



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-memoires-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>

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

**Inhibition non médicamenteuse de la
lactation : Qu'en est-il au retour à domicile ?**

*Étude observationnelle prospective auprès de patientes de trois maternités de
Lorraine ayant fait le choix d'un allaitement artificiel entre le 30 Juin et le
30 Novembre 2014*

Mémoire présenté et soutenu par

KLEIN Laura

Directrice de mémoire :

BERTRAND Murielle, Sage-Femme enseignante

Promotion 2015

Université de Lorraine

École de Sages-Femmes

de

NANCY

**Inhibition non médicamenteuse de la
lactation : Qu'en est-il au retour à domicile ?**

*Étude observationnelle prospective auprès de patientes de trois maternités de
Lorraine ayant fait le choix d'un allaitement artificiel entre le 30 Juin et
le 30 Novembre 2014*

Mémoire présenté et soutenu par

KLEIN Laura

Directrice de mémoire :

BERTRAND Murielle, Sage-Femme enseignante

Promotion 2015

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Murielle BERTRAND, sage-femme enseignante, pour sa disponibilité tout au long de la préparation de mon mémoire, et son aide précieuse.

Je remercie également Claire BLANC, sage-femme experte de ce mémoire, et Jeanne FRESSON, docteur en épidémiologie au CHRU de Nancy, pour leurs avis et conseils indispensables à l'avancée de ce travail de recherche.

Je remercie aussi ma famille pour son soutien durant toutes mes études.

Merci à Aurélien de m'avoir supporté au quotidien et épaulé durant toutes ces années.

Un grand merci à mes collègues et amies de promotion pour ces 4 merveilleuses années passées avec vous.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS.....	2
ABRÉVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
DES MOYENS SYMPTOMATIQUES AU SECOURS D'UNE CONGESTION MAMMAIRE.....	5
TRAITEMENTS INHIBITEURS DE LA LACTATION : UNE SYSTÉMATISATION.....	7
UNE PRISE EN CHARGE NON SANS RISQUES.....	7
CONTROVERSE AUTOUR DE LA BROMOCRIPTINE : REMISE EN CAUSE ET ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	8
ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ABLACTATION.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	11
HYPOTHÈSES.....	11
OBJECTIFS.....	11
TYPE D'ÉTUDE.....	12
DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	12
POPULATION.....	13
VARIABLES RETENUES.....	14
STRATÉGIE D'ANALYSE.....	14
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	15
RÉSULTATS.....	16
EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ À J3.....	17
EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ À J21.....	23
COMPARAISON DES VARIABLES DE L'ÉTUDE.....	29
ANALYSE ET DISCUSSION.....	31
RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	31
ANALYSE DES HYPOTHÈSES.....	34
DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	36
POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	41
LIMITES ET BIAIS.....	41
PERSPECTIVES.....	42
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
TABLE DES MATIERES.....	50
ANNEXES.....	52

ABRÉVIATIONS

- AINS** : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien
- AM** : Allaitement Maternel
- AMM** : Autorisation de Mise sur le Marché
- ANSM** : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé
- CNGOF** : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- EMA** : Agence Européenne du Médicament
- EN** : Échelle Numérique
- EPP** : Entretien Prénatal Précoce
- HAD** : Hospitalisation A Domicile
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Études Économiques
- ITG** : Interruption Thérapeutique de Grossesse
- MFIU** : Mort Fœtale In Utero
- PNP** : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
- PRAC** : Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance
- PRADO** : PRogramme d'Accompagnement de retour à DOmicile
- RCP** : Résumé des Caractéristiques du Produit
- SA** : Semaine d'Aménorrhée
- VIH** : Virus de l'Immunodéficience Humaine

INTRODUCTION

La lactation est un phénomène physiologique chez la femme qui vient de donner naissance à son enfant. Elle permet la production de lait par les glandes mammaires qui débute au 6^{ème} mois de grossesse [1]. Dans un premier temps, du colostrum est sécrété. Ce n'est qu'à partir du 3^{ème} jour du post-partum qu'a lieu la sécrétion lactée [2]. Les femmes sont alors exposées à une congestion mammaire regroupant divers signes cliniques tels que des seins gonflés, chauds, sensibles et tendus ainsi qu'une douleur et un fébricule passager parfois associés [3].

En France, 30,9% des femmes choisissent un allaitement artificiel pour leur enfant venant de naître [4]. C'est donc autant de patientes concernées par l'inhibition de la lactation dans le post-partum immédiat.

Des moyens symptomatiques au secours d'une congestion mammaire

Plusieurs essais cliniques montrent qu'en l'absence de stimulation mamelonnaire, la lactation est inhibée naturellement et sans inconvénients dans 60% à 70% des cas [2,5,33].

Cependant, pour les patientes présentant tout de même une congestion mammaire, les symptômes peuvent être inconfortables voire douloureux. Elles sont alors exposées au risque de développer des complications en l'absence de prise en charge. Ces dernières sont identiques à celles pouvant survenir au cours d'un allaitement maternel : douleurs, engorgement, mastites, abcès du sein [6].

Ainsi, depuis plusieurs années, des auteurs proposent des méthodes non pharmacologiques pour la prise en charge de la congestion mammaire dans le cadre de l'inhibition de la lactation [7,8].

Parmi elles, la principale est la non présentation de l'enfant au sein, et par conséquent l'absence de tétée de bienvenue.

On retrouve également :

- **Le port d'un soutien-gorge adapté**, qui permet d'éviter toute stimulation et situation d'inconfort liée à une tension mammaire éventuelle
- **L'application de glace sur les seins**, qui permet de limiter le phénomène inflammatoire
- **La chaleur** par cataplasmes de chaud (compresses chaudes)
- **La phytothérapie**, qui se base sur l'effet des principes actifs naturels retrouvés dans les plantes. Plusieurs plantes peuvent être utilisées dans ce cas : les fleurs de Jasmin aux propriétés calmantes et apaisantes, les feuilles de choux vert aux vertus anti-inflammatoires et analgésiques, le persil qui permet de faciliter l'élimination des œdèmes, et le cerfeuil à l'effet décongestionnant
- **Les cataplasmes d'argile**, minéral riche en sels minéraux et oligoéléments aux propriétés anti-inflammatoires
- **L'acupuncture** qui permet d'améliorer la symptomatologie des complications d'une congestion mammaire [9]
- **L'homéopathie**, dont certaines souches auraient pour effet de limiter la sécrétion lactée : Ricinus communis 30CH, Prolactinum 30CH et Phytolacca Decandra en très basse dilution [10]. Leur efficacité n'a cependant pas été démontrée.

L'association de ces méthodes non pharmacologiques à des antalgiques oraux et locaux permet d'améliorer la prise en charge de l'ablactation par soulagement de la douleur et de l'inflammation. Ainsi, le paracétamol, les anti-inflammatoires et/ou une pommade antalgique se révèlent être efficaces dans le traitement analgésique de la congestion mammaire.

De plus, un schéma homéopathique a été étudié par certains auteurs dans le cas des douleurs mammaires présentes chez les patientes qui n'allaitent pas [10,11]. Il

associe Apis Mellifica 9CH et Bryonia 9CH qui ont des effets anti-inflammatoires et antalgiques. D'après une étude, ce traitement favoriserait de manière significative la diminution des douleurs mammaires, ainsi que l'écoulement spontané de lait [11].

Traitements inhibiteurs de la lactation : une systématisation

Malgré la publication de ces données, une prise en charge par un traitement pharmacologique est privilégiée en première intention pour l'inhibition de la lactation dans 95% des cas [12].

En effet, depuis l'obtention de son Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) dans cette indication en 1993, la bromocriptine (Parlodel®, Bromokin®) devient la molécule la plus prescrite en France. Une étude Française de 2009 précise qu'elle devient le traitement de référence car choisi en premier lieu pour 89% des établissements. Ses alternatives principales sont la dihydroergocryptine (Vasobral®) à 39% ainsi que la cabergoline (Dostinex®) à 24% [12].

Ainsi, en 2011, 30% des femmes ayant accouché se sont vues prescrire de la bromocriptine, ce qui représente 70% des femmes n'allaitant pas [13].

Une prise en charge non sans risques

Pourtant, ces traitements médicamenteux ne sont pas sans risques. Dérivées de l'ergot de seigle, ces molécules présentent beaucoup de contre-indications et d'effets indésirables non négligeables [14]. En raison de leur effet vasoconstricteur, elles ne doivent être utilisées chez les patientes présentant des troubles vasculaires, des troubles psychiques, une hypertension artérielle, ou ayant eu une toxémie gravidique. Leur utilisation est également déconseillée chez les femmes présentant des facteurs de risque vasculaire (tabagisme, obésité).

De plus, seulement 3 inhibiteurs possèdent une AMM dans l'indication « inhibition de la lactation » : la bromocriptine, le lisuride (Arolac®) et la cabergoline, qui l'a récemment obtenu pour son utilisation en France dans le cadre de « l'inhibition de la lactation pour raisons médicales » [15]. Mais, seule la forme Cabergoline Sandoz® est concernée par cette autorisation datant de février 2013, car elle se présente dans un conditionnement de 2 comprimés [16].

Les autres traitements disponibles sont donc utilisés hors AMM. Le plus fréquent est la quinagolide (Norprolac®). La dihydroergocryptine, souvent prescrite bien que n'ayant aucune indication, a été retirée du marché en 2012. En effet, l'Agence Européenne du Médicament (EMA) en a décidé ainsi suite à une évaluation européenne des médicaments contenant de la dihydroergocryptine-caféine [17].

Controverse autour de la bromocriptine : remise en cause et adaptation de la prise en charge

La systématisation de la prescription des inhibiteurs de la lactation a engendré une mauvaise utilisation, notamment pour la bromocriptine. En effet, une enquête de pharmacovigilance réalisée par le Centre Régional de pharmacovigilance de Toulouse en 1994 montrait un non respect fréquent des contre-indications et des interactions médicamenteuses conduisant à des effets indésirables cardiovasculaires, neurologiques et psychiatriques [7,18]. Cette étude a identifié des psychoses, des infarctus du myocarde ou encore des accidents vasculaires cérébraux. Ces effets indésirables rares mais graves résultent de l'utilisation de la bromocriptine dans l'ablation. Le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) a ainsi été revu et modifié pour les produits à base de bromocriptine, avec notamment un élargissement des contre-indications [19].

La notification de ces effets indésirables a conduit l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) à réévaluer le rapport bénéfice/risque [20]. C'est ainsi qu'en 2012, une deuxième enquête de

pharmacovigilance va mettre en évidence la survenue de 105 cas graves relatifs à une prescription de bromocriptine entre le 1^{er} janvier 1994 et le 31 décembre 2010.

En 2013, l'ANSM juge alors défavorable l'utilisation de cette molécule dans le cadre de l'ablactation [13]. Deux médicaments sont alors concernés : Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®. Elle précise dans son compte rendu de pharmacovigilance, que le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans cette indication. En attendant une étude ultérieure au niveau européen, elle suggère de nouvelles recommandations dont celle de ne plus initier de traitement contenant de la bromocriptine comme inhibiteur de la lactation physiologique, et déconseille le recours à la cabergoline, également dérivée de l'ergot de seigle. De plus, elle précise que la prise systématique d'un traitement pharmacologique pour prévenir ou traiter l'inconfort d'une congestion mammaire n'est pas recommandée.

Adaptation de la prise en charge de l'ablactation

Ces événements ont abouti à la modification de la prise en charge de l'ablactation dans les différentes maternités de France. Alors que la bromocriptine était la molécule la plus prescrite dans cette indication, l'heure est à la recherche d'un nouveau protocole efficace et sans danger pour les patientes.

La lactation étant un phénomène physiologique, elle ne peut être inhibée totalement que par un traitement pharmacologique. L'efficacité de ces derniers par rapport à l'abstention thérapeutique a été démontrée [21]. Mais elle a un coût : celui du risque de survenue d'effets indésirables graves. Par ailleurs, les méthodes alternatives décrites depuis longtemps présentent des inconvénients comme celui de ne pas empêcher la sécrétion lactée. Plusieurs essais ont montré une gêne et des douleurs plus importantes dans le cas d'une inhibition non médicamenteuse de la lactation [22,23,24].

Cependant, la satisfaction des patientes utilisant ces alternatives est plutôt bonne lorsqu'elles sont couplées à des informations suffisantes [24].

Ainsi, ces méthodes sans risques font l'objet de nouvelles publications, diffusant plus massivement l'information auprès des professionnels, mais aussi des patientes [18].

La diffusion du rapport de pharmacovigilance de l'ANSM bouscule les maternités, habituées depuis longtemps à prescrire des inhibiteurs de la lactation. Dans une société où l'inconfort et la douleur n'ont plus leur place, l'absence de moyens pharmacologiques pour inhiber la lactation donne le sentiment aux professionnels de santé d'être démunis. En effet, la prise en charge d'une congestion mammaire lors d'un allaitement artificiel par des moyens techniques n'est pas dans les habitudes des équipes médicales.

Malgré la publication des nouvelles recommandations qui sont de ne plus systématiser les traitements inhibiteurs, certaines maternités éprouvent des difficultés à se détacher des traitements pharmacologiques. Plusieurs d'entre elles proposent soit une prise en charge médicamenteuse, soit une prise en charge technique et antalgique.

Dans le cas de cette dernière proposition, l'information délivrée aux patientes est-elle adaptée ? Suffit-elle pour une prise en charge efficace d'une congestion mammaire ?

De plus, ce n'est qu'à partir du troisième jour après l'accouchement que débute la congestion mammaire et les douleurs associées. C'est également à cette période que s'achève le séjour en maternité pour les patientes. Elles rentrent alors à domicile avec une montée de lait à peine amorcée. L'inconfort et les douleurs pouvant accompagner la sécrétion lactée durent jusqu'au 9^{ème} jour et plus dans 30,2% des cas. Une fois rentrées chez elles, les patientes arrivent-elles à gérer une montée de lait ? La prise en charge s'arrête-t-elle au départ de la maternité ?

C'est dans ce contexte particulier, qu'il serait intéressant de savoir comment les patientes qui n'allaitent pas vivent ce nouvel accompagnement. Les professionnels de santé parviennent-ils à informer et aider efficacement ces patientes ? Quelles notions et conseils ces dernières retiennent-elles ? Arrivent-elles à les mettre en application une fois rentrées à domicile ?

1. MATÉRIEL ET MÉTHODE

1.1. Hypothèses

Les hypothèses de notre étude étaient les suivantes :

- **Hypothèse n°1** : Des alternatives à la Bromocriptine et autres médicaments inhibiteurs sont proposées par certains établissements. Parmi elles on retrouve l'homéopathie, la phytothérapie, l'acupuncture ou des moyens plus « techniques » comme le port d'un soutien-gorge adapté, le massage des seins ou encore l'application de froid. Ces possibilités ne sont pas présentées par toutes les maternités, limitant ainsi le choix des patientes quant aux méthodes d'inhibition de la lactation.
- **Hypothèse n°2** : L'information sur les méthodes d'ablactation non médicamenteuses est surtout délivrée lors du séjour à la maternité. Celle-ci se retrouve intégrée à une quantité massive d'informations également données durant ces quelques jours, et sûrement retenue partiellement lors du retour à domicile.
- **Hypothèse n°3** : Durant le séjour à la maternité, les patientes sont aidées et conseillées par l'équipe mais se retrouvent démunies après leur sortie.
- **Hypothèse n°4** : Les douleurs commencent à la fin du séjour en maternité ou une fois rentrées à domicile.

1.2. Objectifs

Objectif principal : Évaluer la qualité, le niveau de compréhension et de mise en application des informations concernant les méthodes non médicamenteuses d'inhibition de la lactation après le retour à domicile.

Objectif secondaire : Évaluer la douleur ressentie par les patientes ainsi que les signes cliniques présentés.

1.3. Type d'étude

L'étude que nous avons réalisé est une étude qualitative multicentrique observationnelle et prospective.

1.4. Déroulement de l'étude

L'étude s'est déroulée pendant 5 mois, du 30 juin 2014 au 30 novembre 2014, en deux étapes et sous forme de questionnaires.

Trois maternités de Lorraine ont été sollicitées afin d'inclure des patientes soumises à différentes prises en charge non médicamenteuses pour l'inhibition de la lactation. Les maternités dans lesquelles s'est déroulée notre étude sont :

- la Maternité du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy (CHRU)
- la Maternité du Centre Hospitalier Saint-Charles de Toul
- la Maternité de la Polyclinique Majorelle à Nancy

Deux questionnaires ont été réalisés grâce à un logiciel de traitement de texte, puis testés durant 1 semaine sur 7 patientes. Ce test a permis d'apporter quelques modifications avant le début de l'étude.

Le premier questionnaire a été distribué par les sages-femmes dans les services des suites de couches au 3^{ème} jour du post-partum aux patientes répondant aux critères d'inclusion [Annexe 1].

La diffusion du deuxième questionnaire s'est faite au 21^{ème} jour du post-partum aux patientes ayant accepté de participer à la seconde phase de l'enquête [Annexe 2]. Ce contact s'est fait par e-mail avec l'envoi du questionnaire en ligne, ou par entretien

téléphonique. Les données ont été recueillies de manière identique, quels que soient les modalités de contact des participantes.

1.5. Population

Pour la réalisation de cette étude, un échantillon d'au moins 100 participantes était nécessaire. 180 questionnaires ont alors été distribués dans les différentes maternités sélectionnées.

Les patientes sollicitées pour cette étude répondaient à des critères d'inclusion et d'exclusion cités ci-dessous.

1.5.1. Critères d'inclusion

- allaitement artificiel
- accouchement > 28SA
- naissance d'un enfant né vivant
- naissance d'un enfant ou plus

1.5.2. Critères d'exclusion

- allaitement maternel
- allaitement artificiel choisi après échec d'allaitement maternel
- allaitement mixte
- accouchement < 28 SA
- naissance d'un enfant mort-né

1.6. Variables retenues

Les variables collectées grâce à cette étude sont essentiellement qualitatives.

Le premier questionnaire a permis de récolter des données permettant une description de la population : âge, parité, terme d'accouchement, mais aussi des données concernant la douleur et son évaluation selon une échelle numérique. Des données concernant le moment de la délivrance d'une information sur l'ablactation ont également été recueillies, ainsi que la prise en charge proposée et son efficacité.

Le second questionnaire a, quant à lui, permis de collecter des données qualitatives concernant les signes cliniques présentés par les patientes, la mise en œuvre de l'information reçue et l'autonomie de gestion d'une congestion mammaire à domicile. La durée de la douleur a aussi pu être évaluée.

1.7. Stratégie d'analyse

Les données des différents questionnaires ont été collectées et traitées à l'aide du logiciel OpenOffice Calc.

Concernant la description des réponses aux questionnaires, les variables qualitatives sont exprimées en effectif et pourcentage. Les non-réponses n'ont pas été incluses dans le calcul. Les variables quantitatives, quant à elles, ont été décrites par leur moyenne et leur écart-type. L'analyse des variables s'est faite à l'aide du logiciel OpenEpi. Le test du Qui² a été utilisé pour l'analyse des données qualitatives et le test de Student pour les données quantitatives. Lorsque que $p < 0,05$, le test est dit significatif, sinon, il est noté « NS » lorsqu'il ne l'est pas.

1.8. Considérations éthiques et réglementaires

Avant la diffusion des questionnaires dans les services des maternités, l'autorisation préalable des sages-femmes cadres a été demandée.

Les questionnaires étaient anonymes. Sur le premier, la partie sur laquelle se trouvaient les coordonnées était détachable. Celles-ci ont été détruites une fois les patientes contactées pour la deuxième partie de l'étude. Seules celles des participantes désireuses de recevoir les résultats de l'étude ont été conservées. Aucun lien entre les coordonnées et les réponses des patientes n'a pu être établi.

Les patientes ont eu le choix de répondre ou non à ce questionnaire, après avoir lu la lettre d'information leur expliquant le but et le déroulement de cette étude.

Dans le cadre du secret professionnel et du maintien de l'anonymat, aucune information n'a été et ne sera divulguée.

2. RÉSULTATS

Notre étude a été menée sur un total de 120 patientes : 41 patientes à la Maternité du CHRU de Nancy, 49 patientes à la maternité de Toul et 30 patientes à la polyclinique de Majorelle.

Pour le deuxième questionnaire, l'échantillon était de 105 participantes. En effet, 6 n'ont pas souhaité être recontactées pour participer à cette deuxième partie de l'enquête, et 9 n'ont pas répondu.

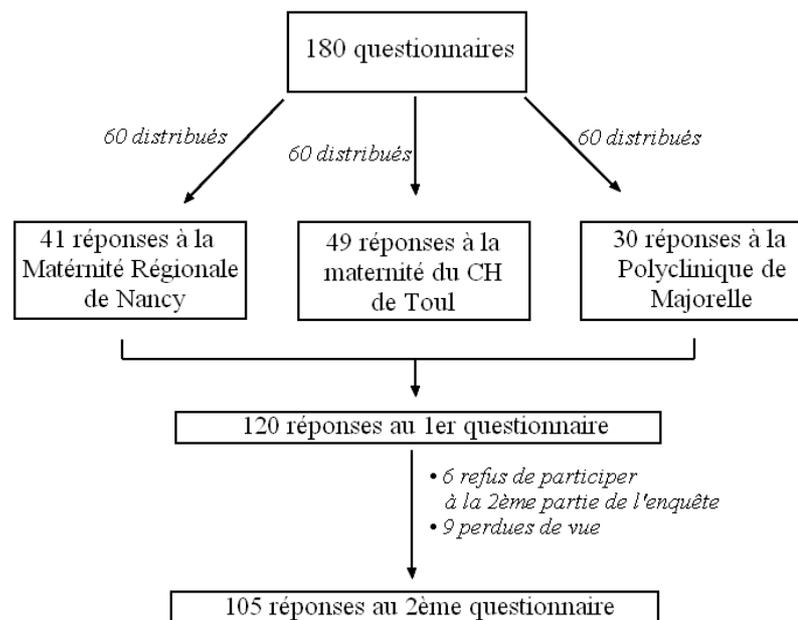


Figure 1 : Diagramme des flux de l'échantillon

2.1. Exploitation du questionnaire distribué à J3

2.1.1. Renseignements généraux

- **Age, parité, terme**

Tableau 1 : Moyenne d'âge, du terme d'accouchement et de parité des patientes

	Moyenne	DS
Age (Années)	28,85	5,19
Terme (SA)	39,49	1,78
Parité	1,97	0,89

La moyenne d'âge de l'échantillon était de 28,85 ans. La plus jeune des patientes avait 16 ans et la plus âgée avait 44 ans. La catégorie « 25-35 ans » était constituée de 70% d'entre elles (N=84).

Les primipares représentaient 34,2% des patientes de l'échantillon (N=41), 65,8% étaient des multipares (N=79).

- **Catégories socioprofessionnelles**

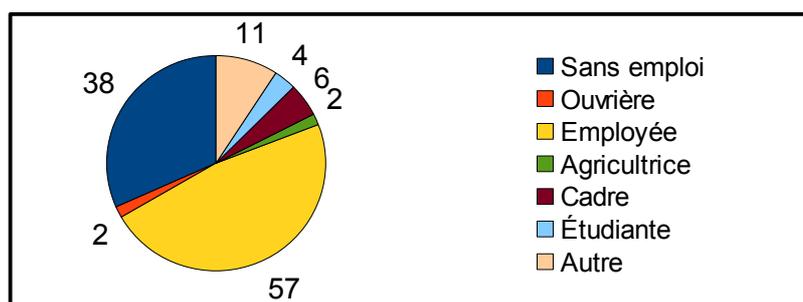


Figure 2 : Catégories socioprofessionnelles des patientes

La catégorie « Autre » regroupait 4 assistantes maternelles, 3 militaires et 4 enseignantes.

- **Antécédent d'allaitement maternel**

Parmi les multipares de notre échantillon, 55,7% ont toujours choisi l'allaitement artificiel pour leur enfant (N=44). Elles étaient 44,3% à avoir eu une expérience d'allaitement maternel (N=35), dont 20,2% étaient des allaitements mixtes (N=16).

2.1.2. Le choix de l'allaitement artificiel

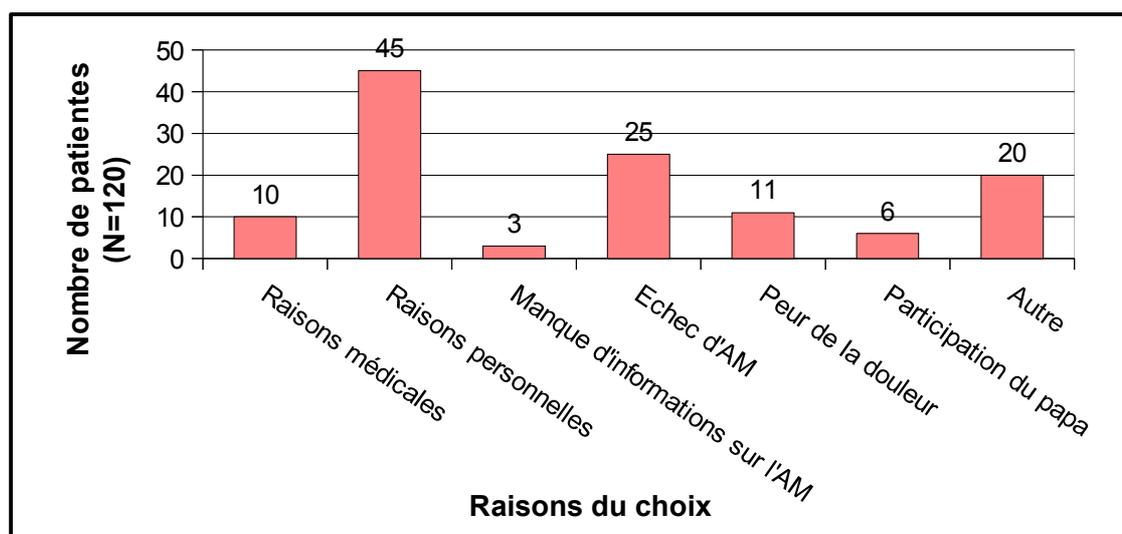


Figure 3 : Les raisons du choix de l'allaitement artificiel

Parmi les autres motivations du choix de l'allaitement artificiel, 5 patientes évoquaient la pudeur, 3 soulignaient un problème d'organisation et 12 n'avaient simplement pas envie d'allaiter leur enfant.

- **Le moment du choix de l'allaitement artificiel**

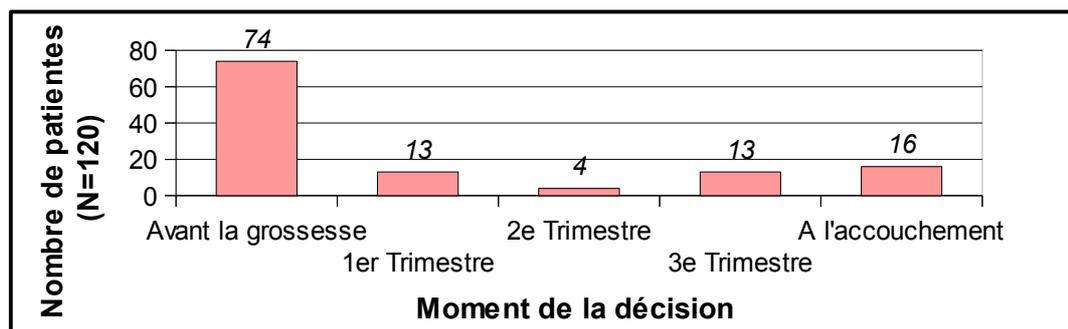


Figure 4 : Moment du choix de l'allaitement artificiel

Ce mode d'alimentation a été choisi à 86,7% avant l'accouchement (N=104). Seulement 13,3% des participantes à notre étude ont pris leur décision après l'accouchement (N=16).

2.1.3. Inconfort et douleurs mammaires

Parmi l'ensemble des patientes, 49,2% ont ressenti au moins un symptôme de sécrétion lactée (N=59) alors que 50,8% d'entre elles n'ont rien ressenti durant leur séjour à la maternité (N=61).

- **Types de symptômes ressentis**

Tableau 2 : Les différents symptômes ressentis par les patientes

	N=59	%
Tension mammaire	50	84,7
Écoulement de lait	35	59,3
Rougeur sur les seins	6	10,2
Chaleur des seins	25	42,4

La tension mammaire ainsi que l'écoulement spontané de lait étaient la symptomatologie dominante de la sécrétion lactée lors du séjour à la maternité.

- **Évaluation de la douleur mammaire**

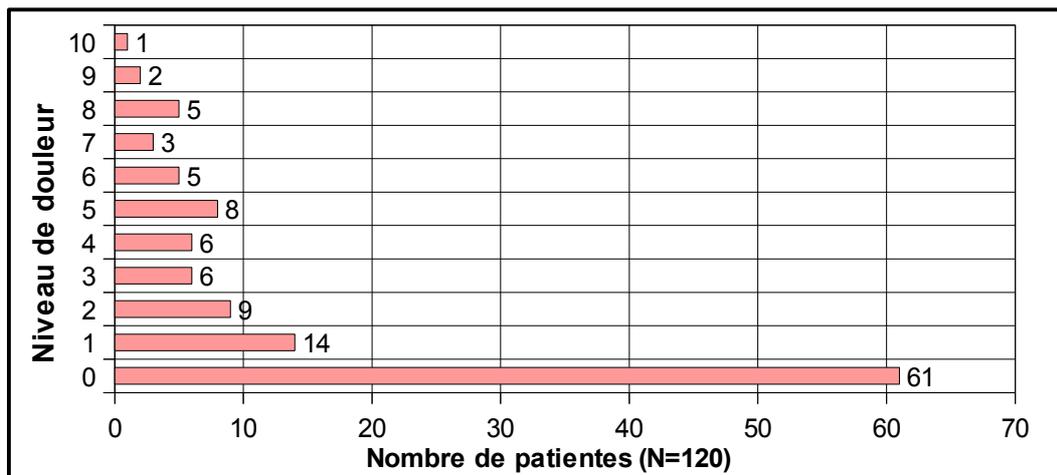


Figure 5 : Évaluation de la douleur mammaire perçue par les patientes

Le niveau de douleur a été évalué selon une Échelle Numérique (EN). Aucune douleur n'a été ressentie pour 50,8% des participantes (N=61). La moyenne de la douleur mammaire durant le séjour à la maternité était de 1,9.

- **Moment de survenue des symptômes et de la douleur après l'accouchement**

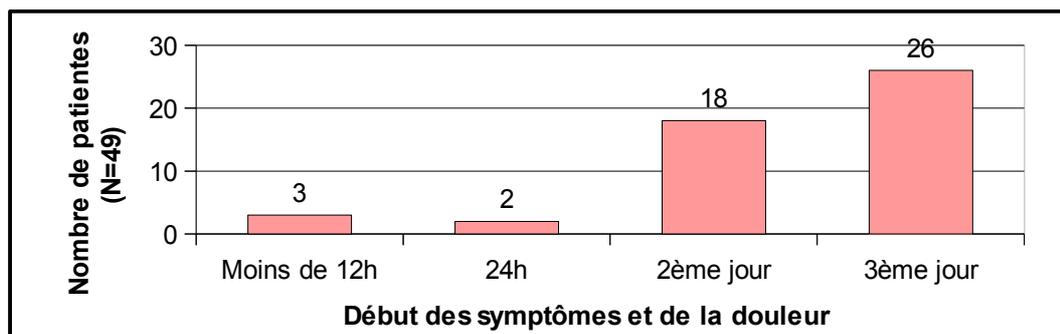


Figure 6 : Moment de survenue de la douleur après l'accouchement

Pour cette question, il y a eu 10 non-réponses.

2.1.4. Prise en charge de l'inhibition de la lactation

- **Prises en charge proposées**

Tableau 3 : Les différentes prises en charge proposées aux patientes

	N=106	%
<i>Paracétamol</i>	57	53,8
<i>AINS</i>	44	41,5
<i>Homéopathie</i>	56	52,8
<i>Bandage des seins</i>	3	2,8
<i>Massage</i>	12	11,3
<i>Soutien-gorge adapté</i>	14	13,2
<i>Application de glace</i>	13	12,3
<i>Osmogel®</i>	10	9,4
<i>Rien n'a été proposé</i>	9	8,5
<i>Autre</i>	4	3,8

Parmi les autres prises en charge, 2,8% des patientes se sont vues proposer l'application d'eau froide sur les seins (N=3), et la restriction hydrique a été conseillée à 0,9% d'entre elles (N=1). Elles sont 14 à ne pas avoir répondu à cette question.

- **Efficacité de la prise en charge proposée**

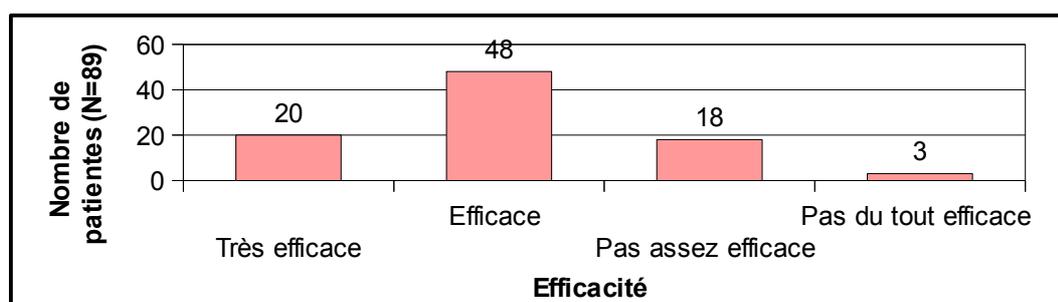


Figure 7 : Efficacité de la prise en charge proposée

La prise en charge proposée a été jugée efficace à très efficace pour 76,4% de l'échantillon, toutes prises en charge confondues (N=68). Parmi l'ensemble des participantes à l'étude, 31 n'ont pas répondu à cette question.

- **Sollicitation de l'équipe médicale**

Seulement 15,8% des volontaires à l'étude ont eu besoin de solliciter l'aide de l'équipe médicale au cours du séjour suite aux douleurs et à l'inconfort qu'elles ont ressenti (N=19).

Tableau 4.: Utilité et efficacité de l'aide demandée

	Oui	Non	Plus ou moins
Utilité de l'aide	15	2	2
Efficacité de l'aide	9	7	3

2.1.5. Informations délivrées aux patientes

L'ignorance d'une sécrétion lactée possible lorsqu'il n'y a pas d'allaitement maternel concernait 12,5% des patientes de notre étude (N=15).

Une information sur la congestion mammaire pouvant accompagner la sécrétion lactée, ainsi que des conseils techniques et antalgiques pour palier à l'inconfort et limiter les douleurs associées a été délivrée à 56,7% des participantes (N=68). Elles étaient 43,3% à n'avoir reçu aucune information (N=52).

- **Le moment de l'information**

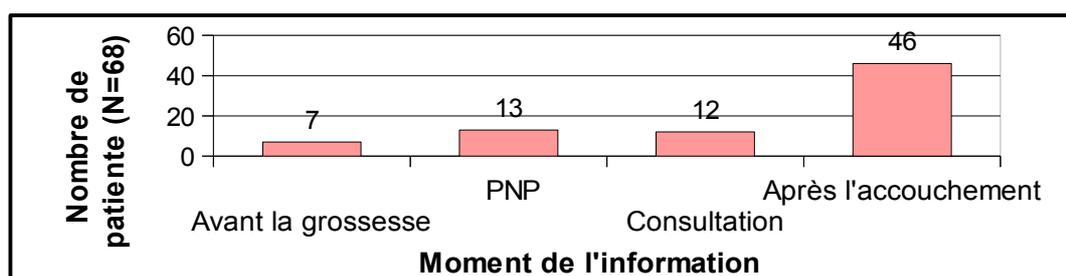


Figure 8.: Moment de la délivrance de l'information

Parmi les patientes informées, 54,4% l'ont été uniquement après l'accouchement (N=37). Plusieurs réponses étaient possibles pour cette question.

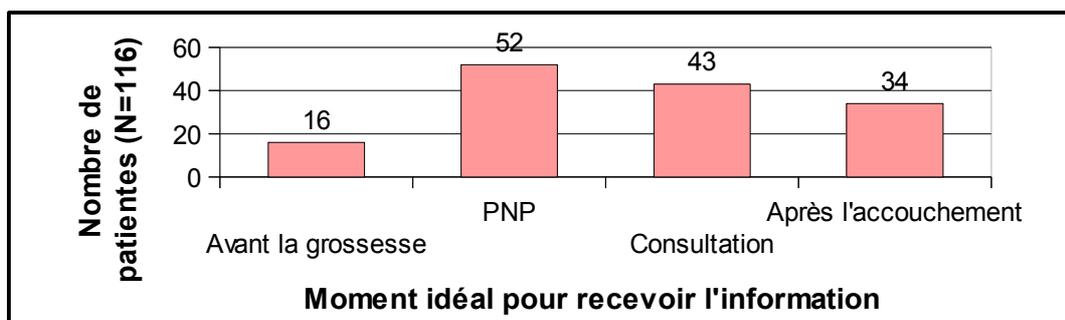


Figure 9 : Moment idéal pour recevoir l'information selon les patientes

Selon elles, le moment idéal pour recevoir l'information était avant l'accouchement, avec un rappel après l'accouchement. Il y a eu 4 non-réponses à cette question.

2.2. Exploitation du questionnaire distribué à J21

Pour ce deuxième questionnaire, l'échantillon était de 105 patientes.

2.2.1. La sortie

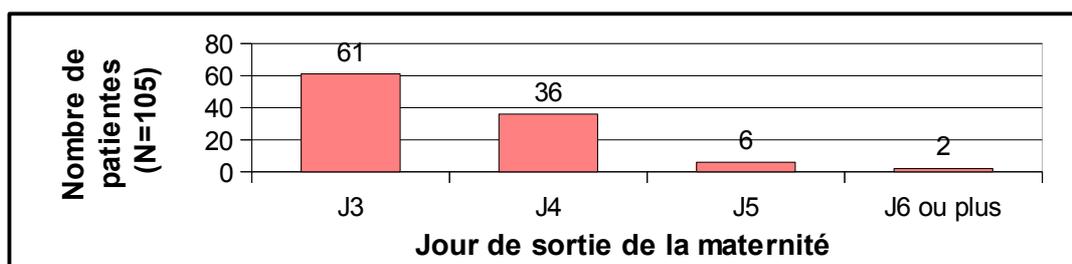


Figure 10 : Moment de la sortie de la maternité

La sortie s'est faite de manière classique pour 50,5% des patientes (N=53). Elle s'est faite dans le cadre du PRogramme d'Accompagnement de retour A Domicile (PRADO) pour 47,6% d'entre elles (N=50), et en Hospitalisation A Domicile (HAD) pour 1,9% (N=2).

2.2.2. Inconfort et douleurs mammaires

Parmi les patientes interrogées, 15,2% n'ont ressenti aucun symptôme d'une sécrétion lactée à la maison (N=16).

- **Début de l'apparition des symptômes**

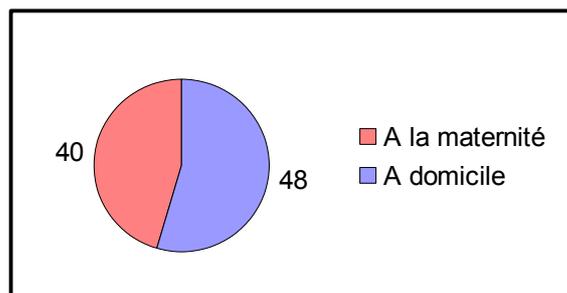


Figure 11 : Début des symptômes

Les signes cliniques d'une sécrétion lactée ont débuté à domicile pour 54,5% des patientes (N=48). Il y a eu une non-réponse à cette question.

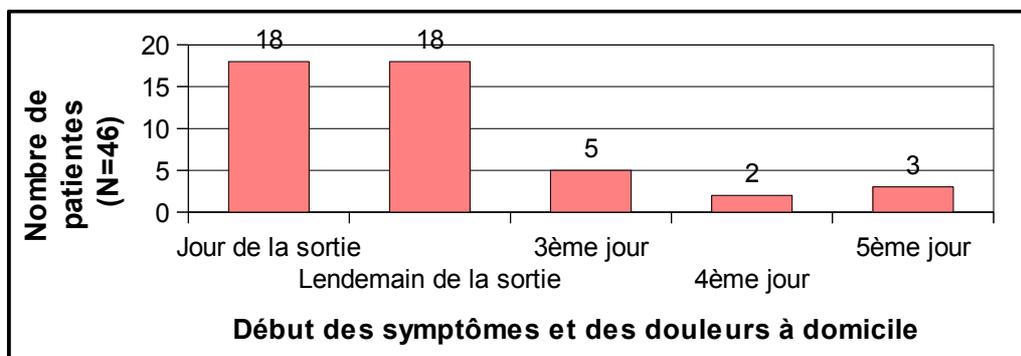


Figure 12 : Début de l'inconfort ou de la douleur mammaire à domicile

Parmi les 48 patientes ayant présenté un signe clinique de sécrétion lactée après la sortie de la maternité, 2 ne se sont pas exprimées sur le moment exact de survenue.

- **Type de symptômes ressentis**

Tableau 5 : Les différents symptômes ressentis par les patientes

	N=89	%
Seins tendus	76	85,4
Ecoulement de lait	56	62,9
Rougeurs	7	7,9
Chaleur	20	22,5
Autre (engorgement)	1	1,1

Comme durant le séjour en maternité, la tension mammaire ainsi que l'écoulement spontané de lait restaient les signes cliniques les plus observés.

- **Durée des symptômes**

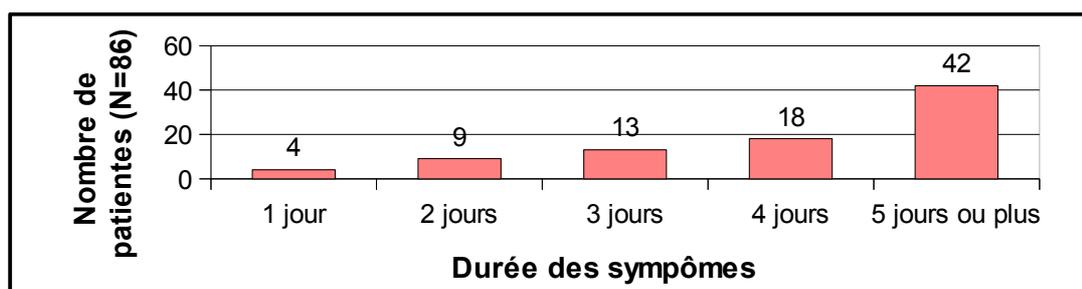


Figure 13 : Durée totale des symptômes mammaires

Parmi les patientes qui ont ressenti au moins un signe clinique de sécrétion lactée, trois d'entre elles n'ont pas répondu à cette question.

- **Évaluation de la douleur**

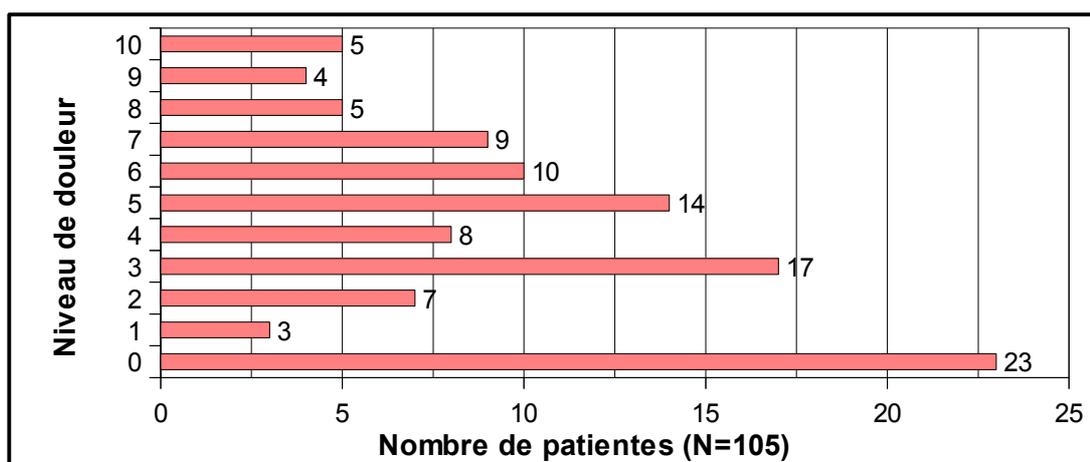


Figure 14 : Évaluation de la douleur mammaire à domicile selon une EN

A domicile, 21,9% des patientes n'ont ressenti aucune douleur (N=23). La moyenne de la douleur mammaire était de 3,99.

2.2.3. Information délivrée

Seulement 76,2% avaient été informées de la possibilité de prendre un antalgique en cas de douleurs mammaires (N=80).

Tableau 6 : Les différents antalgiques proposés en cas de douleurs mammaires

	(N=80)	%
<i>Paracétamol</i>	68	85
<i>AINS</i>	39	48,8
<i>Osmogel</i>	21	26,3
<i>Homéopathie</i>	5	6,3

Parmi les participantes à la deuxième partie de l'étude, 60% n'avaient pas été informées des signes de complications d'une congestion mammaire pour lesquels une consultation est conseillée (N=63).

2.2.4. La gestion de la douleur à domicile

Les conseils prodigués à la maternité pour faire face à une congestion mammaire n'ont pas pu être appliqués par toutes les patientes : 13,3% d'entre elles ne s'en souvenaient plus (N=14).

- **Gestion des symptômes et de la douleur**

La gestion de la douleur liée à la congestion mammaire s'est faite par la prise d'un antalgique pour 68,6% des participantes (N=72).

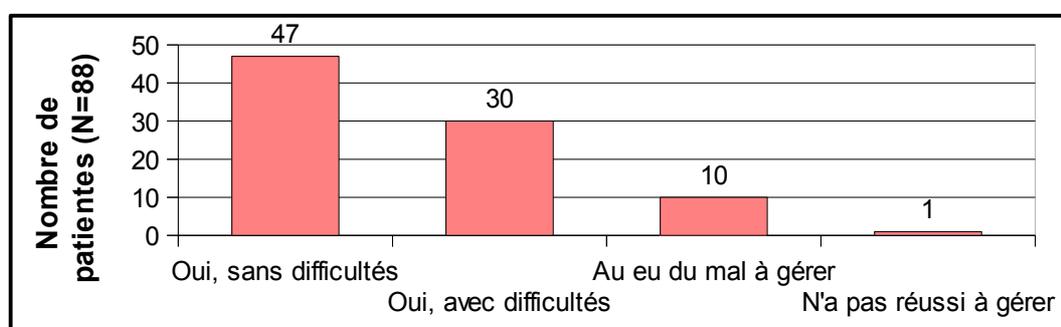


Figure 15 : Gestion des symptômes et de la douleur à domicile

Pour cette question, il y a une non-réponse.

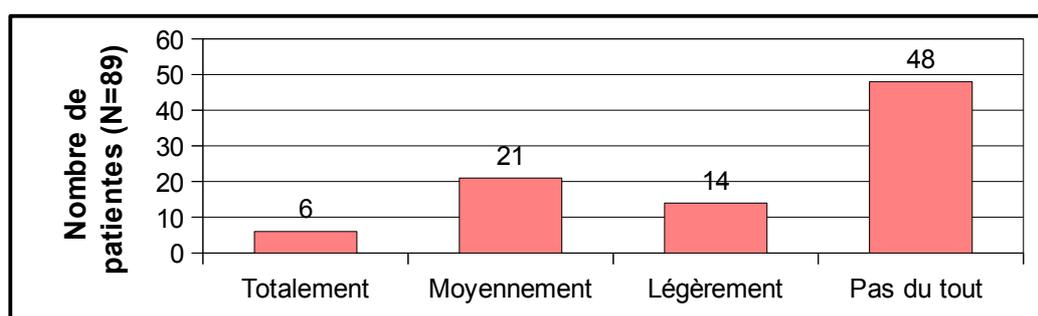


Figure 16 : Le sentiment d'être démunie face aux symptômes mammaires

A domicile, 53,9% des patientes ne se sont pas du tout senties démunies face aux signes cliniques d'une sécrétion lactée et des douleurs éventuelles (N=48).

- **Nécessité d'une aide médicale**

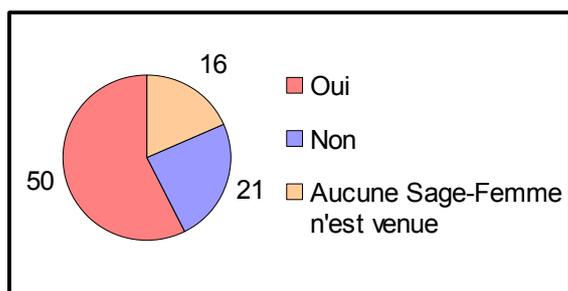


Figure 17: Nécessité de demander conseil à la sage-femme à domicile pour soulager les symptômes mammaires

Deux patientes n'ont pas souhaité répondre à cette question.

En dehors de la visite à domicile par une sage-femme libérale, 11,4% des participantes à l'étude ont eu besoin de consulter un médecin ou une sage-femme concernant les douleurs mammaires qu'elles éprouvaient (N=12).

Une fiche explicative regroupant les techniques et conseils pour faire face à une congestion mammaire à la maison aurait été utile à 85,7% d'entre elles (N=90).

2.3. Comparaison des variables de l'étude

2.3.1. Concernant l'information délivrée

Tableau 7 : Moment de la délivrance de l'information et du choix d'allaitement artificiel

	Informations données avant l'accouchement N (%)	Informations données après accouchement N (%)	p
<i>Allaitement artificiel choisi avant la grossesse</i>	20 (29,4)	20 (29,4)	NS
<i>Allaitement artificiel choisi au 1^{er} Trimestre</i>	3 (4,4)	4 (5,9)	NS
<i>Allaitement artificiel choisi au 2^e Trimestre</i>	0	3 (4,4)	NS
<i>Allaitement artificiel choisi au 3^e Trimestre</i>	5 (7,4)	4 (5,9)	NS
<i>Allaitement artificiel choisi à l'accouchement</i>	3 (4,4)	6 (8,8)	NS

Lorsque l'allaitement artificiel avait été choisi avant la grossesse, seulement la moitié des patientes avaient reçu une information concernant la sécrétion lactée avant l'accouchement. Il en était de même pour les patientes qui avaient choisi ce mode d'alimentation pour leur enfant au cours de la grossesse.

Tableau 8 : Information sur la congestion mammaire et désagrément ressenti

	Information reçue N (%)	Pas d'information reçue N (%)	p
<i>Gêne ressentie</i>	37 (30,8)	22 (18,3)	NS
<i>Aucune gêne ressentie</i>	31 (25,8)	30 (25)	NS

Parmi les patientes n'ayant ressenti aucun symptôme de sécrétion lactée, près de la moitié n'avait reçu aucune information concernant ce phénomène physiologique et les techniques existant pour y faire face.

2.3.2. Concernant la douleur

- **Comparaison de la douleur à J3 et à J21**

Tableau 9 : Comparaison du niveau de douleur à la maternité et à domicile

	N	Moyenne	Écart type	Médiane	p
EN à la maternité	105	1,86	2,697	0	<0,05
EN à domicile	105	3,99	2,998	4	

Pour permettre l'analyse statistique de la douleur, nous avons étudié uniquement les réponses des patientes ayant participé à la totalité de l'étude afin d'obtenir des échantillons appariés. Le niveau de douleur est significativement plus élevé à domicile ($p < 0,05$). La médiane était de 4 alors qu'elle était de 0 à la maternité.

3. ANALYSE ET DISCUSSION

3.1. Résumé des principaux résultats

3.1.1. La population

L'âge des patientes participantes à l'étude se situait pour 70% d'entre elles entre 25 et 35 ans et l'âge moyen était de 28,85 ans. En 2010, l'âge moyen des femmes lors de l'accouchement était de 30 ans selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) [25]. La parité moyenne des patientes de notre étude était de 1,97, ce qui coïncide avec les données de 2011 de l'INSEE qui indiquent un nombre moyen d'enfants par femme de 2 [26]. Les multipares représentaient 65,8% de notre échantillon.

Les catégories socioprofessionnelles dominantes dans notre échantillon étaient les employées à 47,5% et les personnes sans emploi à 31,7%. D'après l'Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), le taux d'allaitement artificiel est plus important parmi les patientes sans profession (32,8%), les employées (33,6%) et les ouvrières (36,7%) [27].

3.1.2. Antécédents et choix d'allaitement artificiel

Parmi l'ensemble des patientes de notre échantillon, 29,2% avaient déjà eu une expérience d'allaitement maternel, représentant ainsi 44,3% des multipares.

Très tôt, la grande majorité avait fait le choix de l'allaitement artificiel. En effet, 61,7 % d'entre elles l'avaient même fait avant la grossesse. Seulement 13,3% avaient choisi l'allaitement artificiel à l'issue de l'accouchement. Ces résultats sont en

concordance avec ceux de l'étude de E. CHARPENTIER, incluant 100 patientes, qui recense 6 % de femmes ayant fait ce choix à l'issue de l'accouchement [28]. La proportion de patientes ne s'étant pas décidé concernant le mode d'alimentation de leur enfant en fin de grossesse est relativement faible.

3.1.3. L'inconfort et la douleur

Les désagréments et les douleurs mammaires ont débuté principalement après le retour à domicile (54,5%) et ont duré plus de 5 jours pour 48,8% des patientes. Ces données sont en accord avec la littérature puisque le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) précisait en 1997 que les signes cliniques de la sécrétion lactée peuvent durer une à deux semaines avant de s'interrompre d'eux-mêmes [7].

A la maternité, 35,9% des patientes ressentait une douleur légère à modérée ($EVA \leq 5$) et 13,4% ressentait une douleur intense à très intense ($EVA > 5$).

A domicile, 46,7% des patientes ressentait une douleur légère à modérée ($EVA \leq 5$) et 31,5% ressentait une douleur intense à très intense ($EVA > 5$). Le nombre de patientes ressentant une forte douleur est plus important à domicile.

3.1.4. La prise en charge

La prise en charge proposée durant le séjour à la maternité pour les patientes qui n'allaitent pas était principalement antalgique. Notre étude montre que 53,8% des patientes ont reçu du paracétamol en cas de douleurs, et 41,5% des anti-inflammatoires. L'homéopathie a été proposée à 52,8% des patientes et a été jugée efficace ou très efficace par 66,1% d'entre elles.

Très peu de patientes se sont vues conseiller des moyens plus « techniques ». Le port d'un soutien-gorge adapté, le massage des seins et l'application de glace n'ont été proposés respectivement qu'à 13,2%, 11,3% et 12,3% des patientes. Pourtant, ces

moyens non pharmacologiques ont été jugés efficaces par les patientes de notre étude. Par exemple, 71,4% des participantes pour qui le port d'un soutien-gorge adapté a été conseillé l'ont estimé efficace.

A domicile, 15,7% des patientes se sont senties légèrement démunies face aux signes de congestion mammaire, 23,6% étaient moyennement démunies, et 6,7% ont totalement été démunies. Cependant, ces dernières ont globalement réussi à gérer les symptômes et douleurs mammaires puisque seulement 12,5% ont éprouvé d'importantes difficultés. Néanmoins, 57,5% ont eu besoin de demander conseil à la sage-femme venue leur rendre visite après leur sortie de la maternité et 11,4% des participantes à la deuxième partie de l'étude ont consulté un médecin ou une sage-femme afin d'obtenir un avis médical.

3.1.5. L'information délivrée

Les informations sur la sécrétion lactée et les techniques permettant de prévenir ou limiter les symptômes et la douleur d'une éventuelle congestion mammaire ont été données à 56,7% des participantes. Ces notions ont été abordées uniquement après l'accouchement pour 54,4% des cas. Selon les patientes, le moment idéal pour recevoir ces conseils serait la période pré-natale : 37,07% aimerait l'avoir durant une consultation et 44,8% aimerait l'avoir durant un cours de Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP).

Parmi les personnes interrogées ne présentant aucun signe clinique de sécrétion lactée durant le séjour à la maternité, 49,2% d'entre elles n'avaient reçu aucune information. Cependant, ce résultat n'est pas significatif car $p > 0,05$.

Lorsqu'elle était délivrée, cette information l'était parfois de manière incomplète car 12,5% des patientes ignoraient qu'une montée de lait était possible lorsqu'elles n'allaitaient pas leur enfant, et seulement 40% avaient été averties des signes nécessitant une consultation. Toutes les patientes n'avaient pas été informées de la possibilité de prendre un antalgique en cas de douleur mammaire : 23,8% l'ignoraient.

3.2. Analyse des hypothèses

3.2.1. Une exhaustivité dans la proposition des prises en charge alternatives ?

L'alternative principalement proposée était une prise en charge par un traitement antalgique permettant de limiter la douleur liée à une congestion mammaire. L'homéopathie, qui est également utilisée pour limiter la douleur n'a été proposée qu'à 52,8% des patientes. Quant aux méthodes plus techniques comme le port d'un soutien-gorge adapté, le massage des seins ou encore l'application de froid, elles n'ont été conseillées respectivement qu'à 13,2%, 11,3% et 12,3% des patientes. Les résultats de notre étude montrent un faible taux de proposition exhaustive des alternatives et nous permettent de confirmer notre première hypothèse qui était : « Les prises en charge alternatives ne sont pas présentées de manière exhaustive par toutes les maternités, limitant ainsi le choix des patientes quant aux méthodes d'inhibition de la lactation ».

3.2.2. Des informations délivrées tardivement ?

Les informations sont majoritairement délivrées après l'accouchement. Seules 17,6% des patientes les avaient reçues au cours d'une consultation. Durant le séjour en maternité, ces dernières reçoivent une quantité massive d'informations les concernant mais aussi concernant leur bébé. Sans support, les explications sur la prise en charge de l'ablactation sont oubliées ou difficilement retenues puisque 46,1% des participantes présentant un ou plusieurs symptômes de sécrétion lactée se sont senties au moins « légèrement démunies » une fois rentrées chez elles. De plus, certaines patientes quittaient la maternité sans aucun outil pour faire face à une sécrétion lactée survenant à domicile. En effet, 49,2% des patientes qui ne présentaient aucun signe clinique de congestion mammaire n'ont reçu aucune information.

Notre deuxième hypothèse qui concernait le moment de la délivrance des explications de la sécrétion lactée et de sa prise en charge est donc confirmée par les résultats de notre étude.

3.2.3. Des patientes seules face aux symptômes et à la douleur après leur retour à domicile

Après l'accouchement, les patientes bénéficient des conseils et de l'aide de l'équipe médicale en cas de besoin. Elles ont été 15,8% à solliciter leur aide durant le séjour à la maternité.

De retour à domicile, les patientes n'ont plus à proximité un professionnel de santé pouvant répondre à leurs demandes. Les sages-femmes assurant les visites à domicile ont été, de ce fait, beaucoup sollicitées concernant les désagréments et douleurs mammaires ressenties par les patientes puisque 57,5% ont eu besoin de leur demander conseil. Ce sentiment est peut-être la conséquence d'une absence d'information, d'une information incomplète, ou retenue partiellement.

Nous pouvons confirmer notre troisième hypothèse qui était : « Les patientes sont aidées et conseillées durant le séjour à la maternité mais se retrouvent démunies après leur sortie ».

3.2.4. Des symptômes débutant après la sortie de la maternité ?

Les signes cliniques de la sécrétion lactée étaient majoritairement une tension mammaire ainsi qu'un écoulement spontané de lait. Leur apparition s'est faite après la sortie de la maternité. Notre étude montre que 54,5% des patientes avaient ressenti les premiers signes cliniques une fois rentrées chez elles, confirmant notre dernière hypothèse qui concernait le moment d'installation des symptômes et des douleurs.

3.3. Discussion des résultats

3.3.1. La sortie de la maternité

La sortie de la maternité a principalement eu lieu à J3 pour 58,1% des patientes et à J4 pour 34,3% des patientes. D'après l'enquête périnatale de 2012, 20,3% des patientes sortent à J3 et 41,2% sortent à J4 [31]. La discordance de ces résultats est peut-être liée à la mise en place du PRADO au niveau national en 2013, et des recommandations de l'HAS concernant les sorties précoces qui peuvent se faire dans les 72H pour un accouchement voie basse et dans les 96H pour un accouchement par césarienne [32]. Suite à cette diminution de la durée de séjour, les patientes vont davantage développer les premiers symptômes de sécrétion lactée après leur retour à domicile.

3.3.2. Information délivrée

Les patientes informées représentaient seulement 56,7% de l'échantillon. Pourtant, les sages-femmes connaissent les méthodes alternatives plus « techniques » pouvant prévenir ou soulager les douleurs d'une congestion mammaire. Dans son enquête, Mura montre qu'elles estiment les maîtriser et être en mesure d'accompagner et de conseiller les patientes subissant les douleurs d'une montée de lait [35]. Or, ces informations ne sont pas délivrées de manière systématique car les sages-femmes ont l'habitude de suivre un protocole de service. En effet, 90% d'entre elles avouent prescrire systématiquement un inhibiteur de la lactation sans laisser le choix aux patientes car un protocole le recommande [36]. Ces derniers devraient être revus et réservés aux situations médicales telles que l'Interruption Thérapeutique de Grossesse (ITG), la Mort Fœtale In Utero (MFIU) ou les infections par le Virus de l'Immunodéficiência Humaine (VIH), comme le préconise l'ANSM et le Comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance (PRAC) [29].

Les patientes ne présentant pas de signes cliniques durant leur séjour à la maternité ne sont pas toutes informées. Notre étude montre que, parmi les patientes qui n'avaient ressenti aucun signe à la maternité, 49,2% n'avaient pas reçu d'explication sur la sécrétion lactée. Elles étaient tout de même exposées au risque de voir se développer une congestion mammaire après le retour à domicile.

Bien que la plupart des patientes ait fait le choix de l'allaitement artificiel avant la naissance de leur enfant (86,7%), l'information n'est délivrée que tardivement : 41,2% l'avaient reçu avant l'accouchement. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la prise en charge de l'ablactation est très peu abordée en consultations prénatales et en séances de PNP.

L'étude de S. DEMANGEON concernant les alternatives à l'inhibition médicamenteuse de la lactation montre que les patientes qui avaient reçu une note d'information sur la sécrétion lactée et les conseils pour y faire face étaient plus satisfaites [33]. Celle de P. DURAND, quant à elle, avait évalué la satisfaction de la prise en charge à 4,5/10 par les patientes. Les arguments avancés par ces dernières en faveur d'une insatisfaction étaient l'absence d'explications sur les signes d'une sécrétion lactée ainsi qu'une faible variété de solutions proposées [34]. Ceci est en concordance avec nos résultats qui montre un déficit d'informations délivrées aux patientes pour la prise en charge de l'inhibition de la lactation.

Seulement 76,2% des patientes ont été informées de la possibilité de prendre des antalgiques pour soulager une tension mammaire éventuelle. Parmi elles, le paracétamol a été conseillé à 85% et les anti-inflammatoires l'ont été à 48,8%.

3.3.3. Proposition des alternatives non médicamenteuses

Les nouvelles recommandations de l'ANSM et de l'HAS laissent encore la possibilité aux établissements de prescrire des inhibiteurs de la lactation. Cependant, ils ne sont pas dépourvus de risque et la proposition des méthodes alternatives non médicamenteuses devrait primer.

La non présentation de l'enfant au sein est la principale méthode alternative d'ordre préventif. Dans 60 à 70% des cas, celle-ci suffit à inhiber la sécrétion lactée [7,37]. D'après nos résultats, 27,6% des patientes n'ont ressenti aucune tension au niveau des seins alors que c'est le symptôme principal de la congestion mammaire. Cependant, notre étude ne précise pas si une tétée de bienvenue a été réalisée.

Très peu de patientes ont été conseillées sur les méthodes alternatives plus techniques comme l'application de glace sur les seins, le massage ou encore le port d'un soutien gorge adapté. Selon plusieurs études, cette dernière solution est efficace pour réduire la congestion mammaire si elle est mise en place rapidement après l'accouchement. Le port d'un soutien-gorge adapté, utilisé précocement en prévention, inhibe la lactation par un effet de contention mammaire dans 60 à 70% des cas [7,37].

Dans les questionnaires, aucune patiente n'a cité la phytothérapie pour soulager les symptômes d'une congestion mammaire. Aucune étude n'a encore démontré l'efficacité de cette méthode.

L'homéopathie est une alternative de plus en plus initiée par les établissements pour son efficacité mais surtout son innocuité. Dans notre enquête, ce traitement a été proposé à 52,8% des patientes. Seulement, nos résultats ne précisent pas l'efficacité réelle car nous ignorons le début de la prise. Cette dernière a été démontrée par une étude, dans le cas des signes cliniques de la sécrétion lactée lors d'un allaitement artificiel. Les patientes soumises à un traitement homéopathique dans les premières 24 heures après l'accouchement ressentent une tension mammaire plus faible et un écoulement spontané de lait moins important que les patientes sous placebo [11].

L'acupuncture n'a pas du tout été citée par les patientes de notre étude. L'explication se trouve sûrement dans le faible pourcentage de sages-femmes spécialisées. Cette méthode est également peu connue dans cette indication. Pourtant, l'efficacité de l'acupuncture a bien été démontrée dans une étude de S. LAUNET : 87% des patientes étaient soulagées d'une congestion mammaire en moins de 24 heures [38].

La prise en charge d'une congestion mammaire reste essentiellement antalgique. Dans notre étude, les solutions proposées sont essentiellement des traitements antidouleurs basés sur du paracétamol et des anti-inflammatoires puisqu'ils ont respectivement été prescrits dans 53,8% et 41,5% des cas. Récemment, des études sur le modèle murin ont démontré un effet synergique entre le paracétamol et différents Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens (AINS) [39]. L'association de ces deux types d'antalgiques est d'autant plus intéressante dans le cas de la prise en charge d'une congestion mammaire car les AINS peuvent avoir une efficacité pour la limitation de la sécrétion lactée grâce à leur action inhibitrice de la synthèse des prostaglandines [40].

3.3.4. Signes cliniques observés et douleur ressentie

La montée laiteuse débute après le 3^{ème} jour du post-partum [2]. Nos résultats le confirme car parmi les patientes ayant présenté des symptômes, 53,1% les avaient observé 3 jours après l'accouchement dans le questionnaire distribué à J3. Dans le questionnaire distribué à J21, 78,2% d'entre elles les ont perçu le jour de la sortie ou le lendemain.

Les symptômes majoritairement ressentis sont une tension mammaire ainsi qu'un écoulement spontané de lait. Une seule patiente de notre étude a présenté un engorgement mammaire.

NK. KOUCHENOUR précise que près de 30% des patientes ressentent une tension mammaire facilement soulagée par des antalgiques et des traitements locaux comme l'application de glace [37]. Dans notre étude, 72,4% de notre échantillon ressentaient une tension mammaire.

Parmi les patientes qui ont reçu du paracétamol pour soulager cette douleur, 66,7% l'ont jugé efficace ou très efficace.

Lors des premiers jours du post-partum l'écoulement de lait est une sécrétion de colostrum produit avant l'accouchement [2]. Or, l'écoulement spontané de lait est un des principaux symptômes cités par les patientes de notre étude puisqu'il a été ressenti par 29,2 % des patientes à J3 et par 53,3% à domicile. Il est donc à considérer comme un événement physiologique inévitable et non comme un échec d'inhibition de la lactation. Dans son étude, N. CHRISTPHE-LIGONNIÈRE. compare les patientes soumises à un traitement inhibiteur de la lactation et celles sans thérapeutique. Elle montre que l'écoulement de lait est comparable dans les 2 groupes [24].

La douleur signalée par les patientes à la maternité était une douleur légère (moyenne = 1,94) alors que celle évaluée à domicile était modérée (moyenne = 3,99). Dans son étude, C. GUINEHEUX retrouve des résultats similaires pour ces 2 périodes [41]. Les résultats peuvent se justifier par la présence de l'équipe médicale durant le séjour mais aussi par le début tardif des symptômes, au 3^{ème} et 4^{ème} jours du post-partum, réellement installés une fois les patientes de retour à domicile.

3.3.5. Gestion des symptômes et de la douleur

Elles ne sont que 12,5% à avoir éprouvé d'importantes difficultés ou à n'avoir pas réussi à gérer la congestion mammaire. Peut être est-ce dû à la visite d'une sage-femme après leur retour chez elles. En effet, 81,6% des patientes de l'échantillon avaient bénéficié d'un suivi par une sage-femme à domicile. Cet accompagnement a permis une continuité de la prise en charge débutée à la maternité.

Malgré une gestion plutôt réussie, 46,1% des patientes se sont senties au moins légèrement démunies devant les symptômes et les douleurs mammaires. Cela peut s'expliquer par la délivrance tardive et non exhaustive des explications et des conseils.

3.4. Points forts de l'étude

Cette étude multicentrique a permis d'inclure différents types de prises en charge proposées pour l'ablactation chez les patientes qui n'allaitaient pas leur enfant.

Innovante, elle a également été réalisée au moment d'une controverse autour de la bromocriptine, à l'origine de changements et de questionnements. Aucune étude ne s'est encore intéressée à la prise en charge uniquement non médicamenteuse de l'ablactation.

La comparaison de nos résultats avec les données démographiques de différentes études nous permet de conclure que notre échantillon est représentatif car sa composition est semblable à celle de la population cible.

Enfin, un fort taux de réponse traduit l'intérêt des patientes porté à notre étude. Initialement, 180 questionnaires ont été distribués et 120 ont été recueillis, représentant un taux de participation à notre étude de 66,7%. Concernant le deuxième questionnaire, 15 patientes n'y ont pas répondu évaluant le taux de réponse à 87,5%.

3.5. Limites et biais

La publication des nouvelles recommandations a eu lieu durant la période de réalisation de l'étude. L'HAS a évoqué la possibilité de prescrire le lisuride ou la cabergoline pour l'inhibition de la lactation pour raison médicale. Le PRAC de l'Agence européenne des médicaments (EMA) a conclu que le rapport bénéfice/risque de la bromocriptine restait favorable dans l'indication « inhibition de la lactation » [29]. Son utilisation doit être réservée aux situations médicales. Les maternités instauraient progressivement ces inhibiteurs, restreignant ainsi le nombre de patientes éligibles donc le nombre de questionnaires distribués.

Peut-être aurait-il été intéressant de savoir si les patientes avaient réalisé une tétée de bienvenue à leur enfant. Si tel était le cas, la stimulation aréolo-mamelonnaire a alors pu biaiser les résultats. Mais ce biais peut être minimisé par les études de C.

GUINEHEUX et P. DURAND qui montraient que sur 275 et 130 patientes, seulement 19% et 11,5% réalisaient une tétée de bienvenue [39,34].

Les résultats de notre étude concernant la prise en charge antalgique ont pu être modifiés par le fait que ce type de médicament est également prescrit pour d'autres indications (césarienne, déchirure périnéale).

Enfin, notre étude ne nous permet pas de calculer la fréquence de survenue de complications telles que des mastites ou des abcès mammaires dans le cadre d'une prise en charge non médicamenteuse de l'ablactation car notre effectif est trop faible.

3.6. Perspectives

L'information est primordiale pour permettre une prise en charge satisfaisante. Celle-ci devrait idéalement être délivrée avant l'accouchement, dès lors que la patiente a fait son choix concernant le mode d'alimentation de son enfant. Un bref rappel serait fait à toutes celles qui n'allaitent pas durant le séjour à la maternité, et pas seulement en présence de signes cliniques. Pour cela, il serait intéressant de se renseigner sur le choix du type d'allaitement durant l'Entretien Prénatal Précoce (EPP) ou en consultations prénatales afin de pouvoir délivrer précocement les informations nécessaires concernant la sécrétion lactée. Ainsi, les patientes seraient plus attentives et réceptives aux explications.

Chaque établissement devrait être en mesure de proposer une prise en charge de l'ablactation par un accompagnement dans la gestion des symptômes de la sécrétion lactée aux patientes qui le désirent. Malgré l'absence d'inhibiteur de la lactation, une présentation exhaustive des solutions permettrait aux patientes de disposer de plusieurs outils pour la gestion de ces désagréments. De cette façon, elles seraient libres de choisir et de suivre la méthode qui leur semble la plus adaptée. La prise en charge de l'inhibition non médicamenteuse de la lactation est à initier en amont, avant le début des premiers symptômes. Bien que les professionnels estiment connaître les méthodes alternatives non médicamenteuses pour la prise en charge de l'ablactation, il semblerait

important de mettre en place une formation rappelant l'ensemble de ces méthodes en insistant sur la nécessité de les proposer de manière exhaustive aux patientes.

La possibilité de prendre un traitement antalgique par paracétamol et/ou AINS en cas de douleurs mammaires après le retour à domicile doit être conseillée systématiquement à chaque patiente qui n'allait pas. Il en est de même pour l'homéopathie de manière préventive puisque son efficacité a été démontrée lors d'une instauration rapide après l'accouchement.

Au cours du séjour en maternité, les patientes reçoivent une importante quantité d'informations les concernant elles et leur nouveau-né : les modifications cliniques, l'apprentissage des soins à procurer à leur enfant, les conseils sur l'alimentation, les rendez-vous pédiatriques mais aussi gynécologiques, la contraception, la rééducation périnéale, le retour de couches, les traitements éventuels... Celles concernant la prise en charge des signes physiques d'une congestion mammaire sont souvent peu retenues. Comme il a été souhaité par 85,7% des patientes (N=90), nous avons réalisé un dépliant regroupant toutes les explications et les conseils en cas de montée de lait non désirée [Annexe 3].

CONCLUSION

Au cœur d'une controverse, les traitements médicamenteux inhibiteurs de la lactation sont remis en question non pas pour leur efficacité, mais pour les risques qu'ils engendrent. Nombreuses sont les contre-indications qui limitent leur prescription. Le recensement d'effets indésirables graves a conduit les agences sanitaires à établir de nouvelles recommandations : leur utilisation doit être réservée aux situations médicales. Habitues à les prescrire systématiquement aux patientes n'allaitant pas, les équipes médicales doivent modifier leur prise en charge de l'ablactation par l'utilisation d'alternatives.

Notre étude a mis en évidence des limites dans cette nouvelle prise en charge : l'information sur la sécrétion lactée possible en cas d'allaitement artificiel est souvent tardive voire manquante, et la présentation des alternatives non médicamenteuses aux patientes n'est pas exhaustive. Désormais, la prise en charge nécessite un accompagnement et une information des patientes dans la gestion des symptômes et de la douleur, surtout pour le retour à domicile. Il est nécessaire de leur fournir tous les outils adéquats en présentant toutes les méthodes et techniques possibles, allant de l'application de glace sur les seins, aux antalgiques en passant par l'homéopathie.

Les explications concernant la sécrétion lactée seraient d'autant plus efficaces si elles étaient délivrées en période prénatale. La durée du séjour en maternité ne permet pas souvent de déceler les signes cliniques d'une congestion mammaire qui apparaissent principalement après le retour à domicile. La priorité est donc de préparer et d'informer toutes les patientes faisant le choix de l'allaitement artificiel dès que celui-ci est défini.

La prise en charge de l'ablactation non médicamenteuse doit initialement être anténatale. La continuité est assurée à la maternité et à domicile par les sages-femmes libérales. Les sages-femmes, présentes auprès des patientes lors de toutes ces étapes, se doivent de délivrer des informations actualisées et objectives.

Aussi, pour compléter notre étude, il serait intéressant de réaliser une revue de la littérature ou une enquête comparative sur l'efficacité des différentes prises en charge non médicamenteuses afin que chaque professionnel puisse prendre en charge ses patientes de manière objective.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Turck D., Vidailhet M., Bocquet A. et al. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Archives de pédiatrie*. 2013, n°20, p. 29-48.
- [2] Houdebine L.-M. Biologie de la lactation. Paris : EMC (Elsevier Masson), 2007. *Gynécologie/Obstétrique*, 5-008-A-30.
- [3] Courbière B. et Carcopino X. *Gynécologie obstétrique*. Edition 2011. Paris : Vernazobres-Gregg, 2011, p. 255-263.
- [4] Salanave B., De Launay C., Guerrisi C., Castetbon K. INVS. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane. France, 2012. *Bulletin Epidémiologique hebdomadaire*. 18 sept 2012, n°34
- [5] Gremmo-Feger G. Lactation humaine : nouvelles données anatomophysiologiques et implications cliniques. *Médecine Enfance*. Novembre 2006, p. 503-509.
- [6] Gabriel R. et Ceccaldi P.-F. Allaitement et complications. *La revue du praticien*. 2002, n°52, p. 69-72.
- [7] Berrebi A, Gassita L, Cohen M, et al. Inhibition de la lactation. *Mise à jour en Gynécologie et Obstétrique, CNGOF*. Paris, 1997, p. 295-307.
- [8] Prescrire. *Freiner la montée laiteuse sans médicament* [en ligne]. Mis en ligne en décembre 2012. Disponible sur www.prescrire.org [consulté le 12/12/2013]
- [9] Stephan J.-M. L'acupuncture dans l'engorgement mammaire et la mastite. *Acupuncture & Maxibustion*. 2011, n°10(3), p. 180-185.
- [10] Charvet C. L'allaitement artificiel : les médicaments homéopathiques au secours des patientes...et des soignants. *Cahiers de biothérapie*. Décembre 2013, n° 239, p. 62-65.
- [11] Berrebi A, Parant O, Ferval F. et al. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2001, volume 30, n°4, p. 353-357.
- [12] Mirkou A., Suchovsky D., Gouraud A., et al. Pratiques des prescriptions des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France. *Journal de Gynécologie Obstétrique, Biologie et Reproduction*, Paris, Avril 2012, n°41, p. 167-173.

- [13] ANSM. *Compte-rendu de la séance n°2 du 30 avril 2013*. Commission de suivi du rapport bénéfice/risque des produits de santé. 2013
- [14] Vidal 2014 : le dictionnaire. 90^{ème} édition, Paris.
- [15] ANSM. *Cabergoline Sandoz 0,5mg* [en ligne]. Disponible sur www.ansm.sante.fr [consulté le 12/04/2015]
- [16] Haute Autorité de Santé (HAS). *Commission de la Transparence : Cabergoline Sandoz® 0,5mg*. Avis du 7 Mai 2014.
- [17] Agence Nationale de Sécurité du Médicament. *Médicaments à base de : dihydroergotamine, dihydroergocristine, dihydroergocryptine-caféine et nicergoline - Rappel de lots* [en ligne]. Mis en ligne le 5/11/2013. Disponible sur <http://ansm.sante.fr> [consulté le 05/04/2014]
- [18] Barasinski C., Bernard N., Zenut M. Inhibition de la lactation en post-partum immédiat : les possibilités actuelles. *Vocation Sage-Femme*. Mars/Avril 2015, n°113, p. 40-43.
- [19] ANSM. *Résumé des caractéristiques du produit : Bromocriptine*. Mis à jour le 19/11/2009. Disponible sur <http://agence-prd.ansm.sante.fr/> [consulté le 06/01/2015]
- [20] Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSAPSS). *Compte-rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012*. Commission nationale de pharmacovigilance. 2012
- [21] Oladapo OT. Et Fawole B. Treatments for suppression of lactation. The Cochrane Collaboration. 2009
- [22] Tchoffo PA. Traitement pour la suppression de la lactation: Commentaire de la BSG (dernière mise à jour: 1er novembre 2009). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- [23] Harlory A. *Inhibition de la lactation : allopathie ou homéopathie ?* Mémoire sage-femme. Metz : Université Henri Poincaré, 2012.
- [24] Christophe-Ligonnière N. *Inhibition de la lactation : utilisation de traitements inhibiteurs ou « petits moyens » ?* Mémoire sage-femme. Nantes : Université de Nantes, 2010.

[25] Davie E. Un premier enfant à 28 ans. *INSEE Première*. Octobre 2012, n°1419.

[26] INSEE. *Nombre moyen d'enfants par femme de 2000 à 2012* [en ligne]. Disponible sur www.insee.fr [consulté le 29/04/2015].

[27] Kersuzan C., Gojard S., Tichit C., et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'Enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*. 7 octobre 2014, n°27, p. 440-449.

[28] Charpentier E. *Étude descriptive des raisons du choix de l'allaitement artificiel*. Mémoire de sage-femme. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2012

[29] European Medicines Agency (EMA). *CMDh endorses restricted use of bromocriptine for stopping breast milk production*. 21 Août 2014

[30] Office de la Naissance et de l'Enfance. *Allaitement maternel : situation en communauté française* [en ligne]. Disponible sur www.one.be [consulté le 17/05/2015].

[31] Blondel B., kermarrec M. *Enquête nationale périnatale : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*. INSERM-U.953, 2011

[32] HAS. *Recommandations de bonne pratique pour la sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Mai 2014

[33] Demangeon S. *Évaluation d'une stratégie alternative à l'inhibition médicamenteuse de la lactation : Étude sur la prévalence du choix, la symptomatologie clinique, la tolérance et la satisfaction maternelle*. Mémoire de sage-femme. Grenoble : Université Joseph Fourier, 2013.

[34] Durand P. *Évaluation de la montée de lait chez les femmes non allaitantes qui n'ont pas reçu de traitement inhibiteur de la lactation*. Mémoire Sage-femme. Université d'Angers, 2014.

[35] Mura C. *Analyse des connaissances et des pratiques des sages-femmes autour de l'arrêt de la lactation dans le post-partum immédiat*. Mémoire de sage-femme. Université de Dijon, 2009.

[36] Nguyen C. *Existe-t-il des alternatives à la bromocriptine ? Evaluation des pratiques au sein du réseau périnatal Lorrain*. Mémoire Sage-femme. Nancy : Université Nancy I, 2006.

[37] Kouchenour NK. Lactation suppression. *Clinical Obstetrics Gynecology*. Décembre 1980, 23(4), p.1045-1059.

[38] Launet S. *L'acupuncture et les petits maux*. Diplôme inter-universitaire d'acupuncture obstétricale. Université de Strasbourg, 2010.

[39] Miranda HF, Puig MM, Prieto JC, et al. Synergism between paracetamol and non steroidal anti-inflammatory drugs in experimental acute pain. *Pain*, March 2006, volume 121, p.22-28.

[40] Langlade A., Bonnet F. Efficacité comparée des anti-inflammatoires non stéroïdiens. *Mise Au Point en Anesthésie Réanimation*, 1997.

[41] Guineheux C. *Évaluation de la prise en charge de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitent pas*. Mémoire de sage-femme. École de Sage-femme d'Angers, 2013

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	2
SOMMAIRE.....	3
ABRÉVIATIONS.....	4
INTRODUCTION.....	5
DES MOYENS SYMPTOMATIQUES AU SECOURS D'UNE CONGESTION MAMMAIRE.....	5
TRAITEMENTS INHIBITEURS DE LA LACTATION : UNE SYSTÉMATISATION.....	7
UNE PRISE EN CHARGE NON SANS RISQUES.....	7
CONTROVERSE AUTOUR DE LA BROMOCRIPTINE : REMISE EN CAUSE ET ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE.....	8
ADAPTATION DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ABLACTATION.....	9
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	11
HYPOTHÈSES.....	11
OBJECTIFS.....	11
TYPE D'ÉTUDE.....	12
DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE.....	12
POPULATION.....	13
<i>Critères d'inclusion</i>	13
<i>Critères d'exclusion</i>	13
VARIABLES RETENUES.....	14
STRATÉGIE D'ANALYSE.....	14
CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET RÉGLEMENTAIRES.....	15
RÉSULTATS.....	16
EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ À J3.....	17
<i>Renseignements généraux</i>	17
Age, parité, terme.....	17
Catégories socioprofessionnelles.....	17
Antécédent d'allaitement maternel.....	18
<i>Le choix de l'allaitement artificiel</i>	18
Le moment du choix de l'allaitement artificiel.....	19
<i>Inconfort et douleurs mammaires</i>	19
Types de symptômes ressentis.....	19
Évaluation de la douleur mammaire.....	20
Moment de survenue des symptômes et de la douleur après l'accouchement.....	20
<i>Prise en charge de l'inhibition de la lactation</i>	21
Prises en charge proposées.....	21
Efficacité de la prise en charge proposée.....	21
Sollicitation de l'équipe médicale.....	22
<i>Informations délivrées aux patientes</i>	22
Le moment de l'information.....	22
EXPLOITATION DU QUESTIONNAIRE DISTRIBUÉ À J21.....	23
<i>La sortie</i>	23
<i>Inconfort et douleurs mammaires</i>	24
<i>Information délivrée</i>	26
<i>La gestion de la douleur à domicile</i>	27
COMPARAISON DES VARIABLES DE L'ÉTUDE.....	29
<i>Concernant l'information délivrée</i>	29
<i>Concernant la douleur</i>	30
Comparaison de la douleur à J3 et à J21.....	30

ANALYSE ET DISCUSSION.....	31
RÉSUMÉ DES PRINCIPAUX RÉSULTATS.....	31
<i>La population.....</i>	<i>31</i>
<i>Antécédents et choix d'allaitement artificiel.....</i>	<i>31</i>
<i>L'inconfort et la douleur.....</i>	<i>32</i>
<i>La prise en charge</i>	<i>32</i>
<i>L'information délivrée.....</i>	<i>33</i>
ANALYSE DES HYPOTHÈSES.....	34
<i>Une exhaustivité dans la proposition des prises en charge alternatives ?.....</i>	<i>34</i>
<i>Des informations délivrées tardivement ?.....</i>	<i>34</i>
<i>Des patientes seules face aux symptômes et à la douleur après leur retour à domicile.....</i>	<i>35</i>
<i>Des symptômes débutant après la sortie de la maternité ?.....</i>	<i>35</i>
DISCUSSION DES RÉSULTATS.....	36
<i>La sortie de la maternité</i>	<i>36</i>
<i>Information délivrée.....</i>	<i>36</i>
<i>Proposition des alternatives non médicamenteuses.....</i>	<i>38</i>
<i>Signes cliniques observés et douleur ressentie</i>	<i>39</i>
<i>Gestion des symptômes et de la douleur.....</i>	<i>40</i>
POINTS FORTS DE L'ÉTUDE.....	41
LIMITES ET BIAIS.....	41
PERSPECTIVES	42
CONCLUSION.....	44
BIBLIOGRAPHIE.....	46
TABLE DES MATIERES.....	50
ANNEXES.....	52

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire distribué à J3

Lettre d'information destinée aux accouchées

Étude 2014-2015 : « *Inhibition non médicamenteuse de la lactation* »

Chère madame,

Vous venez d'accoucher et avez fait le choix de nourrir votre enfant au biberon. C'est pour cette raison que je vous sollicite pour mon travail de recherche effectué dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'étudiante sage-femme.

Cette étude consiste à savoir si l'information que l'on vous a fourni sur les méthodes permettant d'éviter la montée de lait ou d'y faire face vous est suffisante. En effet, j'aimerais savoir si les conseils que l'ont vous a donné sont efficaces, si vous les avez compris et réussi à les appliquer. De plus, j'aimerais savoir si, lorsque vous serez rentrée chez vous, des douleurs ou des gênes apparaissent et si vous arrivez à y faire face.

Mon étude se déroule en deux temps. C'est pourquoi je vous serais reconnaissante de remplir ce questionnaire et de compléter, si vous le souhaitez, la partie détachable avec vos coordonnées.

Cela me permettra de vous recontacter dans 15 jours, par mail ou téléphone, afin de recueillir vos impressions sur une éventuelle montée laiteuse.

Merci de remplir ce questionnaire au 3ème jour de votre séjour et de le rendre à un membre de l'équipe s'occupant de vous.

S'il y a des questions que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à demander au personnel.

Votre participation à cette étude est volontaire, et en aucun cas vous êtes forcée d'y participer.

Ce questionnaire est anonyme et aucune information vous concernant ne sera divulguée.

Si vous souhaitez obtenir les résultats de cette étude, merci de me le préciser si dessous afin que je puisse vous les faire parvenir.

Je vous prie d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Laura KLEIN
Etudiante sage-femme
Ecole de sage-femme de Nancy
Tel. :06 64 86 92 10
e-mail : laura-klein@laposte.net

Questionnaire n°1

« L'inhibition non médicamenteuse de la lactation »

Questions générales

1) Quel est votre âge ? ans

2) Quelle est votre profession ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Employée | <input type="checkbox"/> Cadre |
| <input type="checkbox"/> Ouvrière | <input type="checkbox"/> Retraitée |
| <input type="checkbox"/> Agricultrice | <input type="checkbox"/> Étudiante |
| <input type="checkbox"/> Artisan, commerçant, chef
d'entreprise | <input type="checkbox"/> Sans emploi |
| | <input type="checkbox"/> Autre : |

3) Votre terme était prévu le (*mettre la date*) :

4) Vous avez accouché le (*mettre la date*) :

5) Il s'agit de :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Votre 1 ^{er} enfant (<i>prenez en compte la question n°7</i>) | <input type="checkbox"/> Votre 4 ^{ème} enfant |
| <input type="checkbox"/> Votre 2 ^{ème} enfant | <input type="checkbox"/> Votre 5 ^{ème} enfant ou plus |
| <input type="checkbox"/> Votre 3 ^{ème} enfant | |

6) S'il ne s'agit pas de votre premier enfant, comment avez-vous nourri votre (*vos*) premier(s) enfant(s) le premier mois de vie ? Mettez une croix dans la case correspondante.

	Nourri au sein	Nourri au biberon	Nourri au sein et au biberon
<i>Votre 1^{er} enfant</i>			
<i>Votre 2^{ème} enfant</i>			
<i>Votre 3^{ème} enfant</i>			
<i>Votre 4^{ème} enfant</i>			
<i>Votre 5^{ème} enfant</i>			

Le choix de l'allaitement artificiel

7) Pourquoi avez-vous choisi de nourrir votre enfant au biberon ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pour des raisons médicales | <input type="checkbox"/> Raison personnelle |
| <input type="checkbox"/> Par manque d'informations sur l'allaitement maternel | <input type="checkbox"/> Par peur de la douleur |
| <input type="checkbox"/> Suite à un échec d'allaitement maternel précédent | <input type="checkbox"/> Autre : |

8) A quel moment avez-vous décidé de donner le biberon à votre enfant ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Avant la grossesse | <input type="checkbox"/> Au 3 ^{ème} trimestre de grossesse |
| <input type="checkbox"/> Au 1 ^{er} trimestre de grossesse | <input type="checkbox"/> A l'accouchement |
| <input type="checkbox"/> Au 2 ^{ème} trimestre de grossesse | |

Concernant l'inconfort et la douleur

9) A ce jour, quels désagréments ressentez-vous ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Je ne ressens aucune gêne | <input type="checkbox"/> Rougeurs sur les seins |
| <input type="checkbox"/> Mes seins sont tendus | <input type="checkbox"/> Chaleur sur les seins |
| <input type="checkbox"/> Ecoulement de lait | |

10) Concernant la douleur ressentie au niveau des seins au cours de votre séjour à la maternité, mettez une croix sur cette échelle correspondant à votre niveau de douleur (*0 = je ne ressens pas de douleurs, 10 = je ressens une douleur maximale*)

0 ___|___|___|___|___|___|___|___|___|___ 10

11) A quel moment les symptômes et la douleur sont-ils apparus ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Moins de 12 heures après l'accouchement | <input type="checkbox"/> 3 jours après l'accouchement |
| <input type="checkbox"/> 24 heures après l'accouchement | <input type="checkbox"/> Je n'ai pas eu de douleurs |
| <input type="checkbox"/> 2 jours après l'accouchement | |

11) Combien de temps ont-ils duré ?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 jour ou moins | <input type="checkbox"/> 3 jours |
| <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> La douleur est toujours présente à ce jour |

Concernant la prise en charge

12) Que vous a-t-on proposé pour éviter les désagréments que vous ressentez (douleur, chaleur, rougeur, tension mammaire, écoulement de lait etc...) ? (*Plusieurs réponses possibles*)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Paracétamol (Efferalgan®, Dafalgan®, Doliprane®) | <input type="checkbox"/> Soutien-gorge adapté |
| <input type="checkbox"/> Anti-inflammatoire (Profenid®, Bi-Profenid®) | <input type="checkbox"/> Glace sur les seins |
| <input type="checkbox"/> Homéopathie | <input type="checkbox"/> Osmogel® |
| <input type="checkbox"/> Bandage des seins | <input type="checkbox"/> On ne m'a rien proposé |
| <input type="checkbox"/> Massage des seins | <input type="checkbox"/> Autre : |

13) Ce que l'on vous a proposé vous semble :

- Très efficace Efficace Pas assez efficace Pas du tout efficace

14) Avez-vous eu besoin de solliciter l'équipe médicale pour vous aider à surmonter cette douleur ?

- Oui Non

15) Si oui, cette aide a-t-elle été utile ?

- Oui Non

16) Cette aide a-t-elle été efficace ?

- Oui Non

Concernant l'information délivrée

17) Saviez-vous que l'on peut avoir une montée de lait même si on n'allait pas ?

- Oui Non

18) Savez-vous qu'il existe des traitements/techniques permettant d'empêcher la montée laiteuse ?

Oui

Non

19) Si oui, lesquels connaissez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Parlodel® (Bromocriptine)

Dostinex® (Cabergoline)

Homéopathie

Acupuncture

Bandage des seins

Autre :.....

20) Un médecin ou une sage-femme vous a-t-il parlé des effets possibles de la montée de lait et des techniques pour palier à la douleur ?

Oui

Non

21) Si oui, à quel moment avez-vous reçu ces informations ?

Avant la grossesse

Pendant les séances de Préparation à la Naissance

Lors d'une consultation

Après l'accouchement

22) Ces informations vous ont semblé :

Très complètes

Suffisantes

Assez complètes

Incomplètes

23) Selon vous, quel est le moment le plus adéquat pour recevoir ces informations ?

Avant la grossesse

Pendant les séances de Préparation à la Naissance

Lors d'une consultation

Après l'accouchement

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Maintenant, si vous acceptez de participer à la deuxième partie de mon étude, je vous prie de bien vouloir remplir le coupon ci-dessous. Ceci me permettra de vous contacter par mail ou téléphone d'ici 2 à 3 semaines pour un deuxième questionnaire.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à me contacter.

Laura KLEIN

<p><u>Nom</u> : Madame</p> <p><u>Numéro de téléphone fixe</u> :</p> <p><u>Numéro de téléphone portable</u> :</p> <p><u>Adresse e-mail</u> :@.....</p>

Annexe 2 : Questionnaire distribué à J21

Questionnaire n°2

Chère madame,

Vous avez accepté de participer à mon étude dans le cadre de mon mémoire d'étudiante sage-femme, durant votre séjour à la maternité. Il s'agissait de la première partie de la recherche. Je vous invite à répondre, si vous le souhaitez, à ce deuxième questionnaire qui constitue la deuxième et dernière partie de cette étude.

Ce travail de recherche permettra de savoir si la prise en charge que l'on vous a proposée à la maternité vous a convenu, ainsi que d'évaluer les douleurs et identifier les difficultés que vous avez pu rencontrer après votre retour à domicile.

Je vous rappelle que vos réponses sont anonymes.

Laura KLEIN

Rappels vous concernant

Date du jour (*jour/mois*) :/...../2014

Vous avez accouché le (*jour/mois*) :/...../2014

Vous êtes sortie de la maternité le (*jour/mois*) :/...../2014

Votre sortie s'est faite :

- Normalement
- Dans le cadre du PRADO (*une conseillère de l'assurance maladie m'a mis en contact avec une sage-femme pour mon retour à domicile*)
- En HAD (Hospitalisation À Domicile)
- Autre :

Concernant l'inconfort et les douleurs

Depuis que vous êtes rentrée chez vous, quels désagréments avez-vous ressenti ?
(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Je n'ai ressenti aucune gêne | <input type="checkbox"/> Rougeurs sur les seins |
| <input type="checkbox"/> Mes seins ont été tendus | <input type="checkbox"/> Chaleur sur les seins |
| <input type="checkbox"/> Écoulement de lait | <input type="checkbox"/> Autre :..... |

Concernant la douleur que vous avez ressenti au niveau des seins, une fois rentrée chez vous, mettez une croix sur cette échelle correspondant à votre niveau de douleur (0 = je ne ressens pas de douleurs, 10 = je ressens une douleur maximale)

0 | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | ___ | 10

A quel moment avez-vous ressenti ces gênes ?

- Je les avais déjà pendant mon séjour à la maternité
- Je les ai ressentis une fois rentrée chez moi

Si vous aviez des symptômes ou des douleurs le jour de votre sortie, à quel moment ont-ils cessé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Le jour de mon retour à domicile | <input type="checkbox"/> 4 jours après mon retour |
| <input type="checkbox"/> Le lendemain de mon retour | <input type="checkbox"/> 5 jours après mon retour |
| <input type="checkbox"/> 3 jours après mon retour | <input type="checkbox"/> 6 jours ou plus, après mon retour |

Si les symptômes ont débuté chez vous, quand ont-ils commencé ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Le jour de mon retour à domicile | <input type="checkbox"/> 4 jours après mon retour |
| <input type="checkbox"/> Le lendemain de mon retour | <input type="checkbox"/> 5 jours après mon retour |
| <input type="checkbox"/> 3 jours après mon retour | <input type="checkbox"/> 6 jours ou plus, après mon retour |

Combien de temps ont-ils duré en tout ?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Moins de 24h | <input type="checkbox"/> 3 jours |
| <input type="checkbox"/> 1 jour | <input type="checkbox"/> 4 jours |
| <input type="checkbox"/> 2 jours | <input type="checkbox"/> 5 jours ou plus |

Concernant l'information

Pour votre retour à la maison, vous a-t-on expliqué comment repérer les signes nécessitant une consultation par un médecin ou une sage-femme ?

- Oui Non

Vous avait-on parlé de la possibilité de prendre un médicament en cas de douleurs ?

- Oui : du paracétamol (Dafalgan®, Efferalgan®, Doliprane®)
 des anti-inflammatoires (Ibuprofène®, Profénid®)
 une crème à appliquer sur les seins (Osmogel®)
 autre :

- Non

Selon vous, quel est le meilleur moyen d'être informée des désagréments d'une montée de lait et des moyens et techniques pour y faire face ?

- Oralement
 Par une fiche explicative
 Oralement et avec une fiche explicative

Concernant la gestion de la douleur

Pour faire face à ces douleurs, avez-vous appliqué les conseils que vous avez reçus en maternité ?

- Oui Non Non car je ne m'en souvenais plus

Si vous avez eu la visite d'une sage-femme libérale le lendemain de votre retour à domicile, lui avez-vous demandé à nouveau des conseils pour soulager la douleur au niveau des seins ?

- Oui
 Non
 Aucune sage-femme n'est venue chez moi

Face à ces désagréments ou cette douleur au niveau des seins, vous êtes-vous sentie démunie, perdue ?

- Oui, je me suis sentie **totalemment** démunie/perdue
- Oui, je me suis sentie **moyennement** démunie/perdue
- Oui, je me suis sentie **légèrement** démunie/perdue
- Non, je ne me suis **pas du tout** sentie démunie/perdue

Avez-vous réussi à gérer cette douleur / ces désagréments ?

- Oui, j'ai réussi à gérer sans difficultés
- Oui, j'ai réussi à gérer mais avec difficultés
- J'ai eu du mal à gérer
- Non, je n'ai pas réussi à gérer

Avez-vous eu besoin de prendre un antalgique (antidouleur) pour faire face à la douleur ?

- Oui, j'ai pris du paracétamol (Dafalgan®, Efferalgan®, Doliprane®)
- Oui, j'ai pris des anti-inflammatoires (Ibuprofène®, Profénid®)
- Oui, du paracétamol et des anti-inflammatoires
- Oui, j'ai appliqué une crème sur les seins (Osmogel®)
- Non, je n'ai pas eu besoin
- Autre :

Depuis que vous êtes rentrée chez vous, avez-vous eu besoin d'appeler ou de consulter une sage-femme ou un médecin pour demander de l'aide suite à une éventuelle gêne ou douleur au niveau des seins ?

- Oui Non

Avec du recul, auriez-vous préféré que l'on vous propose un médicament pour empêcher complètement cette montée de lait ?

- Oui Non

Je vous remercie de votre participation.

Si vous désirez les résultats de cette étude, n'hésitez pas à me le faire savoir en me contactant par e-mail ou téléphone.

Laura KLEIN
Étudiante Sage-femme
École de Sages-femmes de Nancy
06 64 86 92 10 - e-mail : laura-klein@laposte.net

Annexe 3 : Dépliant informatif

Quelques informations...

Limiter les douleurs de la montée de lait

Se soulager grâce à des traitements antalgiques

• Qu'est-ce qu'une montée de lait ?

La montée de lait a lieu 3 à 5 jours après l'accouchement. A ce moment, les seins sont plus tendus et peuvent être douloureux.

• Il est possible d'avoir une montée de lait, même si vous n'allaitez pas

Après l'accouchement, le taux d'hormones diminue, déclenchant le début de la sécrétion de lait. Les premiers jours, il s'agit du colostrum.

• Comment l'éviter ?

Une montée de lait ne s'évite pas mais se prévient. Si les mamelons ne sont pas stimulés (par bébé notamment), la lactation s'interrompt spontanément et la montée de lait n'a pas lieu dans plus de 60% des cas.

Il existe des méthodes permettant de gérer les symptômes de la montée de lait, et de limiter la douleur associée

- Ne pas stimuler les mamelons

La stimulation des mamelons va déclencher la production de lait. Les massages de cette zone sont donc déconseillés.

- Porter un soutien-gorge adapté

Il permet d'éviter une stimulation des mamelons. Le bandage des seins, inconfortable, est déconseillé.

- Réaliser des massages

Ils permettent une expression manuelle en cas de congestion mammaire importante (en évitant de toucher les mamelons).



- Appliquer du froid sur les seins

Cette technique va diminuer le phénomène inflammatoire en cas de montée de lait.

L'utilisation de traitements antalgiques tels que le paracétamol et les anti-inflammatoires est possible pour soulager les douleurs mammaires

• Le paracétamol (Dafalgan®, Doliprane®, Efferalgan®...)

Prendre 1g/8 heures, sans dépasser 3g/jour.

• Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (Ibuprofène®, Advil®...)

La posologie varie en fonction des anti-inflammatoires. Demandez conseil à votre pharmacien.

• L'homéopathie

Les spécialités limitant les symptômes de la montée de lait sont : Apis Mellifica 9CH, Bryonia Alba 9CH et Belladonna 9CH. Prendre 5 granules 3 fois/jour.

Ces médicaments sont disponibles en pharmacie sans ordonnance. Demandez conseil à votre pharmacien.

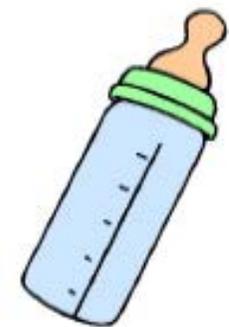
En cas de douleurs ingérables...

Si les symptômes ne sont plus gérables, ou si la douleur reste insupportable malgré tous ces conseils...

*Consultez une sage-femme ou
un médecin, ou rendez-vous
à la maternité*



Je nourris mon enfant au biberon



*Accompagnement de
l'inhibition de la lactation*

Université de Lorraine - École de sages-femmes de NANCY

Mémoire de fin d'études de sage-femme de KLEIN Laura - Année 2015

**Inhibition non médicamenteuse de la lactation :
Qu'en est-il au retour à domicile ?**

Étude observationnelle prospective auprès de patientes de trois maternités de Lorraine ayant fait le choix d'un allaitement artificiel entre le 30 Juin et le 30 Novembre 2014

Les inhibiteurs de la lactation sont remis en cause depuis que l'ANSM a jugé défavorable l'utilisation de la bromocriptine dans le cadre de l'ablactation. Les méthodes alternatives non médicamenteuses sont à préférer.

Notre étude a été menée sur 120 patientes durant 5 mois. L'évaluation des symptômes, des douleurs et de leur gestion s'est faite à la maternité et à domicile grâce à deux questionnaires distribués à J3 et J21. Près de la moitié des patientes ont reçu des explications sur une possible sécrétion lactée. Ces dernières ont majoritairement été délivrées après l'accouchement malgré le choix d'un allaitement artificiel avant ou au cours de la grossesse. Aussi, la prise en charge non médicamenteuse est globalement incomplète : les différentes alternatives ne sont pas présentées de manière exhaustive à toutes les patientes. Elles sont nombreuses à s'être senties démunies face aux symptômes d'une congestion mammaire débutant principalement après leur retour à domicile. Cependant, la douleur, plus importante qu'à la maternité, n'a pas empêché leur gestion.

La prise en charge non médicamenteuse de l'ablactation doit initialement être anténatale grâce à des explications adaptées, et poursuivie durant le séjour à la maternité ainsi qu'à domicile par une sage-femme libérale.

Inhibition lactation - alternatives allopathie - ablactation non médicamenteuse

Inhibitors of lactation are being reconsidered since the ANSM (French National Agency for Medicines and Health Products Safety) has ruled the use of bromocriptine unfavorable within the framework of ablactation. Alternative drug-free methods should be preferred.

Our study was conducted on 120 (female) patients for a period of 5 months. The evaluation of symptoms and pain was done at the maternity hospital and at home with the help of two questionnaires filled out on days 3 and 21 after birth. Nearly half of the patients got an explanation on a possible lacteal secretion. In most cases, these were released after birth despite a choice for artificial feeding before or during pregnancy. Also, the nondrug care was globally incomplete: the different alternatives were not thoroughly presented to all patients. They were numerous to feel deprived when coping with symptoms of mammary congestion, which usually began when they returned home. However, the related pain, which was greater than that suffered at the maternity hospital, did not hinder their management.

A drug-free care of ablactation prior to birth is mandatory because of strong evidence, and should be continued after birth in the maternity hospital and subsequently at home by a certified nurse midwife.

Inhibition lactation - alternatives allopathic medicine - drug-free ablactation