Prise en charge de la montée de lait en cas d'alimentation du nouveau né : quelle satisfaction des patientes ? Étude prospective multicentrique quantitative et qualitative du 15 septembre au 31 décembre 2014 dans 3 maternités du Finistère

Julie Mescam

▶ **To cite this version:**

Julie Mescam. Prise en charge de la montée de lait en cas d'alimentation du nouveau né : quelle satisfaction des patientes ? Étude prospective multicentrique quantitative et qualitative du 15 septembre au 31 décembre 2014 dans 3 maternités du Finistère. Sciences du Vivant [q-bio]. 2015. dumas-01276029

HAL Id: dumas-01276029

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01276029

Submitted on 18 Feb 2016

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

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

Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

ÉCOLE DE SAGES-FEMMES

UFR de médecine et des sciences de la santé

BREST

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDES

DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

ANNÉE 2015

Présenté et soutenu par :

Julie MESCAM

née le 27 novembre 1991

PRISE EN CHARGE DE LA MONTÉE DE LAIT EN CAS D'ALIMENTATION ARTIFICIELLE DU NOUVEAU-NÉ : QUELLE SATISFACTION DES PATIENTES ?

Étude prospective multicentrique quantitative et qualitative du 15 septembre au 31 décembre 2014 dans 3 maternités du Finistère

Directeur de Mémoire : Audrey Kerihuel, sage-femme

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je soussigné-e.....

Assure avoir pris connaissance de la charte anti-plagiat de l'Université de Bretagne Occidentale.

Je déclare être pleinement conscient-e que le plagiat total ou partiel de documents publiés sous différentes formes, y compris sur internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.

Je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour rédiger ce travail.

Signature

Remerciements

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué à l'élaboration de ce mémoire ;

Merci aux patientes de m'avoir accordé quelques minutes pour répondre à mes questionnaires ;

Merci aux équipes des maternités de Landerneau, Brest et Quimper pour leur participation à mon recueil de données ;

Merci à Gaëlle Delpech-Dunoyer, sage-femme enseignante, guidante de ce mémoire, pour sa disponibilité et ses précieux conseils tout au long de ce travail ;

Merci à Audrey Kerihuel, sage-femme au CH de Lorient, directrice de ce mémoire, pour ses connaissances et ses encouragements ;

Merci à Lolita Mercadié pour son aide et sa méthodologie.

Sommaire

1 .Introduction....5

2 .Méthodes....7

1 Type d'étude, durée, mode d'intervention....7

2 Terrain....7

3 Critères d'exclusion....8

4 Outil de recueil....8

5 Recueil des résultats et analyse statistique....9

3 .Résultats....9

1 Questionnaire en maternité (119 patientes)....10

1. Caractéristiques de la population....10
2 Suivi de grossesse :....11
3 Choix de l'alimentation artificielle :....11
4 Attentes des patientes dans la prise en charge de la montée de lait :....12

2 Questionnaire à 1 mois (52 patientes)....13

1 La montée de lait....13
2 Les thérapeutiques....15
3 L'efficacité clinique....15
4 L'accompagnement....17
5 La satisfaction globale....17

4 .Discussion....19

1 Rappel des résultats....19

2 Points forts et points faibles de l'étude....19

3 Comparaison avec la littérature....21

4 Place de l'information et rôle du médicament....21

5 En pratique clinique....22

5 .Conclusion....25

6 .Bibliographie....26

1 . Introduction

Aujourd'hui en France, environ 34 % des femmes décident de ne pas allaiter leur nouveau-né dans le post-partum (1). En général, la montée laiteuse intervient dans les deux à quatre jours qui suivent la naissance (2). Lorsqu'une femme n'allaite pas, la lactation s'arrête d'elle-même en une à deux semaines. Avant son interruption, elle peut entraîner des complications à type d'engorgements et de douleurs, qui motivent une prise en charge particulière de ces patientes.
Pour soulager ces maux, les professionnels de la périnatalité ont recours à différentes méthodes, qui vont de l'utilisation de « petits moyens » et de traitements antalgiques, à la prescription de dérivés de l'ergot de seigle, inhibiteurs de la lactation.

Une production de lait adéquate dépend de plusieurs facteurs indépendants :

- le développement d'une glande mammaire fonctionnelle
- une extraction efficace du lait (dépendant de l'éjection et de la succion de l'enfant)
- un environnement hormonal adapté. Le contrôle endocrine fait intervenir la prolactine, synthétisée dans l'hypophyse antérieure, pour la fabrication du lait, et l'ocytocine, synthétisée par la post-hypophyse, pour l'éjection. La prolactine est sous contrôle inhibiteur dopaminergique, et la sécrétion d'ocytocine dépend surtout de la stimulation du mamelon par l'enfant (2) (3). D'autre part, cette dernière contribuerait également au contrôle de la libération de prolactine par l'anté-hypophyse (4).

C'est donc à ces deux niveaux de régulation, endocrine et autocrine, qu'une solution peut être proposée pour prendre en charge la montée de lait chez les patientes qui ne souhaitent, ou ne peuvent pas allaiter.

Les dérivés de l'ergot de seigle sont des agonistes dopaminergiques, appelés inhibiteurs de la lactation. Ils contrôlent la sécrétion de prolactine, et donc la synthèse des constituants du lait.

La non-présentation de l'enfant au sein évite la stimulation du mamelon, et donc la sécrétion d'ocytocine. Cela « suffit à inhiber la production de lait chez 60 à 70 % des femmes, avec néanmoins des engorgements (30%) et/ou des douleurs (40%) » qui pourront être calmées par des antalgiques et des applications de glace (9).

En 2011, la prescription d'un traitement inhibiteur de la lactation était la méthode la plus

utilisée en France, la bromocriptine étant prescrite dans 89% des cas (1). Or depuis une vingtaine d'années, l'utilisation de cette molécule est controversée dans le monde. En effet, malgré une efficacité démontrée (5), la bromocriptine comporte de nombreuses contre-indications, et serait à l'origine de graves effets secondaires comme des symptômes psychotiques et des complications cardiovasculaires (6) (7) (8).

En 1994, la Food and Drug Administration (FDA) a retiré cette molécule du marché américain. En juillet 2013, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) jugeait le rapport bénéfice/risque de la bromocriptine défavorable dans l'indication « inhibition de la lactation », et portait l'affaire au niveau européen pour réévaluation par l'Agence Européenne du Médicament. Elle recommandait alors que : « l'utilisation d'un médicament inhibant la lactation [soit] réservée aux situations où l'inhibition de la lactation est souhaitée pour raison médicale. La prise systématique d'un médicament inhibant la lactation pour prévenir ou traiter l'inconfort ou l'engorgement pouvant survenir lors de la montée laiteuse n'est pas recommandée. » (9)

L'efficacité des dérivés de l'ergot de seigle dans la prise en charge de l'inhibition de la lactation n'est plus à prouver, mais la remise en cause de leur légitimité dans cette indication nous amène à réfléchir sur les pratiques actuelles et sur la pertinence de leur prescription.

D'autre part, en mars 2014 la Haute Autorité de Santé a établi des recommandations sur les conditions et l'organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux-nés à bas risque médical, psychique et social. La durée de séjour standard a été définie comme toute sortie de maternité de 72h à 96h pour un accouchement voie basse. Pour une partie d'entre elles, la montée de lait aura donc lieu après la sortie de la maternité. Les sages-femmes libérales réalisant le PRADO (Programme d'Accompagnement de retour à Domicile) peuvent ainsi accompagner ces mères.

D'après le référentiel métier et compétences de la sage-femme, les objectifs en maternité sont entre autres, de « s'assurer du confort de la patiente et de la mise en place de l'alimentation du nouveau-né (maternelle ou artificielle), en étant à l'écoute de la mère, en prodiguant des conseils, en prévenant les complications . » Les sages-femmes doivent donc être attentives aux demandes des patientes, et prendre en compte leurs attentes, leurs souhaits, notamment dans la prise en charge de la montée de lait non souhaitée en cas d'alimentation artificielle du nouveau-né.

À l'issue d'un travail de recherche réalisé en 2011 dans le cadre d'un mémoire de sage-femme dans les maternités du Morbihan, il a été démontré que dans la population étudiée, le

souhait des patientes non allaitantes était peu pris en compte dans le cadre de la montée de lait et que les pratiques étaient souvent systématiques (10). Les pratiques professionnelles sont très hétérogènes d'un établissement à l'autre: des protocoles de soins ont parfois été rédigés dans les établissements suite à l'avis défavorable de l'ANSM concernant la prescription de bromocriptine dans cette indication. Cette décision a d'ailleurs amené un certain nombre de professionnels à ne plus du tout prescrire de dérivés de l'ergot de seigle. Les antalgiques et les protocoles homéopathiques ont alors pris le relais dans les maternités.Mais ceux-ci répondent-ils à la demande des patientes ?

Dans ce contexte, il nous a semblé pertinent de nous intéresser au ressenti des patientes qui ne souhaitent pas allaiter, tant dans l'efficacité des thérapeutiques proposées que dans l'accompagnement.

L'objectif de cette étude est donc d'évaluer la satisfaction des patientes dans la prise en charge de la montée de lait non souhaitée. Quels facteurs influencent la satisfaction des patientes dans la prise en charge de la montée de lait non souhaitée et dans quelle mesure ?

Nous avons défini la satisfaction des patientes comme étant un élément subjectif multifactoriel, traduisant la conformité entre leurs attentes et les accomplissements. (11,12)

Nos hypothèses de travail sont les suivantes :

-l'efficacité clinique de la thérapeutique proposée n'est pas le facteur principal influençant la satisfaction des patientes.

-l'information par les professionnels et l'implication des patientes dans le choix des thérapeutiques sont les déterminants majeurs de leur satisfaction.

2 . Méthodes

Type d'étude, durée, mode d'intervention

Notre étude s'est déroulée du 15 septembre au 31 décembre 2014 dans le Finistère dans trois maternités de trois niveaux de soins différents. Il s'agit d'une étude prospective multicentrique, sous la forme d'une enquête de satisfaction quantitative et qualitative réalisée à l'aide de deux questionnaires.

Terrain

Nous avons choisi les maternités de Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de

Brest (niveau de soins 3), du Centre Hospitalier Intercommunal de Cornouaille (CHIC) de Quimper (niveau de soins 2b), et du Centre Hospitalier Ferdinand Grall de Landerneau (niveau de soins 1). Ces trois maternités nous permettaient de disposer d'un nombre conséquent de patientes, et d'une population variée du fait des niveaux de soins différents. Ces trois sites ont aussi été choisis du fait de leur proximité géographique facilitant la réalisation de l'étude.

Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion étaient les suivants : femme mineure, accouchement prématuré, femme ne comprenant pas le français, interruption médicale de grossesse (IMG) ou mort fœtale in utero (MFIU), tentative d'allaitement maternel pendant l'hospitalisation (nous ne considérons pas la tétée d'accueil en salles de naissances comme une tentative d'allaitement maternel), hospitalisation du nouveau-né en service de néonatalogie ou en réanimation néonatale.

Outil de recueil

Un premier questionnaire a été distribué pendant l'hospitalisation aux patientes n'allaitant pas leur enfant, entre J1 et J3 après leur accouchement. Celui-ci portait essentiellement sur des données socio-démographiques, obstétricales, et sur les attentes des patientes concernant la prise en charge de la montée de lait non souhaitée (annexe I). Il était accompagné d'une lettre d'information, expliquant notamment les objectifs de notre étude (annexe II). Le consentement des patientes était demandé afin de les recontacter un mois plus tard. Nous sommes allés personnellement distribuer le questionnaire aux patientes quand nous le pouvions. Quand cela n'était pas possible, nous avons demandé aux équipes de sages-femmes et d'étudiants présents de les transmettre aux patientes, puis de les récupérer. Nous passions dans les services une fois par semaine pour récupérer les questionnaires déjà remplis.

Un mois après l'accouchement, nous avons recontacté les patientes ayant donné leur accord, par téléphone ou par mail (suivant leurs préférences) afin des les interroger sur leur satisfaction. Le questionnaire portait sur : le moment de la montée de lait (à domicile, ou à l'hôpital), la durée de la montée de lait, la stratégie thérapeutique utilisée, son efficacité clinique, l'accompagnement reçu et la satisfaction globale des patientes (annexe III).

Nous avons construit les questionnaires en plusieurs étapes. Une première ébauche a été élaborée, en utilisant les facteurs que nous estimions intervenir dans la satisfaction des patientes. Nous avons confronté nos grilles à l'avis d'un expert pour affirmer leur validité. Puis nous avons testé nos questionnaires auprès de huit patientes, pour évaluer la pertinence de nos items et rajouter

des points que nous n'avions pas discutés.

Recueil des résultats et analyse statistique

Tous les résultats ont été retranscrits dans une feuille de calcul et interprétés à l'aide du logiciel STATISTICA. La description de la population et les réponses aux questionnaires ont été décrits par leurs effectifs et leurs pourcentages pour les réponses qualitatives. Les variables quantitatives ont été décrites par leurs moyennes, médianes, écart-type, minimum et maximum.

Les relations entre les variables dépendantes et indépendantes ont été évaluées à l'aide du coefficient de corrélation de Pearson lorsqu'elles ne comportaient qu'une modalité, et à l'aide d'ANOVA (Analysis Of Variances) lorsqu'elles comportaient plusieurs modalités de réponses.

3 . Résultats

En nous basant sur l'activité moyenne sur une période de 3 mois dans chaque établissement, nous avons transmis sur la période du 15 septembre au 30 novembre, 60 questionnaires à Landerneau, 200 à Quimper et 120 à Brest soit un total de 380 questionnaires.

	Landerneau		**Quimper**		**Brest**		**Total**	
	Nombre (n)	Pourcent.(%)	Nombre (n)	Pourcent. (%)	Nombre (n)	Pourcent. (%)	Nombre (n)	Pourcent. (%)
Accouchements	137		574		417		1128	
Alimentation artificielle	56	**40,9%**	232	**40,4%**	117	**28,06%**	405	**35,90%**
Questionnaires récupérés en maternité	**24**	**42,9%**	**36**	**15,5%**	**59**	**50,4%**	**119**	**29,4%**
Questionnaires envoyés à 1 mois	22		35		54		111	
Questionnaires à 1 mois récupérés	**9**	**40,9%**	**17**	**48,6%**	**26**	**48,1%**	**52**	**46,8%**

Tableau 1: Proportion de réponses aux questionnaires distribués du 15 septembre au 30 novembre

Une partie des données que nous avons traitées sont issues du questionnaire distribué en maternité, auquel nous avons reçu 119 réponses ; les autres proviennent du questionnaire envoyé 1 mois après l'accouchement, pour lequel nous comptons 52 réponses, soit 46,8 % des patientes ayant répondu au premier questionnaire. Nous avons reçu 34 réponses par mail et 18 par téléphone.

Questionnaire en maternité (119 patientes)

3.1 1. Caractéristiques de la population

3.1.1 Âge

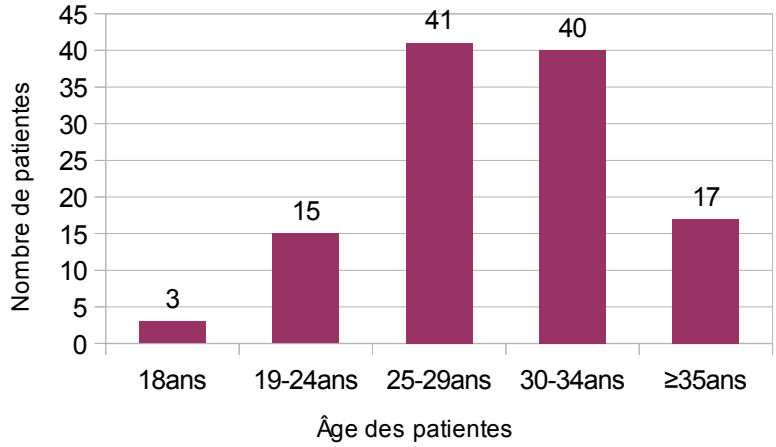


Figure 1: Âge des patientes

Trois patientes n'ont pas renseigné leur âge.

3.1.2 Catégorie socio-professionnelle

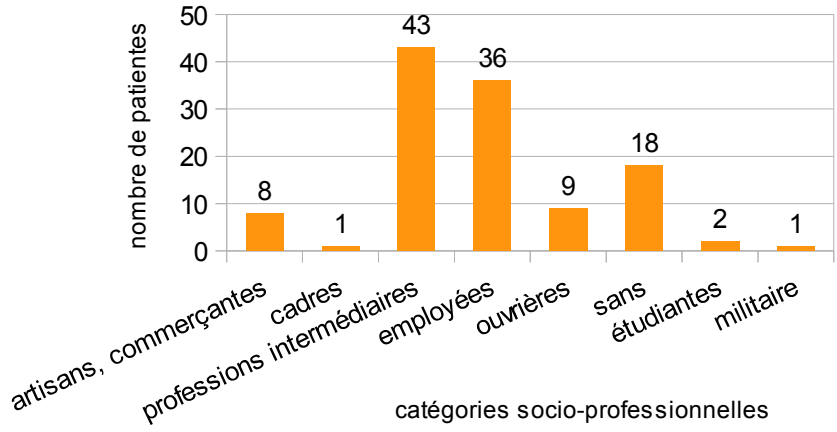


Figure 2: Catégories socio-professionnelles des patientes

Les professions intermédiaires regroupent les institutrices et assimilées, les professions paramédicales, les sages-femmes, les professions socio-éducatives, les professions administratives

de la fonction publique et des entreprises, les techniciennes.

La catégorie « employées » comporte les employées et agents de service de la fonction publique, les employées de commerce, les employées de service direct aux particuliers. Une patiente n'a pas répondu à cette question.

3.1.3 La parité

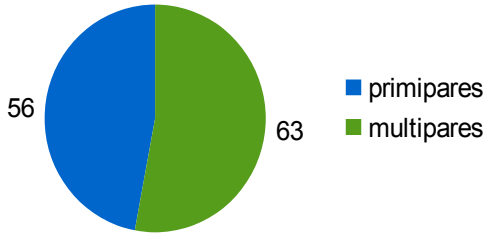


Figure 3: Illustration de la parité des patientes

3.2 Suivi de grossesse :

Sur les 119 patientes, 66 (55,5%) étaient suivies à l'hôpital et 45 (37,8%) en libéral. 8 (6,7%) ont déclaré avoir été suivies à la fois en libéral et à l'hôpital.

49 patientes ont été suivies par une sage-femme (41,2%), 46 par un gynécologue obstétricien (38,7%), 14 conjointement par une sage-femme et un gynécologue-obstétricien (11,8%). 5 patientes ont été suivies par leur médecin généraliste (4,2%). 4 ont déclaré avoir été suivies par une sage-femme et un médecin généraliste (3,3%), et 1 a répondu avoir été suivie par les 3 professionnels (0,8%).

72 patientes (60,5%) ont répondu ne pas avoir reçu d'informations sur la montée de lait pendant la grossesse.

L'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson nous montre qu'il n'existe pas de lien entre le professionnel qui suit la grossesse et la transmission d'informations concernant la montée de lait, *r(119)=0,05* ; ou entre le lieu de suivi de la grossesse et la transmission d'informations sur la montée de lait, *r(119)=0,06.*

3.3 Choix de l'alimentation artificielle :

Sur les 119 patientes contactées en maternité, 116 (97,5%) avaient choisi l'alimentation artificielle par choix, deux autres pensaient que l'allaitement leur était contre-indiqué (tabac et maladie de Basedow). Pour une seule d'entre elles, l'allaitement était réellement compliqué du fait d'une chirurgie mammaire pendant laquelle les canaux lactifères avaient été sectionnés.

Les raisons du choix revenant le plus souvent sont : un allaitement mal vécu pour une première grossesse (13 patientes), la volonté de faire participer le papa aux repas du nouveau-né (5 patientes), la pudeur (2 patientes), et l'anxiété (2 patientes). Les autres n'ayant pas justifié leur réponse.

3.4 Attentes des patientes dans la prise en charge de la montée de lait :

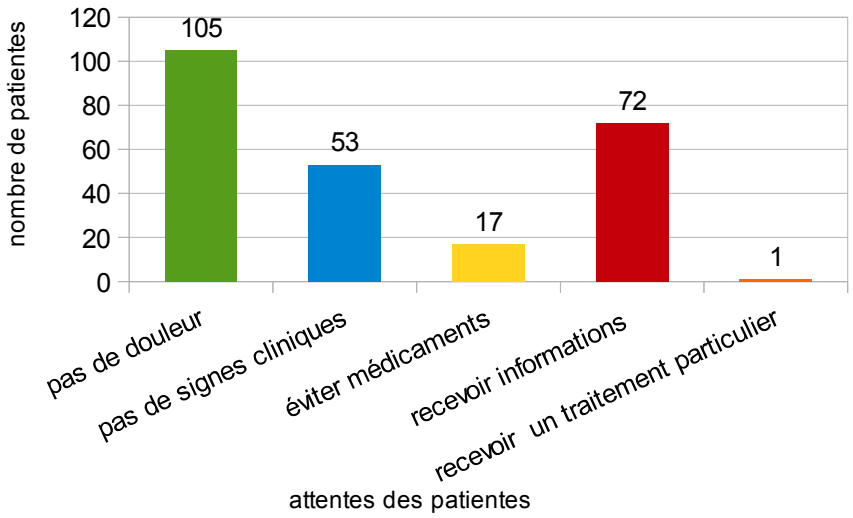
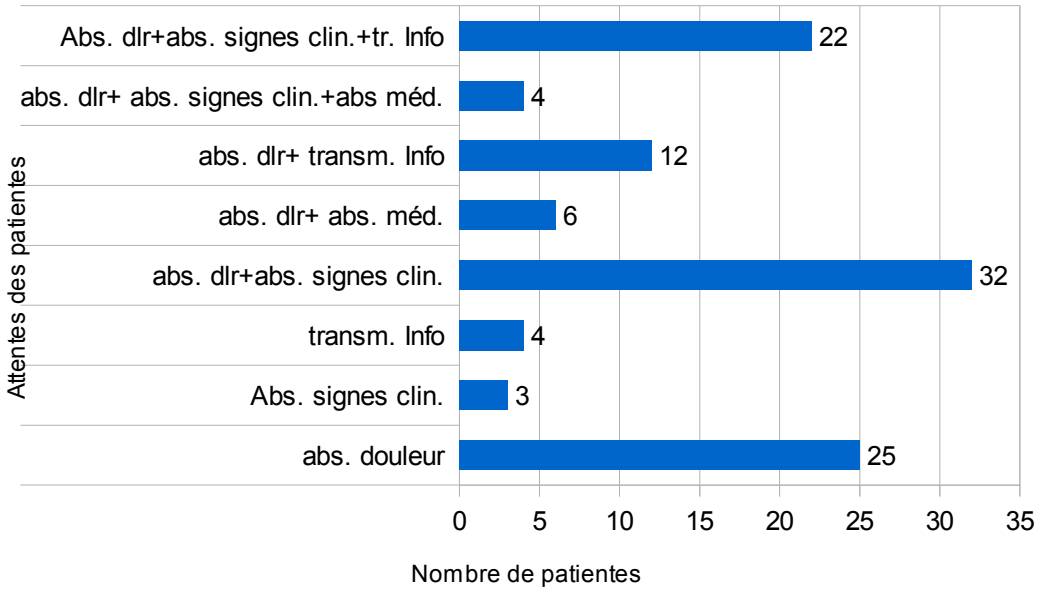


Figure 4: Attentes des patientes dans la prise en charge de la montée de lait

La majorité des patientes a répondu avoir plusieurs attentes ; le tableau ci-dessous présente donc les combinaisons revenues le plus souvent.



Abs.= absence, dlr.=douleur, signes clin.=signes cliniques, méd.=médicaments, transm.info= transmission d'information.

Figure 5: Attentes des patientes dans la prise en charge de la montée de lait

Seule une personne souhaitait recevoir un traitement inhibiteur de la lactation, une seule autre souhaitait éviter de prendre des médicaments.

Questionnaire à 1 mois (52 patientes)

3.1 La montée de lait

42 patientes (80,8%) ont déclaré avoir ressenti une montée laiteuse, 10 (19,2%) ont rapporté n'avoir rien ressenti.

Parmi les patientes ayant ressenti une montée de lait, 26 (61,9%) déclarent qu'elle a eu lieu à la maternité, et 16 (38,1%) qu'elle a eu lieu après le retour à domicile.

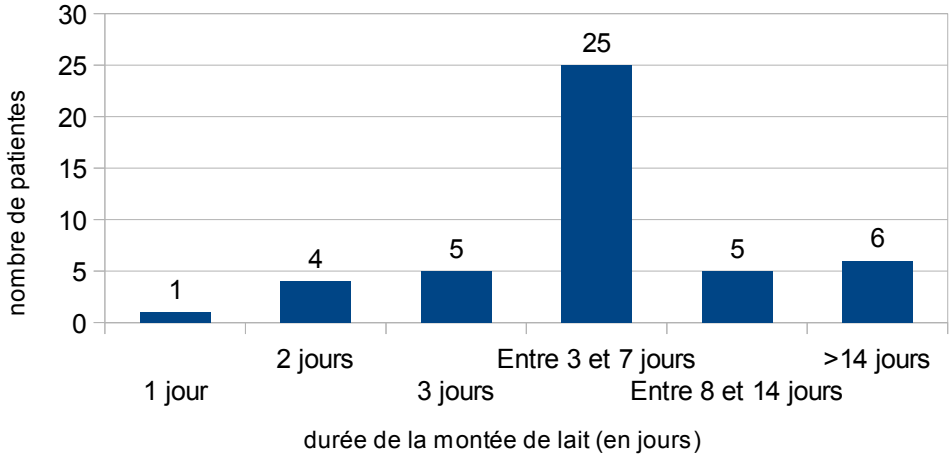


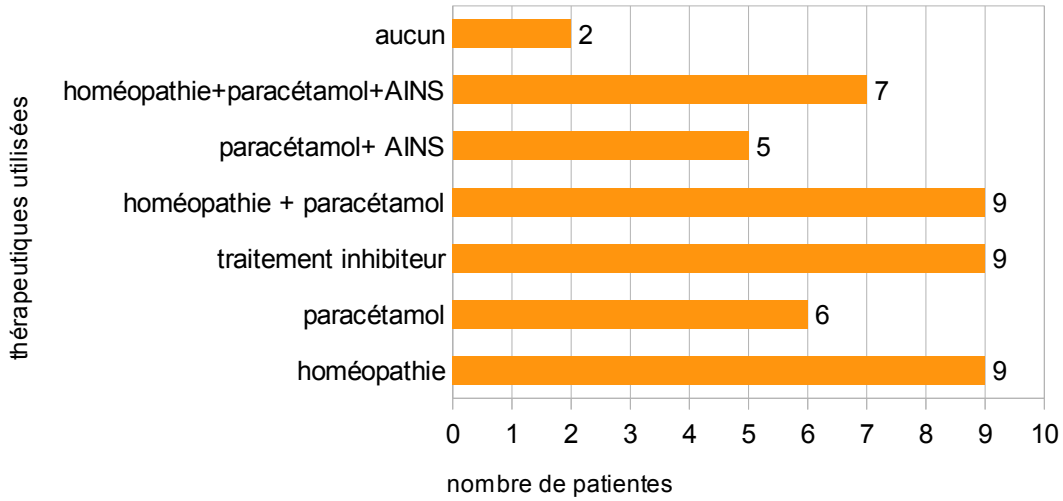
Figure 6: Durée de la montée de lait

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Écart type
durée montée de lait (en jours)	7,9	6	1	30	7,3

Tableau 2: Analyse de la durée de la montée de lait

Parmi les 16 patientes ayant ressenti leur montée de lait à domicile, 6 rapportent avoir eu une prescription de traitement antalgique en maternité. 8 disent avoir reçu des informations sur la montée de lait pendant leur séjour à l'hôpital, mais seulement 4 d'entre elles ont trouvé ces informations suffisantes. Nous avons retrouvé dans leurs témoignages qu'elles auraient surtout souhaité recevoir plus de renseignements sur la durée des symptômes, ainsi que des conseils pour apaiser l'inconfort et les douleurs.

3.2 *Les thérapeutiques*



AINS= anti-inflammatoire non stéroïdien

Figure 7: thérapeutiques utilisées par les patientes

Aucune patiente n'a utilisé d'AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens) seuls. 10 patientes ont utilisé de la glace, en complément d'une autre méthode. L'enfant n'était jamais présenté au sein.

13 patientes (25,0%) ont déclaré avoir eu le choix dans la stratégie thérapeutique, 34 (65,4%) n'ont pas eu le choix , 5 (9,6%) n'ont pas précisé de réponse.

3.3 *L'efficacité clinique*

L'efficacité clinique ressentie par les patientes était mesurée par une échelle allant de 0 (efficacité nulle) à 5 (excellente efficacité). 4 patientes n'ont pas répondu à cette question.

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Écart-type
Efficacité clinique	3,04	3	0	5	1,62

Tableau 3: Statistiques de l'efficacité clinique ressentie par les patientes

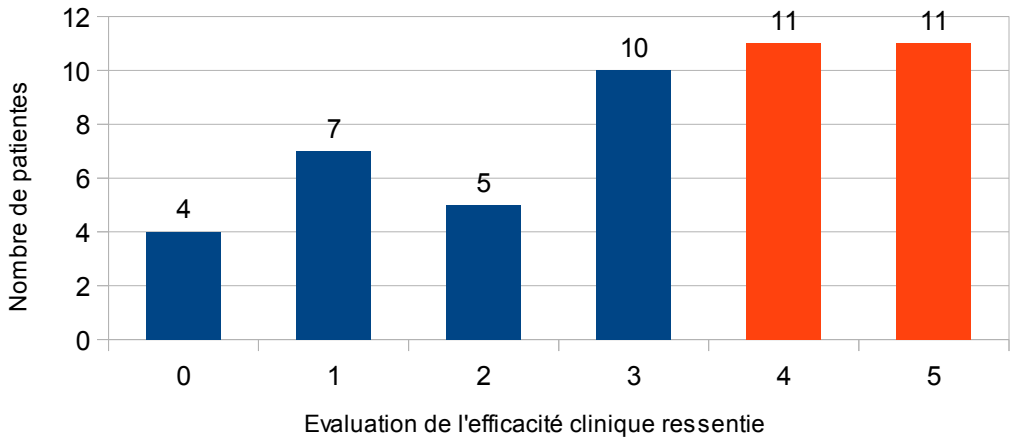
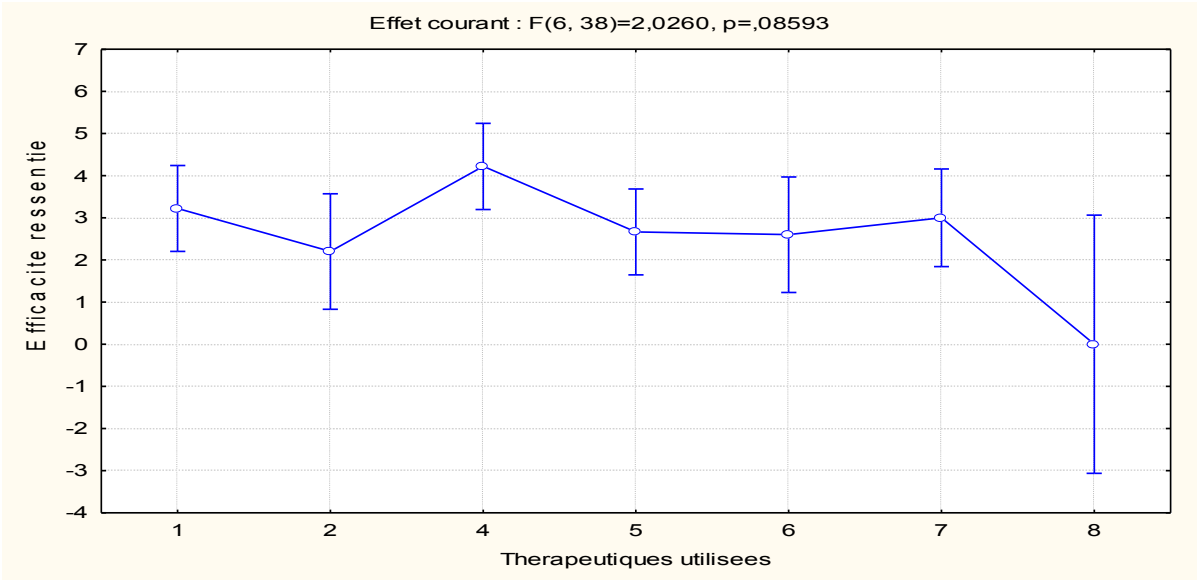


Figure 8: Efficacité clinique ressentie par les patientes

La relation entre efficacité clinique ressentie et les thérapeutiques utilisées a été étudiée à l'aide d'une ANOVA. Elle laisse apparaître une tendance, mais pas de différence significative ($p>0,05$). L'utilisation d'homéopathie, de paracétamol ou d'AINS apparaissent être de la même efficacité, tandis qu'un traitement inhibiteur de la lactation (type Dostinex®) paraît plus efficace.



1=homéopathie;2=paracétamol;4=traitement inhibiteur;5=homéopathie+paracétamol ; 6=paracétamol+ AINS ; 7=paracétamol+homéopathie+AINS ; 8=aucun

Figure 9: Corrélation efficacité/thérapeutique

3.4 *L'accompagnement*

23 patientes (44,2%) ont déclaré avoir reçu des informations sur les signes cliniques de la montée de lait en suites de couches, 29 (55,8%) n'en ont pas reçues.

Sur 28 primipares dans la population, 18 (64,3%) n'ont pas reçu d'information ; sur 24 multipares, 11 (45,8%) n'en ont pas reçues.

La satisfaction des patientes dans l'accompagnement reçu en maternité était mesurée sur une échelle de 0 (insatisfaite) à 5 (très satisfaite).

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Écart-type
Satisfaction accompagnement	3,31	3	0	5	1,54

Tableau 4: Statistiques de la satisfaction des patientes dans l'accompagnement

3.5 *La satisfaction globale*

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum	Écart-type
Satisfaction générale	3,14	3	0	5	1,56

Tableau 5: Statistiques de la satisfaction générale des patientes

La satisfaction globale des patientes était mesurée sur une échelle allant de 0 (insatisfaite) à 5 (très satisfaite). 1 personne n'a pas répondu à cette question.

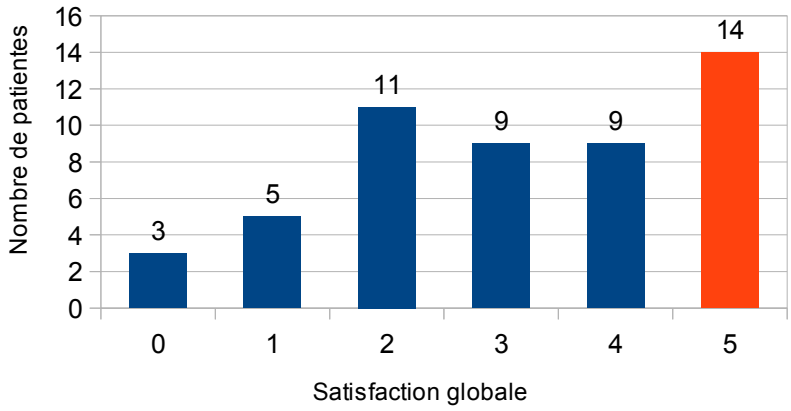


Figure 10: Évaluation de la satisfaction générale des patientes

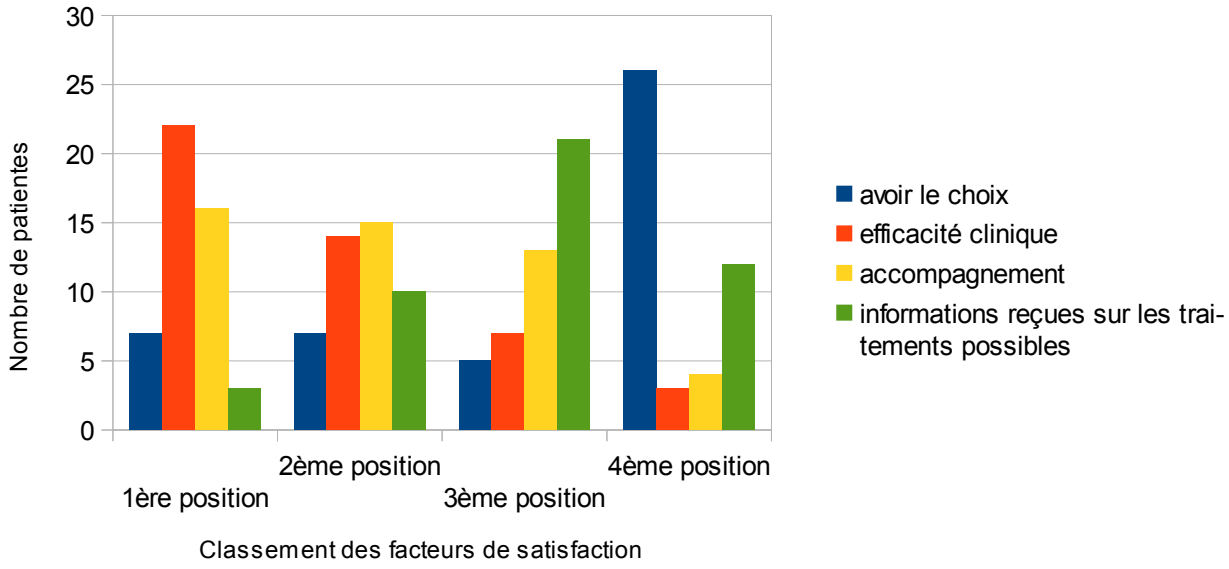


Figure 11: Analyse des facteurs de la satisfaction générale maternelle dans la prise en charge de la montée de lait

Les patientes ont classé les différents items selon leur implication dans leur satisfaction personnelle globale. Elles avaient la possibilité d'en ajouter si les items ne leur convenaient pas, mais aucune ne l'a fait.

L'utilisation du coefficient de corrélation de Pearson nous confirme que la satisfaction générale des patientes est corrélée à l'accompagnement proposé par les professionnels : $r(52)=0,76$; ainsi qu'à l'efficacité des thérapeutiques utilisées : $r(52)=0,66$. Cependant, elle n'apparaît pas comme étant corrélée au choix de la thérapeutique : $r(52)=-0,07$; ou aux informations données concernant les différents traitements possibles : $r(52)=-0,2$.

4 . Discussion

Rappel des résultats

Notre étude a donc mis en évidence que 60,5 % de notre population initiale n'avait pas reçu d'informations sur la montée de lait pendant leur grossesse, et ce quelque soit le professionnel ou le lieu du suivi de grossesse. En ce qui concerne les attentes des patientes, 88,1 % d'entre elles souhaitaient ne pas ressentir de douleur lors de la montée laiteuse.

À 1 mois, 80,8 % de nos patientes ont déclaré avoir ressenti une montée laiteuse, celle-ci ayant duré en moyenne 7,9 jours malgré une non exposition du nouveau-né au sein. 38,1 % des patientes ont ressenti les premiers symptômes après le retour à domicile.

Les traitements proposés aux patientes étaient variés, mais seules 25 % d'entre elles ont déclaré avoir eu le choix. Dans l'ensemble, les patientes étaient moyennement satisfaites de l'efficacité clinique des traitements reçus : 57,7 % d'entre elles lui attribuant une note inférieure ou égale à 3 sur 5. Nos analyses n'ont pas montré de relation significative entre l'efficacité ressentie et les différents traitements proposés aux patientes.

Seules 44,2 % des patientes ont reçu des informations sur les signes cliniques de la montée de lait en maternité. De ce fait, 50 % de la population n'était pas satisfaite de l'accompagnement proposé, lui attribuant une note inférieure ou égale à 3 sur 5.

Concernant nos hypothèses de recherche, notre étude les a invalidées en partie . Elle a en effet révélé que la satisfaction générale des patientes dépend en premier lieu de l'efficacité clinique des thérapeutiques proposées, ainsi que de l'accompagnement dont elles bénéficient pendant les premiers jours du post-partum en maternité. L'implication dans le choix des thérapeutiques n''apparaît pas être un facteur majeur de leur satisfaction. 44 % des patientes s'estimaient ainsi satisfaites de la prise en charge générale de leur montée de lait, avec une note supérieure ou égale à 4 sur 5.

Points forts et points faibles de l'étude

Notre étude faisait suite à plusieurs travaux de recherche ayant traité du sujet de l'inhibition de la lactation, souvent du point de vue des connaissances des sages-femmes et des pratiques professionnelles, mais rarement en s'attachant au ressenti et à la satisfaction des patientes. En cela, nos résultats nous paraissent intéressants car ils apportent un nouvel éclairage sur le sujet.

La distribution et la récupération des questionnaires en maternité se sont parfois révélées difficiles, les sages-femmes étant sollicitées par une activité importante. Le taux de réponses à 1 mois s'est aussi avéré plus faible que ce que nous avions espéré.

Nous avions souhaité attendre 1 mois entre les deux questionnaires pour ne pas perturber le retour des patientes à domicile et avoir du recul sur la durée de la montée de lait. Cependant, ce délai a pu influencer la qualité des réponses des patientes : nous les avons interrogées sur leur ressenti pendant le séjour, le temps a pu altérer leur mémoire émotionnelle et entraîner un biais dans leurs réponses.

Nous avons tenté de déterminer la satisfaction des patientes dans la prise en charge de la montée de lait non souhaitée, indépendamment du lieu où elles ont accouché, et donc des traitements et de l'accompagnement qui leur étaient proposés. Notre population n'étant pas équitablement répartie entre Landerneau, Brest et Quimper, il nous paraît important de garder un certain recul quant à l'interprétation de nos résultats. Ils reflètent précisément notre population et ne peuvent être extrapolés à un seul établissement.

Certains biais ont pu être mis en évidence au cours de notre étude : nous n'avons pas pris en compte l'existence ou non de préparation à la naissance des patientes, qui peut pourtant influencer les informations qu'elles reçoivent pendant la grossesse, et leur vécu en maternité. La satisfaction des multipares a pu être influencée par plusieurs facteurs : était-ce une première alimentation artificielle? Si non, avaient-elles reçu un traitement inhibiteur de la lactation lors de leurs précédents accouchements ?

Les résultats que nous avons recensés sont subjectifs. En effet, il est difficile de travailler sur la satisfaction d'un seul aspect du séjour en suites de couches et de dissocier l'accompagnement prodigué par le personnel en plusieurs critères. D'autre part, nous avons souhaité évaluer l'efficacité clinique toujours en nous basant sur le ressenti des patientes. Celui-ci pouvant être différent d'une patiente à l'autre, il rend difficile la généralisation de nos résultats.

En ce qui concerne les thérapeutiques proposées, les traitements antalgiques tels que le paracétamol et les AINS sont proposés aux patientes pour d'autres raisons que la montée de lait comme des douleurs périnéales, ou abdominales suite à une césarienne. Cela peut avoir entraîné de la part des patientes une sous-déclaration des traitements utilisés, car non spécifiques à la montée de lait.

Enfin, les questions ont parfois été mal comprises, dans chacun de nos deux questionnaires, amenant certaines patientes à ne pas y répondre. Nous pouvons aussi imaginer qu'il existe un biais

de réponse dans les questions pour lesquelles les patientes devaient évaluer leur satisfaction : elles ont pu la sur-coter lorsque nous les avons recontacter par téléphone plutôt que par mail, du fait de notre interaction directe.

Comparaison avec la littérature

Nous avons retrouvé que seule une faible proportion de patientes (25%) avait eu le choix du traitement. A. Souillard retrouvait des résultats similaires dans son étude réalisée à Clermont-Ferrand. (13)

Paradoxalement, A. Souillard retrouvait que seules 37 % des patientes souhaitaient une réelle information sur les traitements. De même, nous retrouvons que les patientes ne sont pas forcément demandeuses d'informations sur les traitements possibles ou d'une implication personnelle dans le choix des thérapeutiques. S. Demangeon, écrivait pourtant en 2013, suite à un travail de recherche réalisé dans 2 maternités de Grenoble, qu'impliquer les patientes dans le choix de leur médication paraissait avoir un impact sur leur satisfaction globale. (14)

Notre étude montre que les patientes souhaitent surtout ne pas avoir mal, et être accompagnées dans cette étape : elles souhaitent être soutenues et recevoir des informations, notamment sur les signes cliniques de la montée de lait. Cette demande est aussi mise en évidence dans le travail de Zenobia, en 2012 à Hong-Kong. (15)

Conformément à la revue de la littérature menée par Oladapo en 2012 (5), nous retrouvons que les patientes ayant reçu un traitement inhibiteur de la lactation ressentent une meilleure efficacité que les patientes ayant seulement eu recours à l'homéopathie et aux antalgiques.

Place de l'information et rôle du médicament

La satisfaction des patientes est notre objectif de soin. C'est l'indicateur qui permet de mesurer l'efficacité et la qualité de notre travail en tant que professionnel de santé.

Nous avons vu que la transmission d'information est au cœur de cette satisfaction. En effet, nous sommes passés, dans la seconde partie du XXème siècle, d'une médecine paternaliste, où le soignant a tout pouvoir et décide de ce qui est bon pour le soigné, à une médecine autonomiste : le patient est devenu acteur de soin, et prend désormais part aux décisions concernant sa santé. (16) (17) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a marqué une étape importante dans cette transition, en regroupant par écrit les grands principes de jurisprudence concernant le devoir d'information, notamment le droit du patient de recevoir une information claire, loyale et appropriée, et de donner ou non un consentement libre et éclairé aux

soins qui lui sont proposés (17).

L'information est donc un devoir du professionnel, mais c'est aussi et surtout ce qui permet l'établissement d'une relation de confiance entre le soignant et le soigné, d'où découle une meilleure qualité des soins.

Plus spécifiquement en maternité, les patientes ne sont, dans la majeure partie des cas, pas malades. Le personnel de santé est présent autour d'elles, de leur couple, pour leur apporter du confort, leur donner des conseils pour faciliter le retour à domicile, mais surtout pour qu'elles prennent confiance en elles, en leurs capacités, et qu'elles deviennent autonomes avec leur enfant. Dans cette optique, l'information est primordiale. Pour que ces objectifs de soins soient atteints, nous nous devons d'apporter aux femmes toutes les informations que nous jugeons appropriées pour que leur accouchement et ses suites se déroulent au mieux.

D'autre part, les médicaments et leur efficacité influencent aussi la satisfaction des patientes. Le médicament est une réponse de la bio-médecine à un mal-être objectif. Il permet, entre autre, de diminuer la douleur ressentie, et ainsi de donner une réponse à une demande du corps. Mais est-ce la seule réponse ? Avant que la médecine expérimentale ne devienne la médecine de référence, les populations se soignaient avec des remèdes traditionnels, ou acceptaient les modifications physiologiques de leur corps sans chercher à aller à l'encontre. (19) On peut donc se demander si chercher toujours plus d'efficacité dans les traitements améliorerait réellement la satisfaction des patientes, notamment dans la prise en charge de la montée de lait non souhaitée ? Ne serait-il pas souhaitable que les patientes acceptent ce processus physiologique qu'est la montée de lait, et apprennent à le gérer sereinement ? Là encore, le rôle des professionnels de santé, et notamment des sages-femmes, est primordial.

En pratique clinique

Les résultats de notre étude nous amènent à remettre en question les pratiques professionnelles dans l'accompagnement de la montée de lait en cas d'alimentation artificielle du nouveau-né. Pour améliorer la satisfaction des patientes, nous avons vu que nous pouvons intervenir sur les traitements, mais surtout sur l'information donnée.

En nous basant sur les recommandations de l'ANSM, de l'EMA et de la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM) (9,20,21), ainsi que sur un protocole de soins établi par le réseau de périnatalité des Pays de la Loire (annexe V) , nous avons retenu un schéma thérapeutique qui nous paraît pertinent.

PRÉVENTION :	**ANTALGIE :**
Non présentation du nouveau-né au sein Port d'un soutien-gorge adapté (type soutien gorge de sport) Pas de bandage ou de compression Information de la patiente sur les signes cliniques de la montée de lait Homéopathie : Ricinus 30 CH (1 dose de 5 granules pendant 3 jours) ou Lac Caninum 5 CH (5 granules à la demande)	Application de glace sur les seins (ou de chaud : à adapter en fonction du souhait de la patiente) Expression manuelle ou contre-pression aréolaire Homéopathie : Apis Mellifica 5 CH (5 granules 3 fois par jour) ou Bryonia 5 CH (5 granules 3 fois par jour) Paracétamol 1g 3 fois par jour Anti-inflammatoires si besoin (pendant 48 à 72h) : -Ibuprofène 400mg 3 fois par jour ou kétoprofène 150 mg/jour +/- Kétoprofène gel : 2 à 3 applications par jour

Tableau 6: Proposition de protocole de prise en charge de la douleur

Chaque patiente a une histoire, un vécu différent, il nous paraît donc important de leur exposer toutes les propositions, pour qu'elles puissent choisir celle qui leur convient le mieux. Notre étude a mis en évidence qu'elles n'accordaient qu'une importance secondaire au choix des thérapeutiques, mais nous savons que les traitements seront d'autant plus efficaces si elles y adhèrent.

Pour rappel, les dérivés de l'ergot de seigle, telle la bromocriptine, autrefois largement utilisés dans l'inhibition de la lactation, sont désormais à réserver aux patientes pour lesquelles l'inhibition de la lactation est souhaitée pour raison médicale (mort foetale in utero, interruption médicale de grossesse, décès néonatal, infection maternelle au Virus de l'Immuno-déficience Humaine...). (21) Pour autant, le traitement n'est pas obligatoire et sa prise sera à discuter avec la patiente. (22)

Le tableau ci-dessous recense les dérivés de l'ergot de seigle présents sur le marché français et leurs posologies. La quinagolide est la seule molécule qui ne soit pas un dérivé de l'ergot de seigle.

Nom DCI	Nom commercial	AMM	Posologie
Bromocriptine	Parlodel ® 2,5mg	oui	½ comprimé (cp) à J1, 1cp à J2, puis 1cp 2/jour pendant 14 jours
	Bromocriptine Zentiva ® 2,5 mg	oui	
Lisuride	Arolac ® 0,2 mg	oui	1 cp 2/jour pendant 14 jours à débuter dans les 24h suivant l'accouchement
Cabergoline	Dostinex®	non	
	Cabergoline Sandoz ® 0,5 mg	oui	1mg en prise unique dans les 24h suivant l'accouchement
Dihydroergocriptine	Vasobral®	non	
Quinagolide	Norprolac®	non	

Tableau 7: Classification des dérivés de l'ergot de seigle

DCI= Dénomination Commune Internationale
AMM= Autorisation de Mise sur le Marché

Enfin, l'information doit prendre une place prépondérante dans l'accompagnement des patientes. Nous proposons que le mode d'alimentation soit systématiquement abordé lors de l'entretien prénatal précoce. Ainsi, les informations sur une montée de lait non souhaitée pourraient être données aux patientes, et une trace écrite de leur transmission apparaîtrait dans les dossiers.

La grossesse et l'accouchement étant des moments où les futurs parents reçoivent beaucoup d'informations nouvelles, il ne nous paraît pas inutile de reprendre ces informations avec les patientes pendant leur séjour en maternité. Une feuille récapitulative pourrait également leur être distribuée (annexe VI).

Nous avons vu que la montée de lait pouvait survenir après le retour à domicile. Avec le PRADO, les patientes peuvent recevoir la visite d'une sage-femme à domicile qui permet une continuité des soins. Il nous semble alors important que les données relatives à la montée de lait soient aussi transmises aux sages-femmes libérales : présence d'une montée de lait ou non en maternité, existence d'une prescription d'antalgiques, conseils et informations sur la montée de lait reçus par la patiente.

5 . Conclusion

Lors de ce travail de recherche, nous nous sommes interrogés sur les facteurs influençant la satisfaction des patientes dans la prise en charge de la montée de lait en cas d'alimentation artificielle du nourrisson. Il apparaît, contrairement à nos attentes, que l'efficacité thérapeutique joue un rôle primordial dans cette satisfaction, tout comme l'accompagnement des patientes par l'équipe soignante. À l'inverse, l'implication dans le choix du traitement ne revêt pas d'importance particulière.

La récente remise en cause de la bromocriptine dans l'inhibition de la lactation a permis aux professionnels de s'interroger sur leurs pratiques dans l'accompagnement des patientes qui n'allaitent pas. Notre étude aborde donc un sujet d'actualité, mais en s'attardant sur le ressenti des patientes : variable peu étudiée dans les précédentes études. Cependant, un échantillon de population plus grand aurait sans doute permis de mettre en évidence l'efficacité des différentes thérapeutiques proposées.

60,5 % de nos patientes n'ont pas reçu d'informations sur la montée de lait pendant leur grossesse, et 55,7 % n'en ont pas reçu lors de leur hospitalisation. C'est donc à ce niveau qu'il faut intervenir en systématisant la communication sur la montée de lait. Une meilleure information des patientes aboutirait sans doute à une meilleure acceptation de ce processus physiologique, et donc à une meilleure satisfaction.

Une enquête auprès des professionnels pratiquant le suivi de grossesse (médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens, sages-femmes libérales) et des sages-femmes en maternité, pourrait nous permettre de comprendre pourquoi si peu d'informations sont données aux patientes, et donc de remédier à cette faille de notre système de soins.

6 . Bibliographie

1. Mirkou A, Suchovsky D, Gouraud A, Gillet A, Bernard N, Descotes J, et al. Pratiques de prescription des dérivés de l'ergot de seigle dans l'inhibition de la lactation en France. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction. 2012;41(2):167–73.

2. Gremmo-Féger G. Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement. Arch Pédiatr. 2013;20:1016–21.

3. Royal College of Midwives. Comprendre comment un bébé tète. Pour un allaitement réussi: physiologie de la lactation et soutien aux mères. Issy-les-Moulineaux: Masson; p. 1–6.

4. Samson W, Lumpkin M, McCann S. Evidence for a physiological role for oxitocin in the control of prolactin secretion. Endocrinology. 1986;(119):554–60.

5. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. In: The Cochrane Collaboration. 2012. [En ligne] http://cochrane.fr/index.php?option=com_k2&view=item&id=1456&recherche=&Itemid=537 Consulté le 5 décembre 2013

6. Gittleman DO, David K. Bromocriptine associated with postpartum hypertension, seizures, and pituitary hemorrhage. Gen hosp psych. 1991;(13):278–80.

7. Misdrahi D, Chalard R, Verdroux H. Episode maniaque induit par la bromocriptine en post-partum. J Gynecol Biol Reprod. 2006;(35):79–81.

8. Ghitu C, et al. Complications vasculaires de la bromocriptine dans la période du post partum. 2013;(169):A83.

9. ANSM AN de sécurité du médicament et des produits de santé. Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®) : le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation-Point d'information 2013. [En ligne] http://ansm.sante.fr/ Consulté le 25 octobre 2013

10. Kerihuel A. L'inhibition de la lactation: connaissances et pratiques des sages-femmes des maternités du Morbihan. Université de Bretagne Occidentale (Brest); 2011.

11. Labarère J, François P. Évaluation de la satisfaction des patients par les établissements de soins. Revue de la littérature. Rev Epidém et Santé Publ. 1999;175–84. [En ligne] http://scdproxy.univ-brest.fr:2215/article/106498/resultatrecherche/2 Consulté le 7 mai 2014

12. Heidegger T. L'évaluation de la satisfaction des patients a-t-elle un sens? Le praticien en anesthésie-réanimation. 2006;305–10.

13. Souillard A, Tawil B. L'inhibition de la lactation: quelle prise en charge pour les patientes ? Université de Clermont I; 2013.

14. Demangeon S, Dupré F. 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. Université Joseph Fourier (Grenoble); 2013.

15. Zenobia CC, et al. An exploration of postpartum women's perspective on desired obstetric nursing qualities. 2012 Sep;13–112. [En ligne] http://scdproxy.univ-brest.fr:2156/doi/10.1111/jocn.12093/pdf Consulté le 3 mars 2015

16. ANAES. In formation des patients- Recommandations destinées aux médecins. 2000. [En ligne] http://has-santé.fr Consulté le 2 mars 2015

17. Abellard V. L'évolution de l'obligation d'information, vers une remise en cause de la nature de la relation médecin-patient. 2005:91–118.

18. Nathalie Lelièvre. Comment bien informer son patient? La boîte à outils. Douleur Evaluation-Diagnostic-Traitement. 2008;9:279–81. {En ligne] http://10.1016/j.douleur.2008.08.002 Consulté le 3 mars 2015

19. Pierron J. Approche anthropologique du médicament: un objet symbolique. Ethique et santé. 2008;6:43–9. [En ligne] http://10.1016/j.etiqe.2008.06.003 Consulté le 2 mars 2015

20. Bassehila J, et al. Inhibition de la lactation dans le post-partum, recommandations COFAM. 2013. [En ligne] http://www.coordination-allaitement.org/dynamic/pdf/etudes/recommandations_cofam_inhibition_de_la_lactation_2013.pdf Consulté le 15 décembre 2014

21. European Medicine Agency. CMDh endorses restricted use of bromocriptine for stopping breast milk production. 2014 [En ligne] http://europe.ema.eu Consulté le 15 octobre 2014

22. Morinaux-Hardebolle M. Accompagner l'arrêt de la lactation sans bromocriptine. Doss obstét. 2013;(425):24–6. Annexes

ANNEXES

Annexe I : Questionnaire distribué en maternité aux patientes non allaitantes

QUESTIONNAIRE MATERNITÉ

Identité

Nom : Date de naissance :
Prénom : Profession :

Antécédents obstétricaux

Gestité (nombre de grossesses) : Parité (nombre d'enfants) :

Suivi de grossesse : Libéral Hôpital

Par : Sage-Femme Médecin généraliste Gynécologue-Obstétricien

Pathologie liée à la grossesse : Oui Non Si oui, laquelle ?

Modalités d'accouchement

Date d'accouchement : Age gestationnel à la naissance :

Mode d'accouchement : Accouchement voie basse Césarienne

Hospitalisation nouveau-né : Oui Non

Alimentation Artificielle

Raison : Par choix Allaitement contre-indiqué
Précisez :

Avez-vous reçu des informations pendant la grossesse sur la prise en charge de la montée de lait :
Oui Non

Quelles sont vos attentes concernant la prise en charge ? (Cocher les réponses qui conviennent)

□ ne pas avoir mal
□ ne pas avoir de signes cliniques (rougeur, tension dans les seins,...)
□ éviter les médicaments
□ recevoir des informations sur la montée de lait
□ recevoir une thérapeutique en particulier : laquelle ?

□ autre :

Consentement et Contact :

En signant ce questionnaire, vous m'autorisez à vous recontacter dans un mois pour la poursuite de l'étude.
Signature :

Comment préférez-vous être recontactée ? Téléphone E-mail

Adresse e-mail :
Numéro de téléphone:

Annexe II : Lettre d'informations aux patientes

Julie Mescam
Étudiante Sage-Femme 5ème année
École de Sages-Femmes de Brest
Mail : julie.mescam@etudiant.univ-brest.fr

A Brest le 28 août 2014,

Objet : Étude de satisfaction sur la prise en charge de la montée de lait

Madame,

Étudiante sage-femme en cinquième année à l'école de Brest, je vous sollicite pour participer à l'étude que je réalise pour mon mémoire de fin d'études.
Mon projet est d'évaluer le ressenti des patientes qui n'allaitent pas leur enfant, concernant la prise en charge de la montée de lait dans les jours suivant l'accouchement.

Un questionnaire vous sera remis en même temps que cette lettre d'information : sentez-vous libre d'y répondre, ou non. Avec votre accord, je vous recontacterai par téléphone un mois après votre accouchement pour recueillir vos impressions. Votre participation à cette étude est volontaire. Si vous ne souhaitez pas y prendre part, cela n'influencera en rien la qualité des soins que vous recevrez.
Les données personnelles recueillies resteront confidentielles et ne seront utilisées que dans le cadre de cette étude. Elles seront codées, de façon à préserver votre anonymat. Les données nominatives serviront seulement à vous recontacter. Une fois l'étude terminée, elles seront détruites.

Merci d'avance pour l'attention que vous porterez à cette étude, dont l'unique but est de contribuer à l'amélioration de la prise en charge de la montée de lait non souhaitée.

Cordialement,

Julie MESCAM, Étudiante Sage-Femme

Annexe III : Questionnaire distribué aux patientes à J30

ETUDE DE SATISFACTION DANS LA PRISE EN CHARGE DE LA MONTEE DE LAIT NON SOUHAITEE

1. Avez-vous ressenti une montée de lait ? **Oui** **Non**
2. Combien de temps a-t-elle duré ?
3. Combien de jours êtes-vous restée en maternité ?
4. Votre montée de lait a-t-elle eu lieu à l'hôpital ou à la maison ?
5. Avez-vous eu besoin d'appeler un professionnel à propos de la montée de lait depuis votre sortie ? (maternité, sage-femme libérale,...) **Oui** **Non**
6. Si oui, combien de fois ?
7. Pour quel motif ?

Montée de lait à la maison : (à ne remplir que si les premiers symptômes ont eu lieu à la maison)

1. Si elle a eu lieu à la maison, un traitement vous avait-il été prescrit à la maternité ?
   Oui **Non**
2. Avez-vous dû revoir un professionnel de santé pour demander un traitement concernant la montée de lait? **Oui** **Non**
3. Aviez-vous reçu des informations sur la montée de lait en maternité ? **Oui** **Non**
4. Si oui, étaient-elles suffisantes ? **Oui** **Non**
5. Qu'auriez-vous aimé savoir en plus ?

Quelle stratégie ?

1. Quelle stratégie thérapeutique avez-vous utilisé ?

   - Homéopathie
   - Acupuncture
   - Paracétamol
   - Anti-inflammatoires
   - Médicament inhibiteur(Dostinex, Bromo-kin, Parlodel, ...)
   - Glace
   - Non présentation de bébé au sein
   - Aucune
   - Autre

2. Avez-vous eu le choix de la thérapeutique utilisée ? **Oui** **Non**

Efficacité Clinique

1. Quel est votre degré de satisfaction concernant l'efficacité clinique de la méthode utilisée ? (traitement de l'inconfort, rougeurs, tensions, traitement de la douleur)

   0 1 2 3 4 5

Accompagnement

1. Avez-vous reçu des informations sur les signes cliniques de la montée de lait en maternité ?
   Oui **Non**

2. Quel est votre degré de satisfaction concernant l'accompagnement des professionnels ? (information sur les signes cliniques de la ML, équipe à l'écoute, réponse à vos questions)

   0 1 2 3 4 5

   Justifier :

Satisfaction globale

1. Quels sont les facteurs qui influencent le plus votre satisfaction ? (Numérotez-les du plus important au plus faible)
   - l'efficacité clinique (traiter les signes cliniques et la douleur)
   - l'accompagnement des professionnels (informations sur les signes cliniques, écoute...)
   - recevoir des informations sur les différentes stratégies possibles
   - avoir le choix
   - autre :
2. Quel est votre degré de satisfaction concernant la prise en charge globale de la montée de lait ?

   0 1 2 3 4 5
3. Vos attentes éventuelles concernant la prise en charge de la montée de lait ont-elles été comblées ?

   1. Oui **Non**

   Si non, justifier.
4. Avez-vous des remarques à faire sur cette prise en charge ?

Annexe V : Protocole des Pays de la Loire

Commission des sages-femmes
Commission Allaitement maternel

Inhibition de la montée laiteuse

Version du 20 juin 2013 - Additif en juillet 2013 avec l'avis de l'ANSM

Rédaction : A. de la BOURDONNAYE, H. THIERY, B. BRANGER, RSN

- Contexte

- 45 % des femmes en moyenne n'allaitent pas leur nouveau-né en sortant de maternité dans les Pays de la Loire. Des moyens pour favoriser l'inhibition de la montée laiteuse sont donc à mettre en place, en limitant les douleurs et l'inconfort.

- La sécrétion lactée en l'absence de mise au sein du nouveau-né est inhibée spontanément dans 70 % des cas (Berrebi 2007 au CNGOF [17]).

- Classiquement, des médicaments anti-prolactine sont administrés pendant 15 jours à 3 semaines. A. Mirkou [14], dans une enquête auprès des maternités françaises en 2012, a montré une utilisation dans 89 % des cas de la bromocriptine, dans 3 % la cabergoline et dans 7 % la dihydroergocriptine. B. Galouzeau de Villepin [15] a montré que leur efficacité est autour de 80 %, que des signes d'inconfort ont été observés dans 1/3 des cas environ, et des dangers potentiels ont été signalés. Un rebond à l'arrêt du traitement est observé dans 4 % des cas (au bout de 3 semaines).

- Pour mémoire, la bromocriptine, en France, a été commercialisée en 1978, elle a eu l'AMM pour l'inhibition de la montée laiteuse en 2002 (voir notice de l'ANSM). Aux USA, elle a été retirée du marché en tant que « inhibiteur de la lactation » en 1994. Voir également les recommandations du CNGOF de 2007 [17].

- *La COFAM va éditer en 2013 un communiqué déconseillant l'utilisation des agonistes dopaminergiques (à paraître). Voir également le communiqué de l'ANSM de juillet 2013 - en lien avec le CNGOF et le CNSF - l'relatif à l'utilisation des différents produits et les prévisions de commercialisation de nouveaux produits (dont la Cabergoline Sandoz® 0,5 mg). Une actualisation sera faite par le Réseau fin 2013.*

- Méthodes existantes

1. Bandage et compression des seins : pas recommandé

2. Médicaments agonistes dopaminergiques dérivés de l'ergot de seigle : bromocriptine avec une AMM (PARLODEL®, BROMOKIN®, Bromocriptine ZTV et Bromocriptine Zentiva), dihydroergocriptine sans AMM (VASOBRAL® ; non remboursé actuellement), cabergoline sans AMM (DOSTINEX®), lisuride, métergoline….), ou quinagolide (NORPROLAC®, sans AMM). Ils sont efficaces, mais peuvent être pourvoyeurs d'effets indésirables : HTA, infarctus du myocarde, AVC, hallucinations, convulsions… La fréquence n'est pas connue [17] : 77 cas dont 2 décès en 2008-2009 dans la région Rhône-Alpes. 123 cas non graves et 105 cas graves avec 2 décès dans les centres de pharmacovigilance en France de 1994 à 2010, ou encore 24 accidents signalés en 2012 à l'ANSM sur 1 160 360 accouchements.

Le risque global estimé (B. Branger) serait de 1 à 2 pour 100 000 prescriptions le plus souvent sans respect des contre-indications formelles : HTA, tabagisme, antécédents de troubles psychiatriques, antécédents de thrombose…

3. Autres produits : oestrogènes avec risque de thromboses veineuses, diurétiques sans essais thérapeutiques et avec risques de troubles hydro-électrolytiques**.**

4. Antalgiques ou anti-inflammatoires : un seul essai avec naproxène (APRANAX®)

5. Homéopathie : pas probant selon la revue de littérature de la revue Prescrire [7]. Proposition de RICINUS® 30 CH (1 dose 3 jours de suites), ou APIS MELLIFICA® (oedème) ou BRYONIA® (douleurs). Voir document du CNGOF (Berrebi 2007)

6. Autres traitements proposés par le CNGOF (Berrebi 2007)

✓ Anti-inflammatoires locaux : Antiphlogistine® pâte, Osmogel®…

✓ Acupuncture

- Méthodes proposées dans le RSN par le groupe de travail

1. Ne pas faire téter, mais il peut être pratiqué une expression manuelle en cas de douleur pour le confort, ou appliquer une **contre-pression aréolaire.**

2. Proposer **des moyens mécaniques** (destinés à limiter la douleur)

✓ La restriction hydrique n'a pas d'indication,

✓ Port de soutien-gorge,

✓ Application de froid en première intention, sinon voir si la femme est soulagée par le chaud ; voir pour les patientes asiatiques qui réclament seulement le chaud,

✓ Pas de bandage ni de compression.

3. Prescrire des **antalgiques** ou des **anti-inflammatoires**

✓ Paracétamol : 1 000 mg x 3 / jour

✓ Naproxène : 550 mg x 2 pendant 5 jours

✓ Ibuprofène : 400 mg x 3 / jour ou Ketoprofène : 150 mg / jour

✓ Le groupe de travail propose : EXTRANASE® : 3 comprimés x 3 / jour

4. **Homéopathie** possible :

✓ Dès le premier jour : RICINUS® 30 CH (1 dose de globules 3 jours de suite) ou LAC CANINUM® 5 CH (à la demande).

✓ Selon oedème ou douleurs : APIS MELLIFICA® 5 CH (1 dose de globules 3 fois à toutes les deux heures), ou BRYONIA® 5 CH (1 dose de globules 3 fois à toutes les deux heures)

✓ Autres **propositions** du groupe de travail : proposer des tisanes (sauge), ou appliquer des feuilles de choux

- Conseils à donner aux femmes

Les moments de délivrance de l'information peuvent être multiples : en prénatal, ou au moment de l'accouchement, ou en suites de couches ou avant la sortie.

Les conseils sont de plusieurs ordres :

Vous avez choisi de ne pas donner le sein… (ou vous avez choisi de donner le biberon)

✓ *Les moyens médicamenteux existent avec des inconvénients et des contre-indications,*

✓ *Sont à disposition des moyens proposés dans le RSN (ordonnance si besoin transmise à la famille),*

✓ *Les petits inconvénients à redouter : risque de montée de lait malgré la prise en charge, gêne passagère pour une durée n'excédant en général pas 48 heures,*

✓ *Rarement, des risques d'engorgement (douleur qui persiste, rougeur, fièvre) peuvent être observés : prévoir une consultation après la sortie auprès de médecins ou de sages-femmes en maternité, en ville ou en PMI.*

Références (tirées en partie de *Revue Prescrire* 2012, 32 ; 350 : 918-920)

1- Prescrire Rédaction - Promouvoir un allaitement maternel. Revue Prescrire 2008; 28 (297). 510-520.
2- Prescrire Rédaction. Inhibition de la lactation après l'accouchement. Revue Prescrire 1995;15 (152):440-445.
3- Schandlerl RJ et coll. Physiology of lactation- (mise â jour septembre 2012). In : Basow DS "UpToDate" UpToDate, Waltham 2012: version 20.10: 11pages.
4- Oladapo OT et Pawole B. Treatments for suppression of lactation (Cochrane review) (dernière révision 2012). In : The Cochrane Library John Wiley and Sons, Chichester. 20l2; issue 9 : 118 pages. 5- Comité de la pédiatrie communautaire. Le sevrage de l'allaitement. Paediatr Child Heatlh 2004, 9 (4) :259-263.
6- Bromocriptine Mesilate. In: "Martindale The complete drug reference". The Pharmaceutical Press, London. Site www.medicinescomplete.com consulté le 11 juin 2013 : 16 pages,
7- Prescrire Rédaction. Inhibition de la lactation gare aux agonistes dopaminergiques. Rev Prescrire 2010;

30 (325) : 828.
8- Prescrire Rédaction. Patients sous diurétiques/ Patientes sous contraceptif hormonal/ Patients sous agoniste dopaminergique" Rev Prescrire 2011 ; 31 (338 suppl. interactions médicamenteuses).
9- Afssaps. Commission nationale de pharmacovigilance, compte rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012. 22 mai 2012: 16 pages.
10- Piye-Avant M et coll. The combined oral contraceptive pill versus bromocriptine to suppress lac-tation in puerpertum : a randomized double blind study. J Med Assee Thai 2004; 87 (6) : 670-673.
11- Kaunitz AM et coll. Postpartum and postabortion contraception (mise à jour septembre 2012). In : Basow DS UpToDate, Waltham 21712 ; version 20.10. 19 pages.
12- Berrebi A et coll. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. J Gynécol Obstet Biol Reprod 2001 ; 30 (4) : 353-357.
13- Agence nationale de sécurité du médicament. RCP-Parlodel 19 novembre 2009 : 4 pages + RCP-Aralac 30 juin 2011 : 5 pages.
14- Mirkou A, Suchovsky D, Gouraud A, Gillet A, Bernard N, Descotes J, Vial T. Prescription des dérivés de l'ergot de seigle pour l'inhibition de la lactation en France . J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012 Apr;41(2):167-73
15- Galouzeau de Villepin B. Inhibition de la lactation dans le post-partum : bromocriptine vs cabergoline. Mémoire de sage-femme (Université Descartes). 2011 ; 126 pages.
http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/62/30/68/PDF/memoire_esfbaudelocque_galouzeau_de_Villepin.pdf
16- Notice de l'ANSM sur la bromocriptine http://agence-prd.ansm.sante.fr/php/ecodex/notice/N0213293.htm
17- Berrebi A, Gassita L, Cohen M et al. Inhibiteurs de la lactation. **CNGOF 2007**. Tome XX1, publié le 3/12/1997. http://www.cngof.asso.fr/d_livres/1997_GO_295_berrebi.pdf

Annexe VI : Proposition de fiche d'informations sur la montée de lait

- La montée de lait est un processus naturel, lié à la chute des hormones suite à l'expulsion du placenta lors de l'accouchement.
- Elle peut survenir dans les deux à quatre jours qui suivent la naissance.
- En l'absence de stimulation, la lactation s'arrête d'elle-même en une à deux semaines.
- Avant son interruption, elle peut entraîner des complications à type d'engorgements (rougeurs, chaleurs, tensions) et de douleurs.

Conseils de prévention :

Pour diminuer la gêne causée par la montée de lait vous pouvez :

-éviter les stimulations en ne présentant pas votre enfant au sein (une tétée d'accueil n'aura cependant aucun impact sur votre montée de lait)

-porter un soutien-gorge adapté à votre poitrine, à type de soutien-gorge de sport

-éviter les bandages ou les compressions.

Un traitement homéopathique de prévention pourra vous être proposé.

Anti-douleurs :

-Appliquer du froid sur vos seins permettra de diminuer la douleur causée par l'engorgement. Parfois, le chaud s'avère plus efficace.

-Prise de paracétamol systématique 1 gramme 3 fois par jour

Un traitement anti-inflammatoire en comprimés et/ou en pommade pourra vous être donné.

Si votre montée de lait n'a pas lieu lors de votre séjour à la maternité, un traitement antalgique vous sera prescrit pour votre retour à la maison.

RÉSUMÉ

Objectif. Évaluer la satisfaction des patientes dans la prise en charge de la montée de lait en cas d'alimentation artificielle du nouveau-né.

Matériel et méthode. Une étude prospective multicentrique sous forme d'une enquête de satisfaction a été menée entre le 15 septembre et le 31 décembre 2014. Un premier questionnaire a été distribué aux patientes répondant aux critères d'inclusion entre J1 et J3 dans les maternités des centres hospitaliers de Landerneau, Quimper et Brest. Les patientes ont été recontactées par mail ou par téléphone à 1 mois de leur accouchement pour répondre à un deuxième questionnaire.

Résultats. L'analyse des résultats a mis en évidence que 60,5 % de notre population n'a pas reçu d'informations sur la montée de lait pendant la grossesse, indépendamment du professionnel ou du lieu du suivi. 55,8 % des patientes recontactées à 1 mois n'ont par reçu d'informations en maternité. 80,8 % de ces patientes ont ressenti une montée de lait ; pour 38,1 % d'entre elles, la montée de lait a eu lieu après le retour à domicile. Notre analyse a montré que les facteurs influençant la satisfaction des patientes sont l'efficacité des traitements et l'accompagnement des patientes.

Conclusion. L'accompagnement des patientes et la transmission d'informations et de conseils par les professionnels de santé sont primordiaux pour améliorer l'acceptation de la montée de lait et la satisfaction des patientes dans sa prise en charge en cas d'alimentation artificielle du nouveau-né.

Mots-clés : Inhibition lactation. Montée de lait. Satisfaction. Post-partum. Informations. Antalgiques.

Titre: Prise en charge de la montée de lait en cas d'alimentation artificielle du nouveau-né : quelle satisfaction des patientes ?

Auteur: J. Mescam

Diplôme d'État de sage-femme, Brest, 2015