARGENTUM NITRICUM	0,50	1,00	1,00	0,75	0,75	0,50	0,50	1,00
ALLIUM SATIVUM	0,25	1,00	1,00	0,75	0,50	0,50	0,50	1,00
BRYONIA	0,50	1,00	1,00	1,00	0,75	1,00	0,75	1,00
CONIUM	0,75	1,00	1,00	0,75	0,75	0,50	0,75	1,00
CYCLAMEN	0,50	1,00	1,00	1,00	0,50	0,50	0,75	0,75
DULCAMARA	0,50	1,00	1,00	0,75	0,75	0,50	0,75	1,00
SEPIA	0,50	1,00	1,00	1,00	0,50	0,50	0,50	0,75
URTICA URENS	0,25	1,00	1,00	0,75	0,50	0,75	0,50	0,75
LAC-CANINUM	0,25	1,00	1,00	1,00	1,00	0,75	0,50	0,75

Annexe 11 : Verbatim patiente 1

Accouchement à 2 h 15.

Ablactation à 3 h 15 le même jour.

Entretien à J +2 à 12 h 30.

Durée de l'entretien : 45 minutes

L'allaitement au sein a-t-il été mis en place ? Non, c'était juste la tétée de bienvenue, on s'était fixé là-dessus dès le départ. **(Combien de temps, environ une heure ?)** Je dirais pas tout à fait une heure parce que comme j'ai eu des complications... je dirais ouais, quarante minutes plutôt. Parce que je devais retourner aux soins intensifs après donc euh...

Je vais en fait d'abord vous poser des questions plus générales. Quel âge avez-vous ? 31, bientôt plus.

Votre taille ? 1m71.

Votre poids avant la grossesse ? 85.

Votre profession ? Aide-soignante (où ?) en EPAHD à Vandoeuvre.

Et donc, c'est votre premier bébé ? Alors, premier enfant que je porte... et ma femme a porté notre première fille. Voilà, c'est ma première grossesse biologique... on va dire ça comme ça. C'est le même inséminateur.

Y a-t-il a eu d'autres grossesses qui ont échoué ? Non jamais.

À combien de SA avez-vous accouché ? 38 SA.

Quel type d'accouchement ? Alors, déclenchement... voie basse... et ventouse.

Présentez-vous des symptômes de votre sevrage de lactation précoce ? Alors je ne sais pas comment définir ça... est-ce qu'il y a vraiment des symptômes particuliers ?

Avez-vous la sensation d'avoir des désagréments liés à la montée laiteuse ? Non, je dirais que mes seins sont un petit peu plus retombés... en termes de poids... parce qu'ils étaient beaucoup plus tendus jusqu'à ce que je lui donne la tétée après. Là, ils sont beaucoup moins tendus, moins lourds, donc ouais je pense que le sevrage est en train de se faire.

(Explications de la montée laiteuse et des moyens pour ne pas la stimuler)

Pas de douleur, tension, chaleur, engorgement, écoulement... ? Non, justement... euh si écoulements j'en ai eu... Attendez que je ne dise pas de bêtises, je m'en suis rendu compte quand j'ai pris ma douche en fait. Dans le soutien-gorge, je me suis aperçue que j'avais eu quelques écoulements. Légers, au niveau du sein gauche donc celui que j'avais donné à la petite, mais bon c'était très léger. Par contre, je n'ai pas eu de douleur, je n'ai pas eu cette sensation très tendue que j'ai eu par contre toute la grossesse avant quoi. Par contre, elle a bu qu'une seule fois, mais sur le téton, on voit bien les traces où elle a tété (*rires*).

Avez-vous un traitement spécifique en cours ou prenez-vous des traitements antalgiques ? Oui, j'ai le traitement homéopathe, il est là (*elle va chercher son pilulier, me montre des tubes de belladonna 9ch, apis 9ch, bryonia 9ch et la prescription*). C'est 5 granules de chaque 3 fois par jour.

Qui vous l'a prescrit ? Bonne question... la sage-femme qui m'a vu le lendemain.

Quelles ont été ses recommandations ? (*elle lit l'ordonnance*) *Apis* matin midi soir... pour la tension mammaire. *Belladonna*, 5 gr 3 fois par jour toujours, si rougeur ou chaleur donc ça, je n'ai pas pris, et *Bryonia* si tension mammaire importante mais ça, c'est un peu flou quand même.

(Constatant que les tubes ne sont pas ouverts) Donc vous n'avez rien pris pour le moment ? Si, je les ai pris tout de suite, dès le lendemain quand on m'a dit de les prendre. J'ai pris *apis* et *bryonia* mais pas de *belladonna* car je n'ai pas constaté de rougeur ou chaleur.

Avez-vous d'autres traitements pour la douleur ? J'ai du tramadol pour ma déchirure, en complément du dafalgan. J'ai également du daflon pour les hémorroïdes.

D'autres traitements ? Du zoloft, mais ça, c'est ce que j'avais déjà d'avant ma grossesse. J'avais du fer mais je l'ai plus.

Concernant mon étude précisément, j'aurais besoin de savoir comment vous vous sentez, avec votre environnement ? (*d'un ton plus dynamique*) Pressée de sortir. Pressée d'être chez moi avec ma famille et mes filles. (*Pause*)

(*Je n'attends pas assez longtemps, je relance*). **Précisez** Qu'on se retrouve juste toutes les quatre, parce que ça fait un mois qu'on vit difficilement, à revenir aux urgences... problèmes de santé... est-ce qu'il y a une prééclampsie, est-ce qu'il n'y en a pas. Je suis rentrée chez moi, je suis revenue à l'hôpital, j'ai fait des œdèmes, je suis passée en soin intensif, enfin ça a été... y'a eu plus de 30 heures d'heures de travail... ça a été très très très difficile, on s'est même demandé si je n'allais pas y passer. Enfin ça a fini par une hémorragie, fin la totale. Donc, maintenant, on va bien toutes les deux donc c'est vrai j'ai qu'une envie, c'est de... un peu zapper le côté hospitalier là et dire allez, on tourne la page, on a réussi notre projet et maintenant on se retrouve toutes les quatre.

Alors vous êtes pressée de sortir, poursuivez... comment vous sentez-vous ici à l'hôpital ? Alors en soins intensifs, je me suis sentie très écoutée et très épaulée par les équipes qui étaient formidables. Aux urgences aussi à chaque fois qu'il y avait besoin. J'avoue par contre que quand j'ai atterri dans les services ici, euh... ça n'a plus rien avoir. Autant les sages-femmes sont formidables égales à elle-même, autant tout ce qui est...

(*Interruption, une ASH rentre justement dans la pièce pour déposer un plateau*)

Autant tous les à-côtés, tout ce qui est auxiliaires-puér', ménage etc. sont d'une froideur, enfin, ils ne sont pas humains. C'est vraiment, on passe d'un extrême à un autre. Ça va que je ne le prends pas sur moi entre guillemet, mais dès qu'on demande un petit truc, on sent bien qu'ils sont débordés de travail donc euh, ce n'est pas de leur faute forcément. Mais bon y'a des fois quand ils rentrent qu'ils déposent leur plateau et qu'ils ne prennent pas la peine de dire bonjour, fin je ne sais pas... ce n'est pas compliqué quoi.

C'est ce qui motive votre envie de rentrée chez vous également ? Non, parce que je m'y attendais parce que ma compagne a accouché il y a 4 ans, il y avait eu des complications aussi pour la petite qui avait eu des soins intensifs, parce qu'elle s'était retournée, elle avait bu du liquide. Et pareil en fait quand elle s'était retrouvée ici après les soins et l'accouchement, y'avait eu aussi une froideur des équipes vraiment dans ce service contrairement à la suite d'accouchement qu'elle a eu. C'est qu'en plus elle était séparée de son bébé qui était en soins et qu'ils n'en avaient rien à faire. C'est vrai que son plateau, quand elle osait demander « gardez le moi de côté jusqu'à 13 heures parce que je serai en soins intensifs avec ma petite, ça les saoulait quoi alors qu'on se dit bon, faudrait peut-être avoir un petit côté humain quand même. Je m'attendais à avoir un petit peu les mêmes choses mais je me suis dit ce n'est pas grave parce qu'on avait privilégié les soins en cas de complications. On s'est dit on a une bonne maternité très bien cotée qui a tout ce qu'il faut sur place et on n'en regrette pas notre choix du tout. Mais c'est clair qu'on ne l'a pas fait pour le côté humain.

Avez-vous des exemples précis du côté inhumain lors de l'hospitalisation ? Non, pas particulièrement. Non, je sais que quand on leur demande quelque chose, c'est compliqué quoi. Là il fait très chaud, y'a des chaleurs de malade. J'avais demandé juste un thermomètre pour pouvoir contrôler la température de la petite toute la journée pour enlever ou pas une couche... bon ils me l'ont amené à 20 h 30, et puis ça les a bien gonflé. Et quand j'ai sonné juste pour le demander, bon j'ai vu que ma compagne allait s'énerver, bon elle a pris sur elle, et elle a dit, « bah c'est bon, on l'a déjà prise ce matin la température ». Fin bon c'est pour me rassurer c'est vrai, mais bon la façon de présenter les choses... Il n'y a pas de tact.

Pourriez-vous m'expliquer le choix d'allaiter au biberon ? Alors en fait parce que notre situation étant particulière parce qu'on est deux femmes, on a fait donc une insémination, du coup ma compagne n'a pas de lien entre guillemet sanguin avec notre fille... ce qui c'était passé déjà le cas dans le sens inverse pour la grande. Et on avait des amies qui avaient allaité et qui avaient une relation très exclusive avec leur enfant et on avait vu que parfois le père était rejeté par l'enfant. Et en fait, ça, cela remonte à il y a 4 ans et S. (sa compagne) – vu que c'était notre première, et qu'on ne savait pas trop comment la petite allait nous appeler... fin c'était un peu flou — voulait surtout pas que je ressente une exclusion justement éventuellement si elle avait allaité la petite et vu qu'il n'y a pas de lien sanguin, et elle disait que ça va peut-être être dur pour toi à vivre. Donc du coup elle avait dit je fais ma tétée de bienvenue et on fera les biberons pour pouvoir vraiment d'emblée partager ce moment et que toutes les deux ont ait une place autant l'une que l'autre. Et il s'est avéré que c'était un très bon choix, avec L. (sa 1^{re} fille) du coup c'est vrai qu'elle a toujours été autant avec moi qu'avec sa maman, et on a dit on fait pareil avec L. (sa 2^e fille) dans l'autre sens parce que vraiment, bah voilà, comme elle n'a pas porté l'enfant c'est un plaisir pour elle de donner le biberon. Et pourquoi pas garder mon lait et prendre du lait artificiel j'imagine. Parce que euh, je ne me vois pas tirer mon lait comme une vache sincèrement, ce n'est pas du tout mon truc. Autant je voulais faire la première parce que je sais qu'il y a quand même plein de bonnes choses pour lui donner au départ... les anticorps etc., autant après c'était pas forcément un besoin ou une envie, j'étais un peu mal à l'aise avec ça de toute façon.

Alors pouvez-vous expliquer ces raisons plus personnelles ? Je pense que je suis pas à l'aise avec ça, avec mon corps, contact avec l'enfant... non je crois que c'est ma poitrine c'est un peu pas trop une partie de mon corps que j'apprécie... donc j'apprécie que voilà. J'me vois pas en plus l'utiliser dans cette fonction-là. Je suis mal à l'aise avec ça en fait...

En rapport avec qui êtes-vous mal à l'aise, vous, l'enfant, les autres ? Non, par rapport à moi. Les autres de toute façon ça aurait été (*elle fait mine de cacher son sein*) Non, c'est vraiment moi avec ma poitrine je ne suis pas très à l'aise. J'ai déjà une forte poitrine et je n'apprécie pas forcément ça... et le fait... le contact... c'est ouais, non j'ai un peu de mal... J'aime le peau à peau avec ma fille mais vraiment ce côté téter dans le sein pour se nourrir, ouais ça me bloque quoi... j'ai vraiment un blocage. Ouais l'utilisation de mon sein en fonction nourricière... ouais je sais pas...

(L'enfant se réveille. Elle le pose en face d'elle sur ses jambes repliées. Elle est très à l'aise, elles échangent des gazouillis)

Pourriez-vous me raconter votre accouchement ? Alors, moi je souhaitais faire au maximum un accouchement par voie basse. Je me disais, sinon, je ne le vivrais pas forcément bien. C'est un peu comme l'allaitement, si je passais par une césarienne, j'aurais été déçue. Donc c'est quelque chose que je souhaitais et les équipes ont été dans le sens là et c'est aussi pour ça que ça a été compliqué. C'est quelque chose qui me stressait. J'ai toujours eu envie de porter un enfant mais la grossesse ne m'inquiétait pas, c'était surtout l'accouchement qui me faisait peur. On a eu le temps de faire toutes les séances de préparations en cas d'éventuelles complications... heureusement, et l'haptonomie m'a bien aidé. Et finalement j'ai eu l'accouchement le plus euh, un des plus compliqués que je n'espérais même pas avoir, je ne pensais vraiment pas à point là. Bon, la prééclampsie elle avait été que

soupçonnée parce que j'avais des chiffres toujours très... j'étais toujours sur la frontière donc ce n'était pas sûr. C'est pour ça que je suis rentrée plusieurs fois chez moi, ensuite la sage-femme venait tous les deux jours chez moi. La tension était bonne le matin et puis il y avait des épisodes dans la nuit de tension d'un coup assez importante aussi. J'avais le sentiment qu'il ne se passait quelque chose dans mon corps de pas tout net. J'avais vraiment l'impression même si j'étais sur la tangente que c'était quand même ça. Et du coup ça m'a stressée car je connais les conséquences et l'importance que cela a si ce n'est pas détecté. Donc ça m'a bien angoissée, ma compagne aussi pendant 3 semaines. Et puis quand on rentrait et que tout le monde nous disait bon bah ça va aller... faut rester en alitement strict, etc. Et puis j'ai refait des œdèmes deux jours avant d'accoucher. À la base, je les avais qu'aux pieds et aux mains, c'est le jour où il faisait chaud donc. Normal. Et puis un matin je me lève et je n'arrivais plus du tout à plier les doigts... bon je me dis je vais quand même appeler la sage-femme pour savoir si... elle me dit je vous souhaite qu'une chose c'est d'accoucher. Elle dit ma foi, si ce n'est pas encore dans le visage ou quoi. Par contre, si vous voyez que cela arrive dans le visage vous allez directement aux urgences, vous allez voir. Et en fait le lendemain matin je me suis réveillée, je ne pouvais plus bouger la tête.

(Elle prend son bébé qui pleurniche et la pose face à elle sur ses genoux alors qu'elle est allongée)

Et là du coup ma compagne m'a dit, bah là, je t'emmène aux urgences. Et donc du coup je buvais 3 litres et je ressortais que 600, fin y'a eu des œdèmes. Ils m'ont envoyé faire un IRM d'urgence car ils se sont dit qu'on voulait vérifier qu'il n'y ait pas de thrombophlébite. Et après ils ont déclenché sauf que ça ne marchait pas. Ils ont déclenché d'abord avec un tampon.

(Sa fille gazouille, s'agite, elle s'en occupe, lui fait des vocalises)

Ensuite donc du coup ils ont fait ça à 10 heures du matin, ça n'a rien donné jusqu'à l'après-midi, du tout. J'étais à un doigt, mais cela depuis déjà un mois... ça n'a rien changé. Du coup, l'équipe là... ah oui, et c'est ça aussi qui était perturbant car d'une équipe à l'autre, elles n'étaient pas d'accord. Donc l'équipe là qui avait déclenché, bah elle avait dit, vu que y'a une prééclampsie et qu'on en est sûr, il est hors de question que vous passiez 30 heures de travail, c'est trop dangereux pour votre santé. Donc si ça ne passe pas avec le premier déclenchement, on vous emmène au bloc, on fait une césarienne et on ne prend pas de risque pour vous. Parce que pour le bébé, en soi n'avait pas de danger, il était à 38 semaines, il était fini. C'était vraiment pour moi qu'ils avaient peur. Donc nous, avec S., à savoir en même temps on mettait en place le sulfate de magnésium pour protéger le système nerveux. Donc c'est quand même stressant tout ça. Et donc l'après-midi, quand ils sont venus contrôler à 15 heures, c'est une interne qui vient voir et qui me dit, bah on va essayer du coup une deuxième méthode... AH bon, pourtant on m'avait pas dit ça ce matin (ton un peu plus énervé) Bah oui mais on va essayer quand même. Ah bon. Du coup ils ont essayé la deuxième méthode et là ça a duré... ouhla, que je ne dise pas de bêtise, au moins jusqu'à 20 heures

(La petite s'agite, elle lui parle, fait des vocalises)

Et oui, ça devait être jusqu'à 20 heures et en fait elle m'a examiné à peu près toutes les heures. C'était toujours à 1. Elle a percé la poche des eaux à 17 h 30, et après le col était à 2 ; Donc voilà et puis du coup, l'anesthésiste passe me voir à 19 h 45 en me disant bah écoutez, le bloc, y'a quelqu'un, y'a une fin d'intervention, vous allez en césarienne après, bon d'accord ok, moi je m'y étais préparée, c'est ce qui va arriver. Et la sage-femme qui prend son poste à 20 heures se présente etc., et se dit bah je vais refaire un examen tout de suite. Et là j'étais à 3. Et là elle me dit bah non, on ne va pas au bloc, on va continuer... alors moi, fin, fatiguée parce que ça faisait déjà plus de 24 heures, je lui dis, bah j'aurai plus la force, enfin, je n'ai pas mangé, je n'ai pas bu depuis 24 heures, je suis épuisée, si je gagne 1 cm toutes les 10 heures... et puis je ne comprends pas parce que l'anesthésiste de ce matin ne voulait surtout pas que je travaille. Donc là j'avoue moi j'étais perdue. S. (sa compagne) pareil. Alors là, elle me dit, moi j'aime les choses naturelles, on va essayer de respecter votre souhait, et puis si ça se

trouve on va y arriver. Et puis voilà, on va voir, si dans deux heures, il ne se passe rien... et en fait les choses se sont débloquées derrière. C'est-à-dire qu'effectivement, bah la petite a commencé à descendre correctement dans le bassin, et d'heure en heure, c'est vrai que cela se dilatait. Et finalement, ça va être par voie basse. Et j'ai accouché à 2 h 15. À savoir qu'au départ j'ai poussé à minuit parce qu'elle était déjà bien descendue et ça bloquait un peu et le problème c'est que j'étais extrêmement fatiguée et je n'ai pas pu forcer à cause de la prééclampsie. Elle m'a dit, faut pas que je pousse plus de 5 ou 6 fois sinon, ça va poser problème. Elle m'a laissé me reposer une heure parce que comme la péridurale été que d'un côté et que j'étais déclenchée donc avec des contractions toutes les minutes, c'était très compliqué de se reposer. Donc l'anesthésiste a mis une dose plus forte et S. mettait des bolus régulièrement pour que j'essaie de fermer les yeux un peu.

(Un ash entre pour récupérer un plateau)

Et donc du coup, la sage-femme est revenue une heure après, j'avais réussi à me reposer. J'ai fait tout ce que Murielle m'a dit pour l'haptonomie et ça m'a été d'un grand secours parce que moi qui faisais des pics de tension, après 3 jours de travail, euh 30 heures, y'a pas une fois où je suis montée au-dessus de 12/7. La petite, dès qu'elle s'affolait entre guillemet, le cœur et ce n'est pas arrivé souvent, vraiment avec elle, je zappais même S.. J'étais dans ma bulle, avec la petiote, rien que de toucher, de l'aider à descendre... ce qui fait que le travail avançait vite. Et son cœur, d'emblée, et S. me disait c'est sidérant, vous étiez qu'à deux, quand elle regardait les battements du cœur du bébé, c'était un vrai travail d'équipe. Et quand j'ai repoussé une heure après, je n'y arrivais toujours pas. Lors j'ai demandé, je pousse mal ? et on m'a rassuré, non non, vous poussez très bien, et en fait c'est moi qui apparemment avais un problème au niveau de l'utérus qui était en V, donc en fait on ne le savait pas et en fait sa tête était bloquée. Et donc la sage-femme m'a dit, bah on aura beau vous faire pousser, on ne pourra rien faire. Donc, ils ont arrêté, ils ont dit on va appeler le médecin parce qu'on va avoir besoin d'une ventouse. Donc ils m'ont dit, gardez vos forces parce qu'il va falloir pousser pour aider le médecin à la sortir. Donc j'ai repoussé, sauf qu'à la première ventouse, comme elle était quand même bien bloquée, c'est la ventouse qui est partie toute seule et le médecin a valdingué. Donc ils m'ont fait une deuxième fois avec beaucoup de difficultés pour la sortir parce qu'elle était vraiment coincée. Et après c'est bon elle était sortie à 2 h 15. Donc ils l'ont posé sur moi. L'après-midi en plus, ils nous avaient informés que le liquide était vert, donc comme pour la grande. Donc S. a récupéré la petite donc parce qu'au départ comme moi, j'avais 9 médecins autour de moi, La sage-femme a bien pris les choses en main pour s'en occuper de la petite comme nous avait prévenu Murielle. S., elle a dit, non non, c'est bon, je peux la porter. C'est elle qui l'a habillé, elle a fait du peau a peau toute suite parce que moi j'ai pas pu le faire vu qu'ils étaient en train de s'occuper de moi. Donc la petite est restée sur la même ligne de conduite au niveau des puls', elle n'a rien ressenti de mal de l'accouchement en fait. Et pendant qu'elle était sur son autre maman, bah moi qui suis du milieu, j'ai commencé à voir deux autres médecins qui débarquaient en plus, l'anesthésiste, chef de service... je me suis dit, ohlala, qu'est-ce qu'il se passe, je les entendais... là elle a perdu 500 ml en 10 minutes de sang euh y'a un caillot, y'a machin. Donc ils ont recousu en urgence la déchirure, parce qu'il y avait eu une déchirure avec la ventouse du coup. En urgence pour voir si c'était juste ça ou s'il y avait eu autre chose, donc ils ont vu que ce n'était pas ça. Donc un grand branle-bas de combat en plus pour terminer ou là je me suis dit, là j'étais vidée, fatiguée d'avoir poussé plusieurs fois du coup... pendant 30 heures de travail... là je me suis dit, non mais ce n'est pas possible, je ne vais pas m'en sortir quoi... (*Rires jaunes*) Et non, non, finalement on a réussi... Donc l'accouchement vraiment... très éprouvant.

(Grande émotion, la patiente pleure, nous revenons sur sa frayeur, ses craintes au moment où elle a vu les médecins s'affoler pendant l'hémorragie)

C'est bien, ça sort, ce n'était pas sorti encore. Par contre l'accouchement, pour la petite, je me suis dit, mais heureusement qu'on a fait l'haptonomie, parce que je pense que si on n'avait pas fait l'haptonomie, je pense que moi j'aurais été dépourvue de ce que j'aurai pu faire pour moi et pour elle.

C'est vrai que grâce à ça, on a vraiment pensé à nous deux, c'est-à-dire que cela se passait bien pour toutes les deux.

Avez-vous ressenti de la panique ? Non, parce que j'étais centrée avec elle, pour elle. Même après l'expulsion, je pensai à la petite qui est restée en salle avec S., et du coup je voyais le peau à peau, alors ça m'a aidé à me dire ça va aller.

Votre traitement Zoloft, vous l'avez depuis quand ? J'avais fait une grosse dépression, il y a deux ans. On devait l'arrêter en début d'année car je suis encore suivi par un psychiatre mais ça va très bien. Vu que je suis tombée enceinte, elle me disait bah, écoutez, on va peut-être le garder. On voulait l'arrêter à la base au début d'année car je n'avais plus que deux comprimés. On avait le projet d'insémination ensuite mais qui a fonctionné du premier coup. Elle m'a dit bon avec le changement des hormones, on va peut-être ne pas forcément prendre de risques. Ce serait dommage d'être enceinte et d'être perturbée avec les hormones. Donc elle m'a dit, autant qu'on l'arrête quand la petite sera née. Donc en fait, on va l'arrêter d'ici un mois ou deux.

Si vous le souhaitez, pourriez-vous me parler de l'élément déclencheur à votre dépression ? En fait c'était un burn-out de 30 ans de vie. Non, en fait, j'avais une vie un peu compliquée. Et ça s'est traduit que je n'extériorisai pas les choses par des achats compulsifs. Les dépenses, les dettes compulsives, assez importantes, donc à un moment donné, j'ai à un moment donné, pas explosé mais j'ai tout révélé car j'étais dans une situation compliquée, pour justement enfin me débarrasser de tout ça au fond de moi et voilà, c'est ce qui s'est fait parce que ma vie maintenant elle va très bien fonctionner. Je n'ai quasiment plus de traitement, je vois la psy juste une fois par mois parce qu'elle voit l'évolution avec la grossesse, avec la grande tout simplement.

Qu'avez-vous ressenti pendant la tétée d'accueil ? Alors j'avais peur un petit peu au début parce que ce n'était pas mon truc à la base. J'avais dit je le fais surtout pour son bien. Et en fin de compte, avec toutes les complications qu'il y a eues, j'ai apprécié ce moment du coup. Déjà parce que je pensais que je ne pourrai pas le faire. Je me suis dit que j'allai être transférée en soins. Je n'aurai pas le temps de la faire, ou les circonstances vont faire qu'ils vont me dire que ce n'est pas possible. Comme L. (sa première fille) quand elle a été en soin du coup d'office ça a été le biberon donc elle n'avait pas pu la faire. Et S., elle n'a pas pu la faire et elle m'a dit qu'elle avait regretté parce qu'on ne lui avait pas laissé le choix finalement. Et elle m'a dit, fait attention, t'auras peut-être envie de la faire finalement. Et effectivement, ça a été un moment, je ne regrette pas au final parce qu'elle a tété comme une grande direct et puis ça a été notre premier lien physique quoi donc, très très bon moment. Ça s'est fait naturellement.

Au niveau de vos atcd mammaire/gynéco, des maladies récurrentes, une vulnérabilité ? Non, quelques rhino mais pas de gros problèmes de santé. Je suis assez solide généralement.

Avez-vous d'autres symptômes actuellement en dehors de la sphère gynécologique (diarrhées.) ? Les complications liées à la déchirure qui forcément, aie aie aie quand n s'assoie et quand on se lève. D'où le traitement par tramadol que je prends. Mais non, non, je n'ai pas du tout de complications. Et au contraire j'ai même vraiment dégonflé, le transit à repris au bout de 24 heures normalement. Derrière l'accouchement, toutes les complications se sont envolées. (rises)

Quand on dit la guérison c'est l'accouchement, et c'est vraiment ça.

La deuxième maman S. arrive avec leur fille L.. Nous interrompons l'interrogatoire qui était de toute façon terminé. Elle me présente à sa famille. La patiente m'invite à revenir le lendemain si j'ai besoin d'informations complémentaires. Elle est satisfaite et n'a pas été gênée par mes questions. C'était le bon moment pour elle car elle était disponible et que la petite était calée sagement et tranquillement contre elle.

Annexe 12 : Verbatim patiente 2

Accouchement à 10 h 08.

Ablactation à 10 h 08.

Durée de l'entretien : 15'15.

Entretien à J +2 à 12 h 30.

Elle est assise à sa table. Son bébé dort tranquillement loin derrière elle. Elle semble sereine et remise de son accouchement. Elle vient de terminer son repas. Elle affiche pourtant d'emblée une réticence lorsque je lui propose de l'interviewer, parce qu'elle, « c'est un cas ». Je la rassure en lui précisant que plus c'est bizarre, et plus j'apprécie. Elle me confie alors que son problème, c'est qu'elle n'a pas de lait, que c'est son troisième enfant, et toujours rien...

Je cours chercher mon enregistreur et nous commençons l'interview. Je lui précise en rentrant que l'entretien sera entièrement anonyme. Elle se posait justement la question. Cela la rassure.

Quel âge avez-vous ? J'ai 31 ans.

Votre taille ? 1m70.

Votre poids avant la grossesse ? 58.

Votre profession ? Réceptionniste en hôtellerie, en congé parental.

Et donc, c'est votre troisième enfant ? Oui.

Y a-t-il a eu d'autres grossesses qui ont échoué ? Non.

À quel terme avez-vous accouché ? Là je suis à 38+6 et j'ai eu 3 césariennes en tout.

Y a-t-il a eu une tétée d'accueil ? Là je l'ai pas faite, je l'avais faite pour les autres mais pas pour celle-ci.

Donc aucune stimulation des mamelons ? Non. Là je l'ai pas faite parce qu'en fait j'ai jamais de lait. J'ai essayé donc deux fois avant et ça ne fonctionne pas. Ça me fait plus mal qu'autre chose donc j'ai abandonné.

Avez-vous tout de même des symptômes de montée laiteuse ? Bah non, je ne sens rien du tout. On m'a dit que normalement je devais sentir quelque chose. Mais moi je n'ai pas de ressenti.

Pas de douleur, tension, picotement, chaleur, réaction locale, ganglions ? Non rien du tout.

Avez-vous un traitement spécifique en cours ou prenez-vous des traitements antalgiques ? Ils m'ont donné du dafalgan et du... je sais plus... *(Elle se lève pour aller consulter son pilulier)* du profenid.

Comment vous sentez-vous, avec votre environnement, avec le personnel ? *(D'un ton un peu plus impliqué)*. Bah moi je me sens bien. Après, au niveau de l'équipe je n'ai trop rien à dire. Ici ça se passe bien. Sauf que je trouve qu'ils ont changé l'organisation. Un coup on est suivi par telle personne après on est suivi par d'autre personne, après on revient aux personnes d'origine.

Pause (Une infirmière rentre dans la chambre pour des soins, nous interrompons l'interrogatoire pendant 5 minutes)

Ce que je disais c'est qu'en fait, je trouvais bizarre c'est l'organisation maintenant. Parce que quand je suis arrivée j'étais suivie par UN service. Après on m'a dit que pendant 24 heures j'allai être suivi par

un AUTRE service. Puis REPRIS par le service de base. Je trouve que c'est un peu bizarre quoi. Parce que ce n'était pas comme cela avant.

Pourriez-vous préciser ce que changement implique pour vous ? Bah fin, après c'est pas que ça implique beaucoup mais c'est quand même bien quand on est suivi toujours par les mêmes personnes, on sait où se diriger. Parce que la par exemple la petite elle a été suivie pendant 24 heures par l'Unité Kangourou. Du coup il fallait donc pour elle que je demande qu'ait l'unité kangourou quand j'avais besoin et après il fallait que je demande aux autres quand ils l'ont ressorti. Bah je trouvais que c'était un peu dommage quoi. Mais sinon, bon ça fait pas grand-chose mais, j'aurai bien aimé que ce soit le même suivi en fait tout le long, ça aurait été quand même plus facile, qu'il y ait des personnes qui s'occupent par exemple des bébés et d'autres de nous quoi... (*petite pause*)

Moi je trouve qu'on a un peu trop de personne. Mais sinon, après tout le monde est gentil, tout ça se passe bien fin je veux dire euh, le côté là il est bien. Mais le côté suivi grossesse est plus compliqué qu'une fois qu'on a accouché.

(Confusion). Ah, vous parliez de l'organisation de quoi exactement, des consultations également ? Non, non, non, pour ici en fait. Je trouve que tout le monde est bien sympa, c'est quand même bien organisé même si on n'a pas de référent. Le problème ici, c'est qu'on sait pas trop à qui s'adresser. Mais quand on est suivi ici pour les grossesses, c'est un peu le bordel quoi. (*rires*).

Et vous gardez le moral ? Ah oui oui oui, moi j'ai le moral. Et en même temps bon euh, j'suis habituée maintenant donc euh, pas trop de soucis.

Les autres expériences ont-elles été plus difficiles ? La première fois, on sait pas trop comment que ça va se passer, donc bah, c'est un peu plus dur, mais une fois qu'on l'a fait une fois et puis qu'on voit que cela se répète, on sait où on va.

Le choix de ne pas allaiter au sein est – il dut uniquement à cette absence de lait ? Alors en fait, la première fois je ne savais pas que je n'aurai pas de lait donc j'ai voulu essayer et j'ai échoué parce qu'en fait on m'avait pas bien expliqué. Et la petite, elle m'avait fait avoir des crevasses, ça m'avait fait mal donc j'ai arrêté. Et en plus, je voyais que le lait ne venait pas. Et la deuxième fois pour mon fils je me suis dit je vais retenter, parce qu'on m'avait dit ce n'est pas parce que ça marche pas une fois que ça peut pas marcher une deuxième fois, alors du coup j'ai réessayé et ça marchait pas non plus alors elles se sont acharnées à me faire avec les tire-lait et ça m'a fait mal et ça m'a bloqué parce que je voyais que le petit il avait vraiment faim et puis y'avait rien. Donc du coup moralement ça m'a bloqué. Donc du coup là j'ai dit bah je n'essaye pas.

Aviez-vous une envie d'allaiter au départ ? Non, en fait j'avais envie de voir, de connaître ce que cela faisait. J'avais envie d'essayer, bah, un peu comme tout le monde quoi, pour voir ce que cela faisait pour une maman. Et puis en même temps, je m'étais dit bah, c'est vrai qu'on dit toujours que c'est un petit plus pour l'enfant. C'est bénéfique pour lui. C'est quand même mieux que le lait. Mais bon finalement c'est comme ça et ça ne me pose pas de soucis.

Donc pour résumer, c'est parce que vous avez de mauvaises expériences de vos allaitements précédents que vous avez choisi de ne pas allaiter ? Voilà, et puis surtout je n'ai toujours pas de sensations, je n'ai rien, donc je me dis que ça sert à rien, j'aurais été au même échec. Donc au moins, je préfère, là, elle a ses biberons, je sais qu'elle boit et je suis tranquille, je suis plus sereine.

Donc pour les précédentes fois, ce qui avait été difficile c'est l'impression que le bébé n'était pas nourri ? Oui et (*avec un peu de nervosité*) puis surtout j'avais quand même dit que je ferai mixte pour mon fils et on a vraiment voulu s'acharner à ce que j'arrive à avoir du lait. Donc on a insisté sans arrêt avec le tire-lait. Et franchement ça fait MAL. Et puis j'avais l'impression qu'elles insistaient plus comme si c'était une bagarre de leur côté plutôt que moi de réussir. Et ça, je n'ai pas apprécié. Après,

je ne pense pas que c'était méchant de leur part. Loin de là. Mais moi j'avais l'impression qu'elles se battaient plus que moi. Et donc ça m'a bloqué.

Vous souvenez-vous des symptômes physiques que vous avez eus lors de vos premières expériences ? Bah j'ai eu des crevasses la première fois. Bon, j'avais quand même pris des seins, mais de quoi ? Ça, je ne sais pas si ça pouvait être expliqué par du lait. Je n'en sais rien. Que là, cette fois-ci, non seulement, j'ai pas de lait, mais en plus j'ai pas pris.

Avez-vous des atcd particuliers au niveau mammaire ? Non.

Des pathologies récurrentes ? Quand j'étais petite, je faisais des angines.

Des problèmes lors de la conception ? Enfin je demande mais bon j'imagine votre réponse du fait que vous avez déjà 3 enfants à 31 ans... Vous savez, J'ai quand même mis 18 mois pour avoir la première, mais c'était apparemment un blocage moral on va dire.

Précisez... C'est-à-dire qu'on avait pas mal de soucis, donc je pense que le corps, il avait décidé qu'il y avait d'autres choses à faire avant. Parce que j'ai mis beaucoup de temps c'est vrai. Et que les autres après en 5 mois ils étaient là. Je suis loin d'être une poule hein ! (*rires*)

Des problèmes lors de vos accouchements ? Ça va, je n'ai pas à me plaindre mais si c'était trois césariennes. Celle-ci était programmée. La première, j'étais à J +6 et j'ai été déclenchée au tampon, qui m'a fait avoir une hémorragie. Et après la petite était en souffrance, donc du coup ils m'ont fait une césarienne en urgence. Et pour mon fils après, c'est moi qui aie demandé, parce que le travail n'avancait pas non plus, bien que j'ai été perfusé pour déclencher, ça fonctionnait pas. En fait mon col, il est fainéant, une fois qu'il est à 2 ou 3 cm, il ne s'ouvre pas plus. Donc c'est pour cela que là on n'a pas essayé.

Pourriez-vous préciser votre césarienne en urgence ? J'étais un petit peu perdue, et puis évidemment, de savoir que je faisais une hémorragie, ça m'a fait un petit peu peur. Mais bon, j'étais quand même bien prise en charge. Ce qui m'a fait un peu peur c'est que la petite s'est mise à être un peu en souffrance, et on m'a mis sous oxygène et on m'a fait attendre, et seulement après on s'est décidé de m'amener au bloc, alors j'ai trouvé que c'était un petit peu long. Parce que j'ai perdu le tampon à 22 h 30 et ma fille est née qu'à 3 h 15, donc c'est vrai que j'ai trouvé que c'était un peu long. Mais j'ai pas eu le temps d'avoir peur de ma césarienne, parce que dans ces moments-là, comme on est inquiet, la seule chose qu'on veut c'est le bébé, donc quoi qu'ils me faisaient, je me suis rendu compte un peu de rien.

Avez-vous d'autres symptômes actuellement (migraine, douleur, diarrhées...) ? Non, j'ai pas plus de problèmes que ça franchement, je suis assez contente, j'ai eu trois bonnes césariennes. Ça s'est assez bien passé. Je me remets assez vite, j'ai la chance là. (*Elle change de sujet spontanément*) Bon mais maintenant, là c'est ma troisième, et je veux plus d'enfants parce que je veux plus prendre de risque. Et je sais qu'avec les césariennes à répétition, ça peut être risqué, donc je sais que pour ça, j'aurai plus d'enfants. Mais bon, en même temps, je me dis qu'on vit dans un monde aujourd'hui où 3 enfants c'est très bien. Donc je le vis bien. Certaines ont du mal mais moi ça va bien quoi.

Voilà, c'est fini, je vous remercie de votre contribution à l'étude, c'était intéressant... A bah ça va, ce n'était pas trop long. Et puis, vous êtes tombée sur un CAS !!!

(J'éteins alors l'enregistreur mais elle revient spontanément sur le thème de départ)

Ce qui me choque, c'est le bordel quand on va en consultation pour la grossesse. Et puis, il n'y a que deux soignantes, et ce n'est pas assez. C'est même dangereux. Quand j'ai eu ma césarienne pour ma première grossesse, j'ai eu la péridurale, mais il y avait très peu d'anesthésistes. À côté, la dame hurlait de douleur. Ça m'a vraiment choquée. Au final, comme j'ai été opéré, ils auraient mieux fait

de lui faire à elle. Avec du manque de personnel comme cela, il peut y avoir des morts. Les gens dans les bureaux, je ne sais pas ce qu'ils ont dans la tête. Ils ne se rendent pas compte ou quoi. En plus, avec tous les gens qui aimeraient bien travailler et qui ne trouvent pas de travail... Le problème c'est que le personnel est bloqué...

Ah j'oubliais, avez-vous été confrontée à de mauvaises expériences d'allaitement ? *(je relance l'enregistreur)* Eh bien non bizarrement, moi j'ai mes cousines, elles, elles ont allaité. J'ai même une cousine, jusqu'à trois ans elle donne encore le sein. Je lui ai dit il faut arrêter, mais en fait, elle aimait bien et puis elle avait du lait... alors le gamin, hop, il y allait. Mais moi, non.

Bon après c'est vrai que je n'en parle pas trop et puis je n'ai pas beaucoup beaucoup de monde autour de moi. C'est pour ça que je dis toujours que je dois être vraiment un phénomène rare quelque part, je n'ai jamais entendu ça de nulle part...

Impressions :

L'interrogatoire est facile à diriger. Elle répond de façon honnête sans déborder. Elle n'est pas anxieuse. Les idées sont un peu confuses quand elle critique le personnel, elle prend d'ailleurs soin de choisir son vocabulaire et affiche une certaine dignité. Elle se borne à critiquer l'effet d'avoir un groupe en face d'elle car elle aurait préféré avoir un seul référent.

Elle n'allait pas car c'est un cas. Elle est persuadée de ne pas avoir de lait et ne supporte pas que les autres se battent pour elle.

Dans le dossier :

Traitement :

Morphine rachianesthésie, dafalgan 1*4 profenid 50*3 lovenox40 1/j, rophylac.

	J0	J1	J2	J3
EVA	0	0	0	
ETAT PSYCHIQUE	Bon	Bon	Bon	
SEINS	Souples AA	Souples AA	Souples AA	
UTERUS	BRU Tonique	BRU	BRU	
LOCHIES	SN	SN	SN	

Annexe 13 : Lettre d'information

Madame,

Vous allez nourrir votre enfant au biberon, et nous travaillons à améliorer notre accompagnement et à limiter les désagréments liés à ce sevrage précoce. La montée de lait est un phénomène physiologique qui survient chez toutes les femmes après l'accouchement. La montée de lait est entretenue par la tétée de l'enfant, mais elle survient également à minima lorsqu'il n'y a pas d'allaitement au sein. Lors de la montée de lait, des désagréments peuvent apparaître, tel que des douleurs, des tensions mammaires, un engorgement...

Les traitements utilisés jusqu'en 2013 pour la prise en charge de la montée de lait étaient notamment le PARLODEL® (bromocriptine). Ils n'ont plus d'autorisation dans cette indication.

Aujourd'hui, on sait qu'une absence de stimulation des mamelons et une non-présentation de votre enfant au sein suffiront à réduire les symptômes gênant du sevrage.

Julie Giacometti (numéro de téléphone), médecin généraliste, vous propose de participer à une étude dans le cadre de son travail de THÈSE de médecine générale.

L'objectif de notre étude est d'évaluer la pertinence d'une alternative homéopathique au sevrage précoce de la lactation en analysant vos besoins de soins.

Dans ce but, l'étude à laquelle il vous est proposé de participer consistera à répondre à un questionnaire d'une dizaine de questions (temps d'interview estimé à 20 minutes)

L'étude se déroulera de la façon suivante :

Après cette information, si vous le souhaitez, nous commencerons l'enquête qui sera enregistrée et retranscrite afin d'être analysée.

Nous vous attribuerons un numéro d'anonymat qui protégera entièrement l'analyse de vos données.

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et gratuite.

Votre refus de participer n'aura aucune conséquence sur le type et la qualité de votre prise en charge, ainsi que sur les relations avec le personnel soignant. Si vous acceptez, vous pouvez à tout moment quitter cette étude sans avoir à vous justifier et sans conséquences.

Annexe 14 : Schéma récapitulatif de l'étude quantitative initiale

Figure 6. Schéma récapitulatif des données recueillies pendant l'étude



VU

NANCY, le **3 février 2016**
Le Président de Thèse

NANCY, le **4 février 2016**
Le Doyen de la Faculté de
Médecine

Professeur Olivier MOREL

Professeur Marc BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/ 9068

NANCY, le **5 février 2016**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE,

Professeur Pierre MUTZENHARDT

RÉSUMÉ DE LA THÈSE

J'ai pu mettre en évidence, par ce travail, qu'il n'est pas possible actuellement d'introduire l'homéopathie classique hahnemannienne à l'hôpital au moyen d'une aide à la prescription pour le traitement des désagréments de l'ablactation telle que je l'avais conçue.

En choisissant d'aider le prescripteur hospitalier dans cette médecine qui leur est méconnue, j'ai répondu à une demande dans ce sens, aussi bien de la part des professionnels que des usagers.

Or, du fait des compromis, quant aux concepts fondamentaux homéopathiques, pour tenter d'acclimater l'« homéopathie classique hahnemannienne » à l'hôpital, j'ai observé sa dénaturation progressive, qui conduit à un diagnostic approximatif et à une homéopathie, à mon avis, moins puissante. C'est ce que l'on nomme l'« homéopathie éclectique ».

En effet, en testant cette « aide à la prescription », j'ai observé lors de mes entretiens, qu'en restant focalisée sur l'ablactation, je n'avais pas mis à jour de symptômes rares, bizarres et particuliers intéressant la recherche homéopathique.

De nombreux symptômes, parfois même essentiels, avaient été mis de côté pendant l'entretien puisqu'ils ne correspondaient pas à ceux présents dans mon aide. J'avais au final refoulé au fur et à mesure tous les symptômes caractéristiques de la patiente, pour ne retenir que les symptômes les plus communs et banals de l'ablactation comme ceux de l'inflammation mammaire.

J'ai été amenée à poser dans chaque cas un diagnostic de remède homéopathique parmi les seize que j'avais sélectionnés. J'ai ensuite soumis ces résultats à des homéopathes-conseils, lesquels, à ma grande surprise, n'ont absolument pas confirmé mes choix et ont proposé des remèdes ne se trouvant pas dans ma liste. Imaginez ma perplexité. Certains m'ayant même dit : « *cette personne a bien des symptômes du remède que tu as choisi, mais il n'a pas l'esprit du remède !* ».

Ma démarche à partir d'une sélection de remède extrait de rubriques du répertoire était fallacieuse. Mon « aide à la prescription » faisait préjuger le soignant et le conduisait dans l'erreur. Les symptômes nosologiques fixent la patiente dans une vision réductrice, une particularité n'exprimant pas sa singularité. Il n'y a pas de protocolisation possible pour observer la singularité des patientes. C'est une expérience clinique unique.

TITRE EN ANGLAIS : Opportunities for introducing classical homeopathy in hospital for the treatment of disturbances of stop breast-feeding

THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2016

MOTS-CLEFS : Homéopathie, Ablactation

INTITULÉ ET ADRESSE :

UNIVERSITÉ DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54 505 VANDOEUVRE-LES-NANCY CEDEX