

Douleur et allaitement, une fatalité ?

Justine Bruneau de La Salle

► **To cite this version:**

Justine Bruneau de La Salle. Douleur et allaitement, une fatalité ?. Gynécologie et obstétrique. 2016.
<dumas-01415928>

HAL Id: dumas-01415928

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01415928>

Submitted on 30 Mar 2017

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.

UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

UFR DES SCIENCES DE LA SANTE SIMONE VEIL

Département de maïeutique

MEMOIRE DE DIPLOME D'ETAT DE SAGE-FEMME
DE L'UNIVERSITE DE VERSAILLES SAINT-QUENTIN-EN-YVELINES

DISCIPLINE / SPECIALITE : Maïeutique

Présenté par :

JUSTINE BRUNEAU DE LA SALLE

En vue de l'obtention du **Diplôme d'État de sage-femme**

DOULEUR ET ALLAITEMENT, UNE FATALITE ?

Soutenu le : 23 Juin 2016

Directeur de mémoire : Madame Claire PAQUIE, sage-femme, CHI Poissy Saint-Germain-en-Laye

JURY

Madame Mathilde LETOUZEY, pédiatre, CHI Poissy Saint-Germain-en-Laye

Madame Claire DRAN, sage-femme enseignante, Université de Versailles Saint-Quentin en-Yvelines

Madame Anne ROUSSEAU, sage-femme enseignante, Université de Versailles-Saint Quentin-en-Yvelines

Numéro national d'étudiant : 20701280

Avertissement

Ce mémoire est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'État de sage-femme. Ce document est 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 expose son auteur à des poursuites pénales.

Remerciements

Je tiens à remercier ma directrice de mémoire, Claire Paquié, pour avoir accepté de me suivre dans ce projet ainsi que pour sa disponibilité et ses conseils avisés,

Anne Rousseau, pour son aide précieuse pour l'analyse des résultats,

Marie Bourdillon, pour sa disponibilité tout au long de ces 4 années d'études,

Edith Changarnier, pour nous avoir accompagnés sur notre dernière ligne droite,

Les équipes hospitalières qui m'ont aidé à la distribution de mes questionnaires et les mamans sans qui je n'aurai pas pu aller au bout de cette étude.

Et enfin, mes parents, mes frères et sœurs et mes amis pour leur soutien, leur patience, leur écoute et leurs conseils pendant mes longues années d'études.

Table des matières

AVERTISSEMENT	II
REMERCIEMENTS	III
TABLE DES MATIERES	IV
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES FIGURES	VIII
LISTE DES ANNEXES	IX
LEXIQUE	X
DOULEURS ET ALLAITEMENT, UNE FATALITE ?	XI
PAIN AND LACTATION, A FATALITY ?	XII
INTRODUCTION	1
1 DOULEURS ET COMMENT LES EVITER	5
1.1 Mécanismes de la douleur	5
1.1.1 Sensibilité...	5
1.1.2 ...et douleur	5
1.1.3 Intégration de ces mécanismes dans les douleurs mammaires	7
1.2 Conditions optimales afin d'éviter les complications de l'allaitement	8
1.2.1 La prévention : l'accompagnement	8
1.2.2 La prévention : en post-natal	9
1.2.3 La prise en charge	10

2	ETUDE REALISEE	12
2.1	Questions de recherche et hypothèses	12
2.2	Matériel et méthode	12
2.2.1	Type d'étude et recueil des données	12
2.3	Population d'étude	14
2.3.1	Critères d'inclusion	14
2.3.2	Critères d'exclusion	14
2.4	Résultats	15
2.4.1	Description de la population d'étude	15
2.4.2	Evolution du taux d'allaitement au cours de l'étude	16
2.4.3	Taux d'arrêts de l'allaitement liés à la douleur	16
2.4.4	Evaluation de la douleur	17
2.4.5	Problèmes rencontrés lors de l'allaitement	20
2.4.6	Durée de la douleur	20
2.4.7	Prévention en pré-natal	21
2.4.8	Prévention en salle de naissance	22
2.4.9	Prévention en suites de couches	23
2.4.10	Prise en charge et accompagnement au cours des trois premiers mois d'allaitement	26
2.4.11	Influence de la pratique de l'allaitement sur les complications de l'allaitement	28
3	DISCUSSION	29
3.1	Caractéristiques de la population	29
3.2	Evolution de la douleur	30
3.3	Prévention de la douleur	31
3.4	Prise en charge de la douleur	33
3.5	Accompagnement	34
3.6	Limites et biais	35
3.7	Points forts de l'étude	36
3.8	Ouverture	36

CONCLUSION	38
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	43

Liste des tableaux

Tableau 1 Diagramme de flux.....	13
Tableau 2 Caractéristiques de la population.....	15
Tableau 3 Influence de la parité, des allaitements précédents et de la voie d'accouchement sur la douleur.....	18
Tableau 4 Influence des critères recommandés sur la présence de douleur en salle de naissance	22
Tableau 5 Influence des critères recommandés sur la présence de douleur en suites de couches	25
Tableau 6 Efficacité des conseils reçus en suites de couches (SdC) et à 1 mois	28
Tableau 7 Influence de la variation des positions, de l'allaitement (AM) à la demande et de l'utilisation de la tétine sur la douleur, les crevasses et les engorgements	28

Liste des figures

Figure 1 Evolution du taux d'initiation de l'allaitement maternel en France	2
Figure 2 Evolution dans le temps du taux d'allaitement maternel en France en 2012	3
Figure 3 Voies de conduction d'un stimulus nociceptif	6
Figure 4 Evolution du taux d'allaitement au cours du temps.....	16
Figure 5 Evaluation de la douleur avant et après avoir reçu des conseils	19
Figure 6 Répartition de la douleur dans le temps (jours)	21
Figure 7 Conseils reçus en prénatal	22
Figure 8 Comment positionner son enfant.....	23
Figure 9 Les différentes positions d'allaitement expliquées aux patientes (%)	24
Figure 10 Nombre de positions montrées (%)	24
Figure 11 Personnes rencontrées pour le soutien à l'allaitement (%).....	26
Figure 12 Variation des conseils reçus (%)	27

Liste des annexes

Annexe I : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel	44
Annexe II : Les différentes positions d'allaitement.....	45
Annexe III Questionnaire suites de couches.....	46
Annexe IV Questionnaire à 1 mois	52
Annexe V Questionnaire à 3 mois	55

Lexique

AA : Alimentation Artificielle

AM : Allaitement Maternel

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

ENS : Echelle Numérique Simple

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IHAB : Initiative Hôpital Ami des Bébés

NS : Non Significatif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORL : Otho-Rhino-Laryngé

PNNS : Programme National Nutrition Santé

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaine d'Aménorrhée

Unicef : United Nations International Children's Emergency Fund

Douleur et allaitement, une fatalité ?

Objectifs L'allaitement maternel est reconnu comme étant bénéfique à la fois pour la mère et pour l'enfant, malgré cela les taux d'initiation et de durée de l'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe. Plusieurs études se sont déjà intéressées aux facteurs influençant la durée de l'allaitement. Pour autant, peu d'études se sont interrogées sur l'influence spécifique de la douleur. Nous avons donc cherché à évaluer l'impact de la douleur sur la durée de l'allaitement, à étudier la prévention et la prise en charge proposées et à mettre en avant un nombre limité de conseils permettant de soulager la douleur.

Matériel et méthodes Nous avons réalisé une étude semi-quantitative descriptive multicentrique du 26 mai 2015 au 23 décembre 2015. Un questionnaire a été distribué en suites de couches aux mères allaitantes dans deux maternités d'Ile de France. Deux autres questionnaires ont ensuite été envoyés aux patientes respectivement un mois et trois mois après l'accouchement. Le premier questionnaire comportait des informations générales et des informations sur la prise en charge en maternité. Les deux autres questionnaires nous ont permis d'évaluer la présence ou non de douleur, sa durée, sa prise en charge, sa prévention et la durée de l'allaitement. Les logiciels Excel et R ont été utilisés pour l'analyse des résultats, ainsi que le test du Chi 2 et le test exact de Fisher.

Résultats Une majorité de femmes ressentent des douleurs pendant leur allaitement et ce quelque soit la parité, la voie d'accouchement et la préparation à la naissance. La douleur est responsable de l'arrêt de l'allaitement dans 20% des cas. Elle a été associée à la présence de crevasses dans 52.67% des cas en suite de couches. Une meilleure information notamment sur le positionnement de l'enfant et la variation des positions pourrait contribuer à faire diminuer ce taux.

Mots-clés : Allaitement, douleur, prévention, prise en charge, accompagnement

Pain and lactation, a fatality ?

Objective The breast-feeding is well known to be beneficial for the mother and for the child, nevertheless the rates of initiation and of duration of the breastfeeding in France are among the lowest in Europe. Several studies were realized to evaluate factors influencing the duration of the feeding. However, few studies wondered about the influence of the pain on the breastfeeding.

So we tried to estimate the impact of the pain on the duration of the lactation, to study the prevention and the care proposed, and highlight a limited number of advice allowing to relieve the pain.

Methods We realized a descriptive semi-quantitative multicentric study from May 26th, 2015 till December 23rd, 2015. A questionnaire was distributed in hospital to the feeding mothers in two maternity hospital of Ile-de-France. Two other questionnaires were then sent to the patients respectively one month and three months after the childbirth. The first questionnaire contained general informations and informations on the care in maternity hospital. Those two other questionnaires allowed us to estimate the presence or not of pain, its duration, its care, its prevention and the duration of the feeding. The Excel and R softwares were used for the analysis of the results, as well as the test of Chi 2 and the exact test of Fisher.

Results and conclusion A majority of women feel pain during their feeding, whatever the way of childbirth, the parity and birth preparation. Pain is responsible of the cessation of the feeding in 20% of the cases. It has been associated to cracks in 52.67% of the cases. A better information about the positioning of the child and the variation of positions might make this rate decrease.

Keywords : breast-feeding, pain, prevention, care, support

Introduction

1. Les bénéfices de l'allaitement

De nombreuses études ont démontré les bénéfices de l'allaitement pour la mère et l'enfant.

Concernant l'enfant, l'allaitement le protège des infections notamment virales, digestives, respiratoires et ORL (oto-rhino-laryngé) ^[1,2]. Il favorise également le développement sensoriel et cognitif et diminue le risque d'asthme, ou encore d'obésité ^[2,3].

L'AM a également des répercussions sur la santé maternelle en favorisant l'involution utérine et en réduisant le risque de cancer ovarien ou mammaire ^[4], d'ostéoporose ou encore de diabète de type 2 ^[2,5]. Il semblerait également que l'AM a un rôle bénéfique concernant la dépression du post-partum et le stress ^[2].

2. Les recommandations de l'OMS et de la HAS

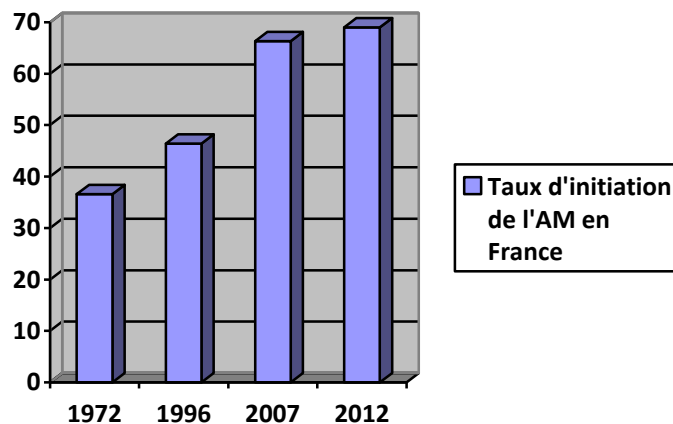
Les études ont donc permis l'évolution des recommandations et de la pratique de l'AM au fil des ans. Ainsi, l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) et la HAS (Haute Autorité de Santé) recommandent actuellement un allaitement maternel exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant et une poursuite jusqu'à ses 2 ans ^[1,6].

En plus de mettre en avant les avantages de l'allaitement sur la santé, ces deux organismes ont permis l'élaboration de recommandations sur la pratique de l'allaitement avec par exemple « Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » en 1989 ^[7].

En Europe, il a été montré que le taux d'initiation de l'allaitement à la naissance est supérieur à 90% en Norvège, Suède, Hongrie, Danemark ou encore en Suisse. Nous pouvons également noter qu'en Norvège le taux d'allaitement à 3 mois est de 86%, de 68% à 6 mois et de 42% à 9 mois ^[8,9,10].

En France, malgré une hausse du taux d'initiation de l'allaitement, celui-ci reste très largement inférieur à celui des autres pays européens. En effet, il est passé de 36.6% en 1972 à 46.4% en 1996 puis 66.3% en 2007 et 69% en 2012 ^[10,11,12,13].

Figure 1 Evolution du taux d'initiation de l'allaitement maternel en France



3. Historique français

Une explication à ce faible taux d'allaitement peut être la pratique historique de l'allaitement.

En effet, jusqu'à la fin du XIX^{ème} siècle, les enfants étaient souvent confiés à des nourrices. En 1890, les découvertes de Pasteur ont permis une amélioration de la qualité des biberons et des laits commercialisés qui ont ainsi été considérés comme de meilleure qualité que le lait maternel. Au XX^{ème} siècle, l'allaitement était soumis à des règles strictes compromettant sa réussite comme par exemple l'intervalle à respecter entre les tétées, les pesées systématiques, la durée des tétées...L'âge du sevrage était très variable. En 1956 il était de trois mois, en 1978 de huit jours.

Ce n'est que dans les années 80-90, que les initiatives de l'OMS ou encore de l'Unicef (United Nations International Children's Emergency Fund), avec notamment l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), ont permis un décollage du taux d'allaitement notamment en France^[11].

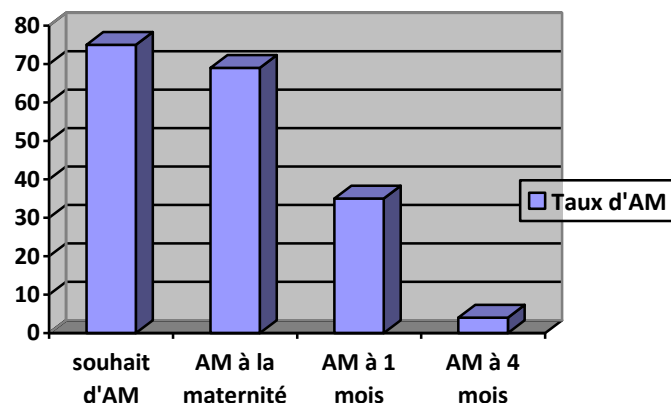
Malgré cela la France reste loin derrière les autres pays européens. Les institutions françaises continuent donc leurs campagnes de promotion afin de favoriser l'allaitement. La dernière action a été l'élaboration du PNNS (Programme National Nutrition santé) qui s'échelonnait de 2011 à 2015. Ce programme était basé sur des objectifs fixés par le Haut Conseil de santé publique concernant l'amélioration de la santé de la population en agissant sur la nutrition. La promotion de l'allaitement était la cinquième mesure de ce programme afin de réduire les inégalités de santé et

d'améliorer les pratiques alimentaires. Leur but était d'augmenter d'au moins 15% le taux d'initiation de l'allaitement, d'au moins 25% le taux d'allaitement exclusif et d'allonger de deux semaines la durée médiane de l'allaitement ^[14].

4. Situation actuelle

Malgré la hausse significative de la prévalence de l'allaitement, en regroupant plusieurs études, nous pouvons noter que sur les 75% des femmes enceintes qui déclaraient souhaiter allaiter leur enfant, 62.5% à 69% allaitaient effectivement leur nouveau-né à la maternité, 35% à un mois et 5% à 4 mois contre 65% en Suède et en Suisse par exemple ^[8,10,12,13].

Figure 2 Evolution dans le temps du taux d'allaitement maternel en France en 2012



L'étude Epifane était l'étude la plus récente et la seule ayant permis de récolter des données au niveau national. Les résultats montraient que la durée médiane de l'allaitement était de trois semaines et demi et que 25% des enfants étaient encore allaités à 6 mois parmi lesquels 50% bénéficiaient d'un complément ^[10].

Nous nous sommes alors interrogés sur les causes pouvant entraîner un arrêt précoce de l'allaitement et les mesures que nous pouvions proposer afin d'aider les mères à profiter pleinement de leur allaitement.

Certaines études se sont déjà penchées sur les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel. Les principaux facteurs étaient : le faible niveau d'études, l'âge, la primiparité, l'utilisation de la tétine, la perte de poids du nouveau-né, la peur

de ne pas avoir suffisamment de lait, le respect strict d'un intervalle régulier entre deux tétées, la mise au sein tardive ou encore le manque de soutien familial [15,16,17,18].

Parmi ces études, une en particulier avait attiré notre attention. En effet, cette étude montrait que 26% des femmes interrogées n'allaitaient pas par peur de la douleur et que les principales causes d'arrêt de l'allaitement étaient la douleur et les crevasses [19].

Cependant, peu d'études se sont interrogées sur l'impact de la douleur sur l'allaitement [6].

5. Douleur et allaitement

La douleur peut être banalisée par les mères. Pour certaines, il est même normal d'avoir mal au cours de la tétée. Et pour d'autres avoir mal montre que l'allaitement fonctionne bien.

Or, l'allaitement devrait être un moment de partage et de bien-être et non un moment douloureux.

La douleur est majoritairement liée à un mauvais positionnement, à la montée de lait ou un engorgement. Elle peut aussi être causée par certaines infections ou plus rarement à un frein de langue ou encore un palais ogival [6,20,21].

La douleur peut dans la majorité des cas être anticipée par une bonne position dès la première tétée, des mises au sein régulières à l'éveil de l'enfant, ou encore en évitant l'introduction de biberons et de tétines, qui sont autant de facteurs qui permettront d'éviter crevasses ou engorgement [6,20]. En cas d'infection ou de problème anatomique, la douleur est plus difficile à prévenir.

Nous allons donc voir dans la partie qui suit, comment est générée la douleur et comment y remédier grâce à la physiologie de l'allaitement.

1 Douleurs et comment les éviter

1.1 Mécanismes de la douleur

1.1.1 Sensibilité...

La délivrance se définit par l'expulsion du placenta et se caractérise notamment par une chute importante du taux de progestérone dans le sang maternel dans les 48 heures suivant l'accouchement. Le taux de progestérone comparé au taux d'œstrogène place alors la femme dans un état d'hyper-œstrogénie responsable d'une sensibilité accrue des mamelons. Il s'agit là du même mécanisme que lors de la puberté et la ménopause ^[22].

Cela peut donc expliquer une certaine sensibilité que peuvent ressentir les patientes les 3-4 premiers jours.

Cependant, nous ne devons pas confondre sensibilité et douleur.

1.1.2 ...et douleur

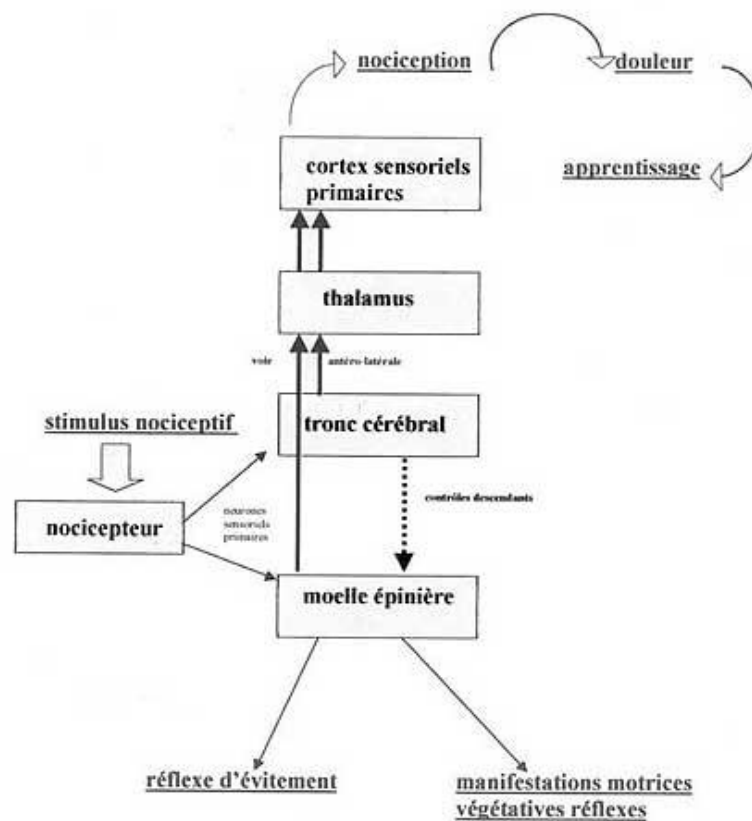
La douleur a été définie en 1979 par l'IASP (International Association for the Study of Pain) comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle, ou décrite dans des termes impliquant une telle lésion » ^[23]. Il existe également une variation interindividuelle de la perception de la douleur selon le seuil de chacun, mais également une variation intra-individuelle selon l'état émotionnel du patient. Une femme qui vient d'accoucher et qui subit une variation hormonale importante peut donc avoir un seuil de perception de la douleur plus bas ^[24].

La peau est très sensible au toucher et à la pression de par la présence de récepteurs appelés corpuscules de Ruffini et de Meissner. Au niveau des mamelons richement innervés se trouvent de nombreux récepteurs nociceptifs, c'est-à-dire des « cellules nerveuses capables de générer et transmettre des signaux électriques »,

avec des terminaisons nerveuses libres et qui répondent à des stimuli nocifs pouvant produire des dommages tissulaires comme par exemple les crevasses [24].

La figure ci-dessous nous explique l'intégration du stimulus [24,25].

Figure 3 Voies de conduction d'un stimulus nociceptif



Lorsqu'un récepteur est stimulé par un signal douloureux, il active deux voies de signalisation.

La première voie est celle qui va stimuler la moelle épinière, provoquant un réflexe de protection, comme par exemple dans notre cas retirer l'enfant du sein pour se protéger de la douleur.

La deuxième voie correspond à la stimulation des voies ascendantes grâce à trois sortes de fibres sensorielles :

- ✓ Fibres A β et A δ qui sont de petites fibres myélinisées. La myéline permettant d'augmenter la vitesse de transmission du signal.

- ✓ Fibres C non myélinisées donc avec une vitesse de transmission plus lente.

Ces fibres transmettent l'information au thalamus puis au cortex somesthésique dont le rôle est d'identifier la sensation perçue et la partie du corps concernée en identifiant l'origine des faisceaux sensoriels ascendants.

Une voie collatérale peut également être activée, en allant jusqu'à l'hypothalamus et au système limbique. Cette collatérale est responsable de réactions annexes comme l'anxiété, la nausée, les vomissements ou la sudation et est différente pour chaque individu. Cela peut expliquer pourquoi chaque personne réagit différemment face à la douleur ^[24].

1.1.3 Intégration de ces mécanismes dans les douleurs mammaires

La glande mammaire est constituée de lobes reliés au mamelon par les canaux galactophores.

Au sein des lobes, les acini contiennent des cellules appelées lactocytes, elles produisent et stockent le lait, et sont entourées de cellules myoépithéliales qui en se contractant permettent l'éjection du lait via les canaux galactophores.

La production et l'éjection du lait sont permises par activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire : en réponse à la succion, l'hypophyse va produire deux types d'hormones, la prolactine et l'ocytocine. La prolactine est nécessaire à la production et au stockage du lait, tandis que l'ocytocine en permet l'éjection. A cela s'ajoute un rétro-contrôle négatif via la prolactine permettant d'éviter la synthèse de lait supplémentaire lorsque le sein est « plein » ^[26]. La production et l'éjection de lait dépendent donc des tétées.

Ce rappel de physiologie nous permet de comprendre le mécanisme des engorgements.

L'engorgement se définit comme un « œdème résultant de la stase capillaire et lymphatique » ^[26]. Il est favorisé par les douleurs lors de l'allaitement, un enfant qui tète mal, une anxiété de la mère et le sevrage.

Un enfant qui tète mal aura une mauvaise succion donc une mauvaise stimulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Une mère anxieuse ou qui a mal lors des tétées mettra moins son enfant au sein entraînant un nombre de tétées insuffisant ce qui pourrait provoquer une stase lactée et augmenter la stase lymphatique.

En cas de succion insuffisante, il n'y aura certes pas de production supplémentaire de lait grâce au rétro-contrôle négatif de la prolactine, mais il n'y aura pas non plus de synthèse d'ocytocine permettant l'éjection du lait. Les seins seront alors lourds, tendus et douloureux entraînant des difficultés à prendre le sein. On entre alors dans un cercle vicieux.

Concernant les crevasses, la cause principale est une mauvaise prise du sein, surtout lorsque l'enfant ne tète que le mamelon et non pas l'aréole. Nous nous retrouvons alors dans une situation où la patiente redoute les mises au sein à cause de la douleur, les limite, et est à risque d'engorgement.

Le tout maintenant est de ne pas stimuler les récepteurs nociceptifs situés au niveau du mamelon et de faire en sorte que l'enfant prenne bien le sein afin d'éviter les cercles vicieux.

Nous allons donc voir comment faire cela et quels autres moyens nous avons à notre disposition afin d'éviter ces douleurs.

1.2 Conditions optimales afin d'éviter les complications de l'allaitement

1.2.1 La prévention : l'accompagnement

L'AM a beau être considéré comme quelque chose de naturel et d'inné, tant que les femmes ne l'ont pas testé personnellement, elles se posent beaucoup de questions : est-ce que j'aurai mal, quand dois-je le mettre au sein, comment le mettre au sein, combien de temps, est-ce que j'aurai suffisamment de lait, puis-je allaiter alors que je fume... ? ^[20]

Il est important de pouvoir être informée pendant la grossesse afin de faire un choix éclairé. Des études ont montré que la participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) augmente la fréquence et la durée de l'allaitement. D'autres études ont quant à elles démontré que le défaut d'information et les connaissances erronées étaient la cause d'arrêts précoces de l'allaitement [27,28]. Il a également été montré que les femmes sont de plus en plus demandeuses de soutien, autant en terme de qualité que de quantité, mais que les informations reçues sont parfois hétérogènes et contradictoires. Cependant, il n'a pas été démontré de façon significative que cette hétérogénéité soit responsable de survenue plus importante de douleurs et d'arrêts précoces [27,28].

1.2.2 La prévention : en post-natal

Le soutien et l'accompagnement pendant le post-partum sont primordiaux. C'est le moment où les professionnels de santé transmettent des conseils aux mères.

Comme nous l'avons vu précédemment, afin d'éviter la survenue de douleurs associées ou non à des lésions cutanées, il est important que l'enfant soit bien positionné afin de ne pas stimuler les récepteurs nociceptifs mais plutôt les différents canaux galactophores.

La première chose est de permettre à la mère de reconnaître les signes qui montrent que son enfant est prêt à téter et donc de reconnaître la phase d'éveil calme. Il s'agit d'une phase où l'enfant fait des mouvements de succion avec sa langue, où il cherche à téter ses poings. Il est préférable de ne pas attendre que l'enfant pleure pour le mettre au sein puisqu'il sera alors trop énervé [29].

Concernant la position, afin de s'assurer d'une bonne prise du sein, l'enfant doit être placé ventre contre ventre, l'oreille, l'épaule et la hanche doivent être alignées, la tête en légère extension, le nez dégagé et les lèvres ourlées [20,22,29, annexe II].

Il est important de montrer aux mères qu'elles peuvent varier les positions d'allaitement afin de ne pas stimuler tout le temps les mêmes zones du sein : la madone, allongée, le ballon de rugby, à califourchon ou encore la madone inversée

[annexe II]. L'effet antalgique de la variation des positions n'a pour autant pas été démontré dans toutes les études [27,28,30,31].

Enfin, il a été montré que le fait de mettre son enfant au sein régulièrement n'augmente pas la survenue de douleurs. Au contraire, ce serait le respect d'un intervalle strict entre deux tétées qui serait responsable d'une augmentation des difficultés lors de l'allaitement et d'arrêts précoces [28].

Pour résumer, une étude de 2014 a montré que l'incidence des douleurs était diminuée lorsque les femmes avaient participé à des séances de PNP, accouché par voie basse et bien positionné leur enfant [32].

1.2.3 La prise en charge

Il existe une grande hétérogénéité dans les études concernant les solutions thérapeutiques à proposer aux femmes souffrant de douleurs mammaires. Cela peut être responsable de la multitude de conseils reçus par les patientes.

En effet, selon certaines études le tire-lait ne serait pas associé à une réduction des douleurs mais pour d'autres il servirait à prévenir et traiter les engorgements [28]. L'utilisation de compresses chaudes pour diminuer l'œdème semblerait également efficace [33].

Concernant les crèmes comme la lanoline, selon certains son utilisation permettrait une diminution significative des douleurs [28]. Mais pour d'autres, elle ne permettrait pas de réduire les douleurs, au contraire de l'application d'une goutte de lait sur le sein. Cela permettrait en effet de réduire de façon significative les douleurs entre 4 et 5 jours mais son efficacité ne dépasserait pas 6 à 7 jours [34].

A propos des bouts de seins, les patientes sembleraient satisfaites par cette solution. En revanche, les études seraient insuffisantes pour en recommander l'utilisation puisqu'elles n'ont pas encore permis de mettre en évidence les conséquences à court, moyen et long terme [28]. Pour certaines, les bouts de seins perturberaient l'allaitement par deux mécanismes principaux. Le premier serait la diminution de la production de lait. La bouche du bébé n'étant pas en contact direct avec l'aréole, les terminaisons nerveuses seraient insuffisamment stimulées. Le second mécanisme serait lié à la succion. La succion du bout de sein étant différente de celle de

l'aréole ; l'enfant pourrait avoir des difficultés à téter une fois le bout de seins retiré entraînant des douleurs ^[33]. Mais, deux études de 2006 et 2009 ^[35,36] évaluant la satisfaction maternelle face à l'utilisation de bouts de sein, les modifications hormonales que cela peut entraîner et l'impact sur le poids de l'enfant ont montré que les femmes sont satisfaites avec l'utilisation des bouts de sein, que cela permettrait une diminution des arrêts précoces de l'allaitement, et qu'il n'y aurait pas de différence significative des taux de cortisol et de prolactine ni de différence significative sur la prise de poids de l'enfant selon l'utilisation ou non de bouts de sein. Par conséquent, si l'observation d'une tétée montre que le problème de succion peut être résolu par l'utilisation de bouts de sein, cela semble être une bonne solution.

Les études sont cependant unanimes concernant l'importance de vérifier la position correcte de l'enfant avant de proposer un quelconque traitement.

2 Etude réalisée

2.1 Questions de recherche et hypothèses

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'impact de la douleur ressentie par les femmes sur la durée de leur allaitement.

L'objectif secondaire était lié à la prévention et la prise en charge de ces douleurs. De nombreux conseils étant dispensés aux femmes, nous cherchions à savoir lesquels étaient les plus efficaces.

Pour répondre à ces interrogations, nous avons déjà quelques hypothèses :

- ✓ Une majorité de femmes ont des douleurs lors de leur allaitement.
- ✓ Des positions correctes et variées de l'enfant et de sa mère permettent d'éviter les douleurs.
- ✓ L'allaitement à la demande réduit les douleurs.
- ✓ Des conseils adaptés dès les premières tétées permettent d'éviter les douleurs et donc de diminuer le nombre d'arrêts précoces.

2.2 Matériel et méthode

2.2.1 Type d'étude et recueil des données

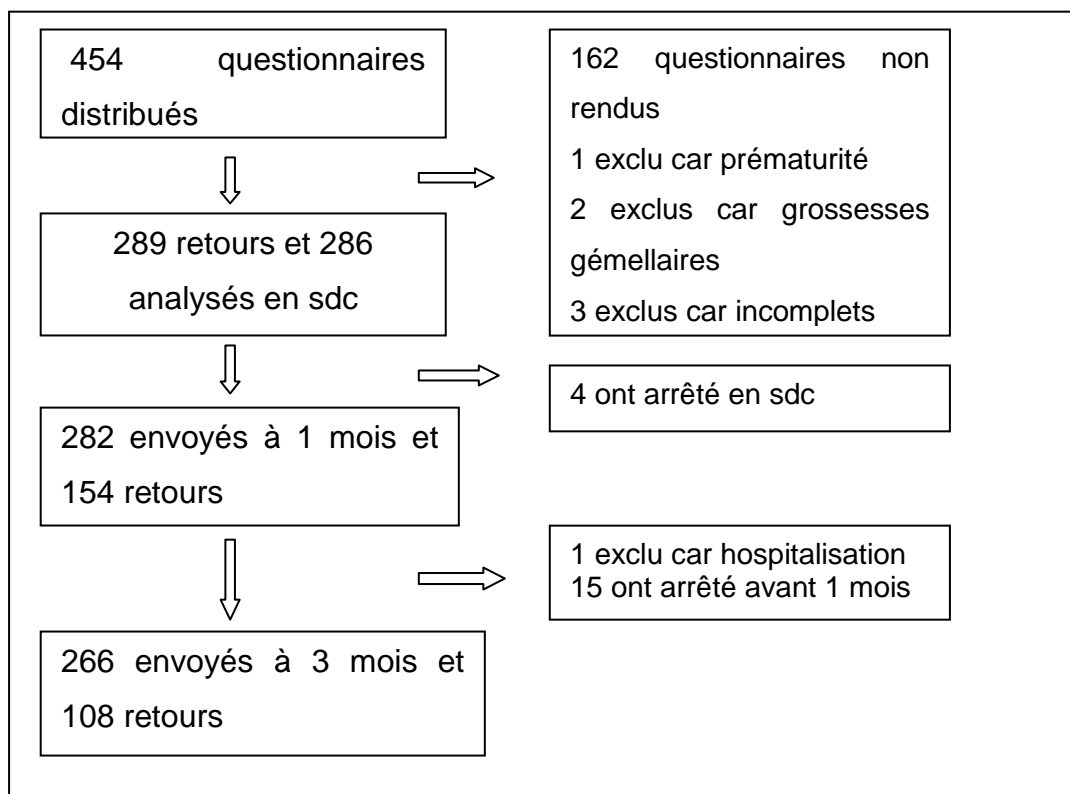
Nous avons donc réalisé une étude semi quantitative descriptive multicentrique à l'aide de questionnaires anonymisés.

Trois questionnaires ont été distribués après accord de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés). Le premier a d'abord été testé au mois de mai 2015 dans une maternité de niveau III puis il a été distribué en suites de couches dans deux hôpitaux, celui de niveau III et un de niveau IIB respectivement du 26 mai 2015 au 10 octobre 2015 et du 20 août 2015 au 23 décembre 2015. Un

second questionnaire a été envoyé aux patientes un mois après et un dernier trois mois après l'accouchement.

Sur les 304 questionnaires distribués dans la maternité de niveau III, nous avons reçu 218 réponses et 71 réponses sur les 150 questionnaires distribués dans la maternité de niveau IIB. Le tableau qui suit récapitule l'évolution du nombre de réponses aux différents questionnaires.

Tableau 1 Diagramme de flux



Le premier questionnaire comprenait trois parties ^[annexe III] :

- ✓ Les informations générales concernant l'âge, la parité, les éventuels antécédents d'allaitement et la préparation à la naissance et à la parentalité
- ✓ La prévention, le ressenti et la prise en charge de la douleur liée à l'AM en salle de naissance

- ✓ La prévention, le ressenti, l'évaluation et la prise en charge de la douleur liée à l'AM pendant le séjour en suites de couches

L'évaluation de la douleur a été réalisée à l'aide de l'ENS (Echelle Numérique Simple), méthode reconnue pour permettre une auto-évaluation simple et reproductible de la douleur entre 0 (absence de douleur) à 10 (douleur maximale).

Les deux questionnaires suivants ^[annexes IV, V] nous ont permis d'évaluer la présence ou non de douleur, sa durée, sa prise en charge, sa prévention ainsi que la durée de l'allaitement.

Pour l'analyse des questionnaires nous avons utilisé les logiciels Excel et R. Afin d'étudier la significativité des résultats, nous avons utilisé le test du chi 2 ou le test exact de Fisher lorsque les conditions d'application n'étaient pas remplies ainsi que le test de Student.

2.3 Population d'étude

2.3.1 Critères d'inclusion

Ces questionnaires ont été distribués aux mères allaitantes pendant leur séjour à l'hôpital.

L'étude incluait uniquement les couples mère-enfant pour lesquels la grossesse était unique, l'accouchement à terme, c'est-à-dire à plus de 37 SA, le nouveau-né eutrophe et en bonne santé.

2.3.2 Critères d'exclusion

Pour cette étude nous ne tenions pas compte des mères qui ne souhaitent pas participer à notre étude, les mineures et celles pour lesquelles il existait une barrière de la langue.

Les grossesses multiples, les enfants prématurés, hypotrophes ou hospitalisés en néonatalogie ont également été exclus. En effet, dans ces situations d'autres facteurs pouvaient jouer un rôle important dans la réussite de l'allaitement et représenter un biais de sélection pour le critère étudié dans notre étude.

2.4 Résultats

2.4.1 Description de la population d'étude

Pour plus de clarté, voici un tableau qui récapitule l'ensemble des données permettant de décrire notre population d'étude.

Les patientes n'ayant pas répondu à toutes les questions, nous avons adapté l'effectif total en fonction de chaque item.

Tableau 2 Caractéristiques de la population

	n	Effectif total
<u>âge (années), m ± sd</u>	31,5 ± 4,51	
<u>Parité, n (%)</u>		286
Primipare	147 (51,40)	
Multipare	139 (48,60)	
<u>PNP, n (%)</u>	197 (69,61)	283
Primipare	121 (61,42)	
Multipare	76 (38,58)	
<u>Voie d'accouchement, n (%)</u>		281
Voie basse	214 (76,16)	
Césarienne	67 (23,84)	
<u>Durée souhaitée d'allaitement (mois), n (%)</u>		286
1 mois	9 (3,15)	
2-4 mois	129 (45,10)	
6 mois et plus	126 (44,06)	
Ne savent pas	22 (7,69)	
<u>ATCD d'allaitement chez les multipares, n (%)</u>	133 (95,68)	136
<u>Durée des allaitements précédents (mois), n(%)</u>		132
1 mois	20 (15,15)	
2-3 mois	39 (29,55)	
4-6 mois	34 (25,76)	
7-12 mois	24 (18,18)	
13-24 mois	15 (11,36)	
<u>Douleurs aux allaitements précédents, n (%)</u>	95 (71,43)	133

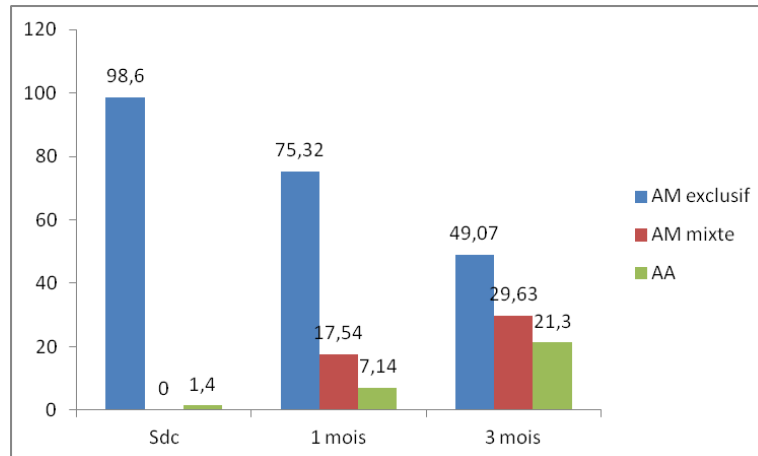
PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

ATCD : antécédent

2.4.2 Evolution du taux d'allaitement au cours de l'étude

La figure ci-dessous nous permet de voir l'évolution du taux d'allaitement au cours des 3 mois de l'étude.

Figure 4 Evolution du taux d'allaitement au cours du temps



Sdc : Suites de Couches AM : Allaitement maternel AA : Alimentation Artificielle

2.4.3 Taux d'arrêts de l'allaitement liés à la douleur

Sur l'ensemble des patientes ayant initié l'allaitement en suites de couches, 1.4% (4/286) ont arrêté pendant leur séjour du fait de la douleur.

Au cours du premier mois, la douleur a compromis l'allaitement dans 24% des cas et a entraîné l'arrêt de l'allaitement dans 17.53% des cas.

A la fin du premier mois d'allaitement, l'évolution du projet d'allaitement était le suivant :

12.25% des femmes souhaitaient diminuer la durée de leur allaitement

81.63% gardaient le même projet d'allaitement

6.12% souhaitaient prolonger leur allaitement.

Au cours des deux mois suivants, la douleur a compromis l'allaitement dans 4.63% des cas (5/108) et 3.70% des patientes (4/108) ont arrêté l'allaitement à cause de la douleur.

A la fin du troisième mois, la majorité des patientes disaient être très satisfaites de leur allaitement (88/96 réponses), qu'elles aient eu mal ou non (présence de douleur chez 38.64% des patientes, absence de douleur chez 61.36%, $p=0.71$, NS).

Les raisons principales des arrêts d'allaitement étaient la reprise du travail (13/31 réponses) et le manque de lait (5/31).

Parmi celles qui allaitent toujours,

66% des patientes (66/100 réponses) gardaient le même projet qu'à la maternité

14% souhaitaient le raccourcir

Et 20% souhaitaient le prolonger.

2.4.4 Evaluation de la douleur

- **Le ressenti des patientes**

En salle de naissance, 76.51% des patientes (215/281 réponses) ont mis leur enfant au sein, sans différence significative selon la voie d'accouchement (76.65% des accouchements voie basse vs 76.12% des césariennes, $p=0.73$, NS). Parmi elles, 31.07% ont ressenti une douleur.

En suites de couches, la douleur concernait 89.21% des patientes (248/278 réponses), elle était principalement présente en début de tétée (61.29%), 25% des patientes avaient mal tout au long de la tétée.

Par la suite, la douleur concernait 62.99% des patientes à 1 mois (97/154 réponses) et 16.67% des patientes à 3 mois (18/108).

- **Douleur selon les caractéristiques des patientes**

Nous avons alors cherché à évaluer l'influence de certains facteurs sur la présence de douleur, les résultats sont présentés dans le tableau ci-après.

Tableau 3 Influence de la parité, des allaitements précédents et de la voie d'accouchement sur la douleur

		Présence de douleur n=87	Absence de douleur n=193	p
Salle de Naissance	Primipare, n (%)	48 (55,17)	96 (49,74)	
	Multipare, n (%)	39 (44,83)	97 (50,26)	0,48 (NS)
		n=35	n=96	p
	Douleur à allaitement précédent, n (%)	30 (85,71)	65 (67,71)	
	Absence de douleur à allaitement précédent, n (%)	5 (14,29)	31 (32,29)	0,07 (NS)
		n=85	n=191	p
		144		
	Voie basse, n (%)	67 (78,82)	(75,39)	
	Césarienne, n (%)	18 (21,18)	47 (24,61)	0,64 (NS)
Suites de Couches		n=248	n=30	p
		133		
	Primipare, n (%)	(53,63)	11 (36,67)	
		115		
	Multipare, n (%)	(46,37)	19 (63,33)	0,12 (NS)
		n=111	n=18	p
	Douleur à allaitement précédent, n (%)	88 (79,28)	6 (33,33)	
	Absence de douleur à allaitement précédent, n (%)	23 (20,72)	12 (66,67)	0,00017
		n=244	n=30	p
		188		
	Voie basse, n (%)	(77,05)	21 (70)	
	Césarienne, n (%)	56 (22,95)	9 (30)	0,53 (NS)
1 mois		n=97	n=57	p
	Primipare, n (%)	49 (50,52)	29 (50,88)	
	Multipare, n (%)	48 (49,48)	28 (49,12)	1 (NS)
		n=44	n=26	p
	Douleur à allaitement précédent, n (%)	31 (70,45)	17 (65,38)	
	Absence de douleur à allaitement précédent, n (%)	13 (29,55)	9 (34,62)	0,86 (NS)
	n=95	n=56	p	
	Voie basse, n (%)	75 (78,95)	41 (73,21)	
	Césarienne, n (%)	20 (21,05)	15 (26,79)	0,54 (NS)

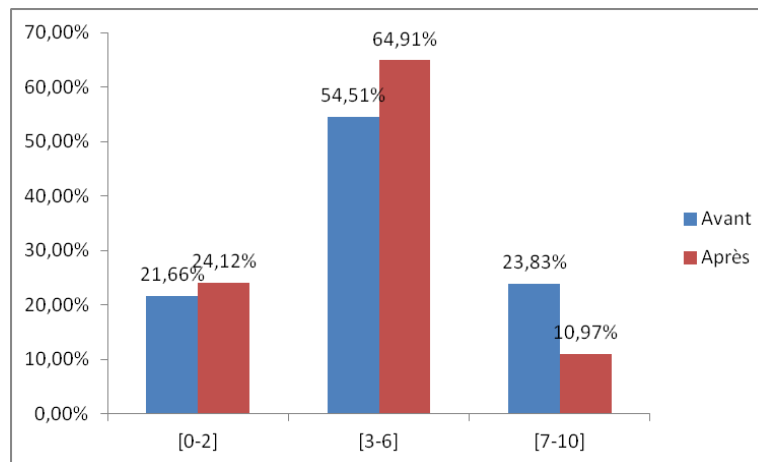
Le seul critère significatif est la présence de douleur lors d'allaitement précédent.

- **Evaluation numérique de la douleur**

En suites de couches, les patientes attribuaient une ENS dont la moyenne était de 4.6 avant de recevoir des conseils et de 3.96 après. Cela représentait une diminution significative de la douleur ($p=0.0019$). Il n'y avait pas de différence significative de l'ENS entre les primipares et les multipares, que ce soit avant ou après avoir reçu des conseils (4.65 vs 4.33, $p=0.92$ avant les conseils, et 3.39 vs 3.15, $p=0.82$ après)

Dans la figure suivante nous avons réparti l'ENS en trois catégories avant et après avoir reçu des conseils : ENS inférieure à 3, entre 3 et 6 et supérieure à 6.

Figure 5 Evaluation de la douleur avant et après avoir reçu des conseils



Pour près d'un quart des patientes l'ENS était supérieure à 6 avant les conseils. Cela concernait 11% des patientes une fois les conseils reçus.

Si on s'intéresse de plus près aux patientes qui ont arrêté l'allaitement à cause de la douleur :

- en suites de couches : une avait une ENS à 8, une autre avait une ENS à 10, une avait une ENS à 6. La dernière n'avait pas donné d'ENS.
- pendant le premier mois : la moyenne de l'ENS évaluée en suites de couches était de 2.9.

A un mois, parmi les patientes avec une ENS supérieure à 6 après les conseils, 11 poursuivaient un allaitement maternel exclusif, une avait arrêté, une poursuivait un allaitement mixte et 11 n'avaient pas répondu.

2.4.5 Problèmes rencontrés lors de l'allaitement

En suite de couches, la douleur était significativement liée à la présence de crevasses (52.67% vs 6.90%, $p=7.56e^{-5}$)

A 1 mois, les problèmes rencontrés lors de l'allaitement étaient les suivants :

- 38.31% (59/154) des crevasses. Leur présence était significativement liée à celle de douleurs (76.27% vs 23.73%, $p=0.012$)
- 22.08% (34/154) un ou des engorgements. Ce qui n'était pas lié à la présence de douleurs (70.59% vs 29.41%, $p=0.40$, NS)

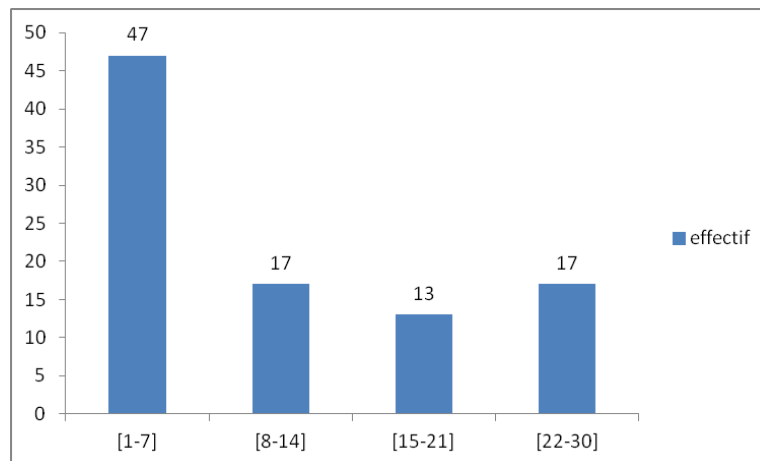
Au cours des deux mois suivants,

- 4.63% (5/108) des crevasses,
- 11.11% (12/108) des engorgements,
- 18.52% (20/108) ressentait un manque de lait

2.4.6 Durée de la douleur

A 1 mois, 62.99% des patientes (97/154) avaient toujours des douleurs, la durée moyenne de ces douleurs était de 12 jours $\frac{1}{2}$ avec un écart-type de 9.68 jours. La répartition de la durée de la douleur lors du premier mois est montrée dans la figure suivante.

Figure 6 Répartition de la douleur dans le temps (jours)



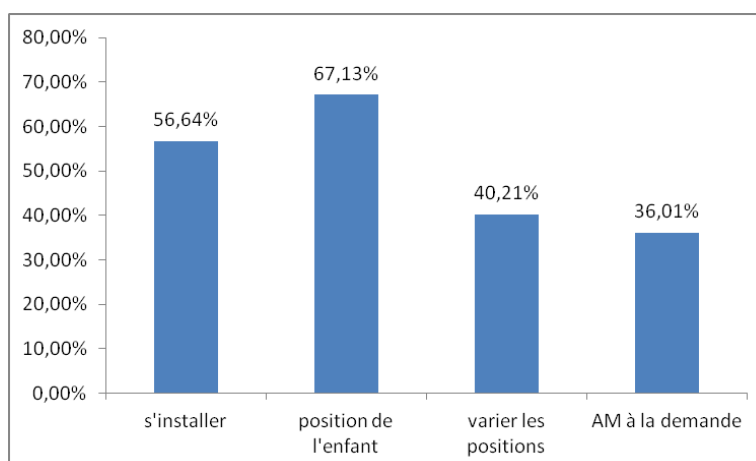
Afin d'identifier les facteurs qui pourraient être à l'origine de la douleur et les solutions que nous pourrions proposer, nous allons maintenant voir en détail l'influence des mesures de prévention.

2.4.7 Prévention en pré-natal

37.96% des patientes ayant suivi des séances de PNP estimaient avoir été peu ou pas informées des douleurs liées à l'allaitement. La présence de douleurs n'était pas liée à la participation ou non à des séances de PNP (90.10% vs 86.90%, $p=0.56$, NS).

Concernant les patientes ayant été informées, les conseils reçus sont présentés dans la figure ci-dessous :

Figure 7 Conseils reçus en prénatal



20.28% des femmes avaient reçu l'intégralité des conseils. Le fait de ne recevoir qu'une partie de ces conseils n'était pas lié à la survenue de douleur, que ce soit en suites de couches, à un mois ou à trois mois (p respectivement égaux à 0.79, 0.42 et 0.52, NS).

2.4.8 Prévention en salle de naissance

Le tableau suivant récapitule l'ensemble des critères recommandés afin de favoriser la réussite de l'allaitement et leur implication dans la survenue de douleurs.

Tableau 4 Influence des critères recommandés sur la présence de douleur en salle de naissance

	Présence de douleur N=87	Absence de douleur N=193	p
Peau à peau, n (%)	79 (90,80)	164 (84,97)	0,45
Laisser l'enfant aller seul vers le sein, n (%)	49 (56,32)	138 (71,50)	0,04
Aide à la mise au sein, n (%)	71 (81,61)	141 (73,06)	0,23
Aide pour repositionner l'enfant, n (%)	66 (75,86)	76 (39,38)	0,0008

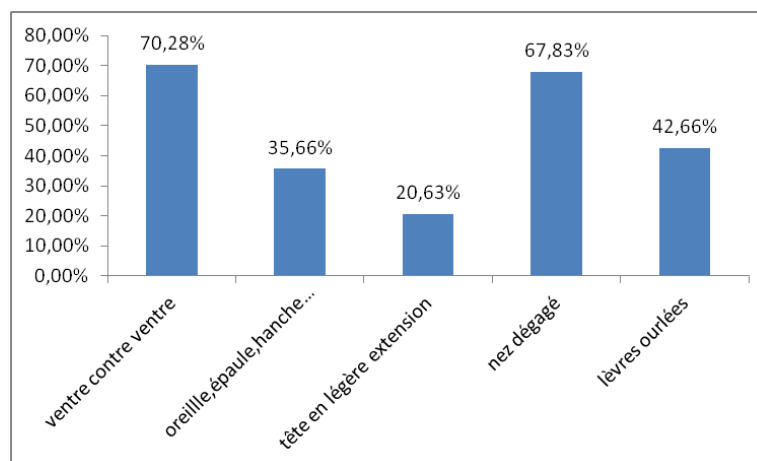
Le fait de laisser l'enfant aller seul vers le sein a été fait par 67.99% des patientes et une aide pour repositionner l'enfant a été proposée à 61.21% des patientes. Le taux de peau à peau et le fait de laisser l'enfant aller seul vers le sein étaient significativement liés à la voie d'accouchement (95.86% lors de voie basse vs 58.21% lors de césarienne, $p=5.56e^{-13}$, et 76.64% vs 34.33%, $p=3.97e^{-10}$).

2.4.9 Prévention en suites de couches

Il a été indiqué à 59.34% des patientes comment reconnaître que leur enfant était prêt à téter.

En ce qui concerne le positionnement de l'enfant, le graphique suivant montre dans quelles proportions les conseils ont été donnés aux patientes.

Figure 8 Comment positionner son enfant



92.83% des patientes (259/279 réponses) ont reçu des informations sur la position de l'enfant. 8.74% d'entre elles ont reçu l'intégralité des conseils. Nous pouvons noter que lorsque la totalité des conseils étaient donnés, 8.84% des patientes (22/249) ressentait des douleurs contre 92.37% (230/249) lorsque seuls un ou deux l'étaient ($p<2.2e^{-16}$).

Les deux figures suivantes montrent la fréquence à laquelle les différentes positions d'allaitement ont été montrées aux patientes ainsi que le nombre de positions montrées.

Figure 9 Les différentes positions d'allaitement expliquées aux patientes (%)

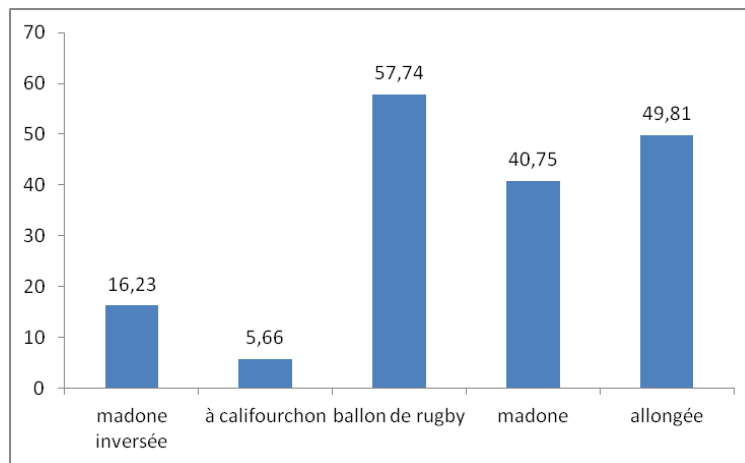
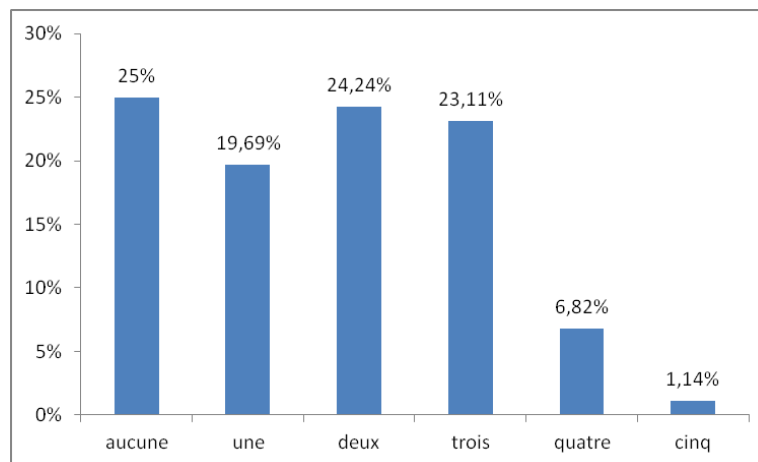


Figure 10 Nombre de positions montrées (%)



Certaines informations délivrées aux patientes étaient significativement différentes selon la parité :

- montrer comment reconnaître que l'enfant est prêt à téter : cela a été montré à 68.03% des primipares et à 44.60% des multipares ($p=9.5e^{-5}$)
- le nombre de positions montrées : aucune position n'a été montrée à 12.93% des primipares et à 33.81% des multipares ($p=2.211e^{-5}$)
- le nombre de tétées observées : plus de trois tétées ont été observées chez 73.47% des primipares et chez 42.45% des multipares ($p=1.286e^{-7}$)

Pour autant, il n'y avait pas de différence significative entre la parité et la satisfaction par rapport à l'accompagnement en suites de couches (74.24% des multipares étaient satisfaites vs 79.31% des primipares, $p=0.67$, NS)

49.63% des patientes (135/272) ont signalé avoir des difficultés à mettre leur enfant au sein.

La difficulté à mettre son enfant au sein était significativement liée à la survenue de la douleur (5.22% vs 94,78%, $p=0.011$). Cette difficulté était également liée à la parité (35.88% des multipares vs 62.41% des primipares, $p=2.12e^{-5}$) et à l'absence d'explications sur les positions d'allaitement (83.15% vs 16.15%, $p=0.008$).

Pour finir, le tableau suivant résume l'implication de la prévention en suites de couches sur la survenue de douleurs :

Tableau 5 Influence des critères recommandés sur la présence de douleur en suites de couches

	Présence de douleurs N=249	Absence de douleur N=30	p
Reconnaître que l'enfant est prêt à téter, n (%)	143 (57,43)	18 (60)	1
Positionner l'enfant, n (%)	230 (92,37)	27 (90)	0,44
Montrer les positions d'allaitement, n (%)	180 (72,29)	20 (66,67)	0,47
Observation des tétées (>3), n (%)	151 (60,64)	15 (50)	0,34
Allaitement à la demande, n (%)	163 (65,46)	20 (66,67)	0,82

2.4.10 Prise en charge et accompagnement au cours des trois premiers mois d'allaitement

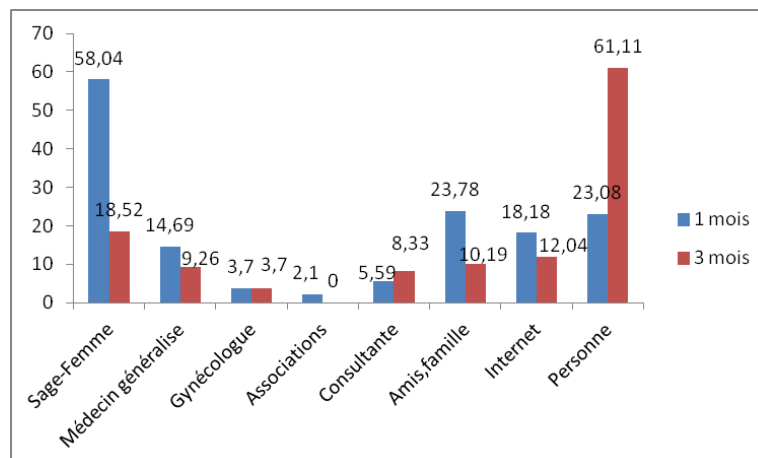
En suites de couches, 75.71% des patientes ont été très satisfaites par les conseils reçus, 24.29% ont quant à elles trouvé qu'elles avaient reçu trop de conseils différents ou qui ne les avaient pas aidé.

73.11% des patientes (193/264 réponses) ont été orientées vers une sage-femme libérale ou une consultante en lactation à leur sortie de la maternité.

Parmi elles, 76.92% ont reçu des conseils à leur retour à la maison, que ce soit par des professionnels de santé par la famille ou par internet.

Le détail des personnes rencontrées durant les trois premiers mois est présenté dans la figure suivante.

Figure 11 Personnes rencontrées pour le soutien à l'allaitement (%)



Concernant leur ressenti par rapport à l'accompagnement à la sortie de la maternité,

15.27% ne se sont pas senties accompagnées

44.27% se sont senties plutôt bien accompagnées

Et 40.46% ont été très satisfaites de l'accompagnement

82.46% des patientes ont senti une nette amélioration de la douleur suite aux conseils reçus.

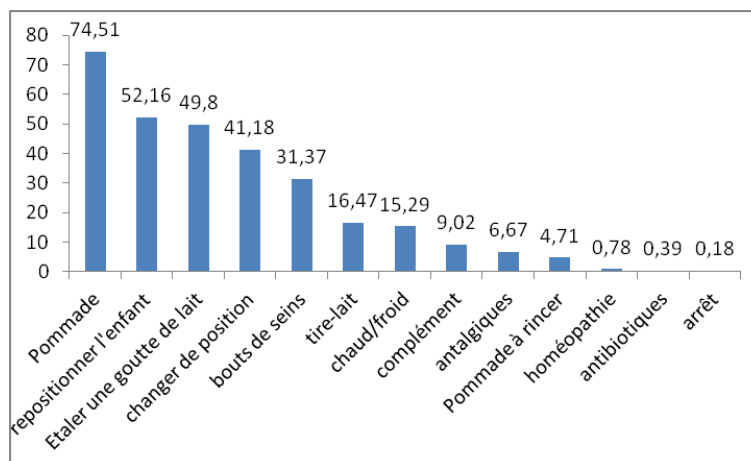
Le suivi par un professionnel de santé quel qu'il soit était lié à une diminution de la douleur, mais celle-ci n'était pas significative :

- 79.17% (59/72 patientes) d'amélioration de la douleur lors du suivi par une sage-femme ($p=0.34$)
- 88.24% (15/17 patientes) avec un médecin généraliste ($p=0.73$)
- 75% (3/4 patientes) avec un gynécologue ($p=0.53$)
- 100% (8/8 patientes) d'amélioration lors d'un suivi par une consultante en lactation ($p=0.56$)

De la même façon, le fait de ne rencontrer personne n'était pas lié à une augmentation de la douleur, 86.36% (19/22 patientes) ont réutilisé les conseils donnés en maternité et ont ressenti une amélioration de la douleur ($p=0.76$).

Par la suite nous nous sommes intéressés aux conseils prodigués. Nous retrouvons les mêmes conseils en suites de couches et lors des consultations ultérieures ; la figure ci-dessous les recense, ainsi que leurs fréquences respectives.

Figure 12 Variation des conseils reçus (%)



Afin d'expliquer l'amélioration de la douleur, nous avons souhaité évaluer l'efficacité de ces conseils. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 6 Efficacité des conseils reçus en suites de couches (SdC) et à 1 mois

Conseil donné	Persistance vs amélioration de la douleur en SdC		Persistance vs amélioration de la douleur à 1 mois	
		p		p
Antalgiques	52,25% vs 43,75%	0,98	15,38% vs 84,62%	1
Pommade	59,65% vs 40,35%	1	20,45% vs 79,55%	0,16
Pommade à rincer	50% vs 50%	0,53	25% vs 75%	0,63
Changer de position	58,76% vs 41,24%	0,9	12,68% vs 87,32%	0,13
Repositionner l'enfant	54,24% vs 45,76%	0,1	11,48% vs 88,52%	0,11
Appliquer chaud/froid	58,33% vs 41,67%	1	15,38% vs 84,62%	0,86
Etaler goutte de lait	57,76% vs 42,24%	0,62	18,42% vs 81,58%	0,93
Homéopathie	50% vs 50%	1	25% vs 75%	0,63
Bouts de seins	54,79% vs 45,21%	0,37	20,93% vs 79,07%	0,63
Tire-lait	58,97% vs 41,03%	1	9,76% vs 90,24%	0,17
Complément	45,45% vs 54,55%	0,23	26,67% vs 73,33%	0,3

2.4.11 Influence de la pratique de l'allaitement sur les complications de l'allaitement

Pour terminer, nous avons souhaité évaluer l'impact de certaines pratiques de l'allaitement sur la survenue de la douleur, de crevasses et d'engorgements ; les résultats sont présentés dans le tableau suivant.

Tableau 7 Influence de la variation des positions, de l'allaitement (AM) à la demande et de l'utilisation de la tétine sur la douleur, les crevasses et les engorgements

	Avec vs Sans variation des positions	AM à la demande vs intervalle régulier	Avec vs sans tétine
	p	p	p
Douleur	13,96% vs 86,02% 0,003	12,5% vs 87,5% 0,74	55,79% vs 44,21% 0,92
Crevasse	12,07% vs 87,93% 0,03	85,45% vs 14,55% 0,48	60,34 vs 39,66% 0,38
Engorgement	18,75% vs 81,25% 0,77	84,38% vs 15,62% 0,36	57,58% vs 42,42% 0,89

La variation des positions permettait une amélioration de la douleur et des crevasses et était pratiquée par 22,22% des patientes (32/144).

3 Discussion

Par cette étude nous avons souhaité évaluer l'impact de la douleur sur les arrêts d'allaitement. Notre objectif n'était pas seulement de déterminer l'implication de la douleur sur la réussite de l'allaitement ; nous souhaitions également évaluer la prévention faite durant la grossesse et au cours de l'allaitement ainsi que la prise en charge proposée. Cela dans le but de mettre en évidence un nombre limité de conseils efficaces permettant de cibler ceux à donner aux mères.

3.1 Caractéristiques de la population

La moyenne d'âge des femmes ayant participé à notre étude était de 31.5 ans. En nous référant à l'enquête nationale périnatale de 2010, nous pouvons donc considérer que notre population d'étude est proche de la population générale ^[37].

Notre échantillon était composé d'un peu plus de primipares que les données de l'enquête périnatale de 2010, 51.1% contre 43.5%.

La durée moyenne des allaitements précédents est de 4 mois, elle est donc équivalente à la moyenne nationale d'après l'étude Epifane. A la fin de notre recueil de données, la durée médiane de l'allaitement était de 1 mois. Nous pouvons donc considérer que notre population d'étude est représentative de la population nationale.

Concernant la préparation à la naissance et à la parentalité, 69.61% des femmes y ont participé, 61.42% étaient des primipares contre 72.9% au niveau national et 38.58% des multipares contre 28.4% au niveau national.

Le taux de césarienne est légèrement plus élevé dans notre étude qu'au niveau national, 23.84% contre 21%.

3.2 Evolution de la douleur

Notre première hypothèse a été validée dans le sens où un nombre non négligeable de femmes ont ressenti des douleurs lors de leur allaitement.

Nous pouvons noter que la douleur est ressentie davantage en début de tétée. Elle apparaît de façon progressive puisque 31.07% des femmes l'ont ressentie dès la première mise au sein en salle de naissance contre 89.21% en suites de couches. Nous pouvons nous poser la question du rôle des endorphines présentes juste après l'accouchement mais en quantité moindre dans les jours qui suivent. Cela pourrait aussi être lié à l'absence de crevasses lors de la première tétée puis aux tétées à répétition qui sensibilisent de plus en plus le sein.

Ces douleurs diminuent avec le temps puisque le taux de douleur dans le premier mois est de 62.99% avec tout de même une persistance des douleurs à la fin du premier mois de 18.1% et de 16.67% à trois mois. Il est cependant possible que ces taux surestiment la douleur, peut-être que les patientes n'ayant pas ressenti de douleur ne se sont pas senties concernées et n'ont donc pas souhaité répondre au questionnaire.

Dans la première partie nous avons rappelé, d'après la définition de la douleur par l'IASP, que la douleur est associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle. Nous avons pu mettre en évidence ici que la douleur est significativement liée à la présence de lésions de type crevasses. Les conseils visant à diminuer les crevasses permettront donc de diminuer la douleur.

Malgré la présence et la persistance de la douleur, l'impact sur le projet d'allaitement est faible étant donné que seules 1.4% des patientes ont arrêté leur allaitement durant leur séjour en maternité. A un mois en revanche les douleurs ont compromis l'allaitement dans 24% des cas et sont responsables d'arrêts dans 17.53% des cas. Pour autant, à trois mois, la majorité des femmes se disent satisfaites de leur allaitement et 20% souhaitent le prolonger.

Nous pouvons également noter que la présence de douleur, particulièrement en suites de couches, est liée à la présence de douleur lors d'allaitement(s) précédent(s) et que l'ENS en suites de couches n'est pas un facteur pronostic de la durée de l'allaitement. En effet, parmi les patientes avec une ENS>6 près de la moitié allaitent toujours à un mois. Mais l'autre moitié des patientes concernées

n'ayant pas répondu au questionnaire à un mois, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que la présence de douleur en suites de couches n'influence pas la durée de l'allaitement. En revanche, les patientes ayant arrêté au cours du premier mois avaient toutes une ENS<3 en suites de couches. La douleur est donc une notion très subjective qui se révèle à des moments différents selon les patientes, la présence répétitive de la douleur au fil des allaitements montre la variabilité inter-individuelle.

Avec ces chiffres, nous pouvons en conclure que la douleur est particulièrement présente lors de l'allaitement, qu'une douleur importante au démarrage ne signifie pas qu'elle perdurera mais que la douleur peut se révéler sur le long cours. Nous ne pouvons pas considérer l'impact de la douleur comme négligeable avec un taux d'arrêts lié à la douleur de près de 20%. D'autant plus que certaines patientes ont répondu au questionnaire à un mois mais pas à trois mois et inversement. Nous pouvons penser qu'avec un plus grand nombre de réponses nous aurions eu un taux d'arrêt lié à la douleur plus important. Mais, malgré la douleur, les patientes étaient satisfaites de leur allaitement.

3.3 Prévention de la douleur

L'OMS, l'HAS et l'IHAB ont énoncé un certain nombre de critères permettant de favoriser la réussite de l'allaitement. Nous avons été assez étonné de remarquer que ces critères sont peu diffusés auprès des mères en pré et post-natal.

Ainsi, 62.04% des femmes ont déclaré avoir été suffisamment informées de la douleur lors des séances de PNP mais seules 20.28% d'entre elles ont reçu l'intégralité des conseils recommandés.

En post-natal, près de la moitié des femmes n'ont pas reçu d'information leur permettant de repérer que leur enfant est prêt à téter, seules 8.74% d'entre elles ont reçu l'intégralité des conseils pour positionner correctement leur enfant au sein, un quart n'ont pas été informées des différentes positions d'allaitement et près de la moitié des femmes n'ont pas bénéficié de l'observation de plusieurs tétées pendant leur séjour à la maternité.

Nous avons alors remarqué que ce manque d'information était significativement lié à la parité, tout comme les difficultés à mettre son enfant au sein. Cependant, les multipares n'ont pas plus de douleurs que les primipares. D'autant

plus que les femmes ayant des difficultés à mettre leur enfant au sein ont significativement plus de douleurs mais sont également majoritairement des primipares. Cela peut s'expliquer par le fait que les multipares mettent à profit les conseils qu'elles ont déjà reçus lors de leur(s) précédent(s) allaitement(s), que ce soit pour le positionnement de leur enfant, la variation des positions ou pour soulager voire éviter la douleur. Grâce à cela elles ne ressentent pas forcément le besoin de recevoir plus de conseils donc ne signalent pas un manque d'accompagnement. Au contraire, peut-être sont-elles satisfaites de pouvoir être moins sollicitées.

Si nous prenons un par un l'ensemble des conseils recommandés, à savoir montrer comment reconnaître que l'enfant est prêt à téter, comment positionner l'enfant, expliquer les différentes positions d'allaitement, observer quelques tétées, allaiter à la demande, nous remarquons qu'ils ne permettent pas d'éviter la douleur, et ce qu'ils soient expliqués en pré ou en post-natal.

Pour autant, c'est en associant ces conseils que nous pourrions permettre une diminution du taux de douleur. En effet, nous avons pu mettre en évidence que la moitié des patientes avaient des difficultés à mettre leur enfant au sein et que cela était lié à la présence de la douleur. Or, cette difficulté était également liée au manque d'explication sur les différentes positions d'allaitement, pour rappel 25% des patientes n'ont reçu aucune explication. Par ailleurs, le fait de donner des informations complètes sur le positionnement de l'enfant (ventre contre ventre, oreille, épaule et hanche alignées, la tête en légère extension, le nez dégagé et les lèvres ourlées) permet de diminuer significativement la douleur, mais dans la majorité des cas seuls un ou deux de ces éléments sont communiqués aux patientes.

Pour finir, nous avons montré que laisser l'enfant aller seul vers le sein évite les douleurs. Même si cela n'est bénéfique qu'en salle de naissance, nous pouvons penser que si la première tétée n'a pas été douloureuse, l'appréhension pour les suivantes sera moindre et par voie de conséquence la douleur également. Cela pourrait être une pratique à généraliser puisque qu'elle est pour l'instant faite par 61.21% des patientes.

Nous avons également mis en évidence que l'aide pour repositionner l'enfant au cours de la première tétée en salle de naissance était bénéfique. Mais ce résultat est à nuancer : en l'absence de douleur il n'est pas nécessaire de repositionner l'enfant par conséquent le taux est plus faible qu'en présence de douleur. Le taux de peau à

peau est également significativement différent selon la voie d'accouchement mais cela est logique étant donné que la surveillance post-interventionnelle de la mère suite à la césarienne ne lui permet pas de rester longtemps avec son enfant.

3.4 Prise en charge de la douleur

Près de 25% des patientes n'ont pas été satisfaites des conseils reçus. Soit parce qu'ils étaient trop nombreux et trop variés, soit parce qu'ils n'étaient pas adaptés. Chaque patiente a reçu en moyenne quatre conseils différents, quelques patientes en ont reçu jusqu'à neuf. Malgré cela, il y a une diminution significative de la douleur suite aux conseils donnés, alors qu'un quart des patientes avaient une $ENS > 6$ avant, elles ne sont plus que 11% après.

Pour aller plus loin, en reprenant l'ensemble des conseils le plus souvent donnés en pratique courante, nous souhaitons mettre en avant un nombre limité de conseils afin de limiter l'hétérogénéité de la prise en charge. Nous n'avons pas pu y parvenir ici. D'après nos résultats et contrairement à d'autres études déjà publiées, aucun des conseils donnés ne permettrait de diminuer significativement la douleur. Cela peut être dû aux modalités de l'étude. En effet, le questionnaire permet de savoir si le conseil a été donné mais nous ne sommes pas en mesure d'évaluer dans quelles circonstances et comment il a été expliqué et s'il a été appliqué. D'autre part, les patientes ayant reçu plusieurs conseils, il est difficile d'évaluer l'impact de chaque conseil pris individuellement sur la diminution de la douleur.

Contrairement à d'autres études, la notre ne montre pas que l'allaitement à la demande diminuerait les douleurs ou favoriserait les crevasses. La tétine ne semble pas non plus associée à une augmentation des douleurs. Cette différence peut s'expliquer par le fait que dans notre étude ces deux facteurs n'ont été étudiés qu'à un et trois mois. Or, dès un mois, l'enfant a trouvé son rythme et par conséquent bien que l'allaitement reste à la demande, il devient plus régulier. Nous n'étions donc pas en mesure d'évaluer correctement ce facteur. Un autre élément pourrait venir expliquer ce résultat ; l'allaitement à la demande permet principalement d'éviter les engorgements, or, dans notre population d'étude, la proportion de mères souffrant d'engorgements est faible par rapport à celles se plaignant de douleur. Concernant

l'utilisation de la tétine, peut-être qu'à un mois, la succion étant bien acquise par l'enfant, la succion d'une tétine ne le perturbera plus.

Nos résultats nous permettent donc de valider deux de nos hypothèses à savoir qu'une majorité de femmes se plaignent de douleur et que celle-ci peut être limitée grâce à des positions correctes et variées de l'enfant et de sa mère. Notre dernière hypothèse est également validée : nous avons pu montrer qu'en cas de conseils incomplets et d'absence d'explications sur les différentes positions d'allaitement, le taux de douleur était significativement plus important. En améliorant nos pratiques, nous pouvons penser que le taux de douleur diminuerait.

3.5 Accompagnement

Plusieurs éléments peuvent venir perturber l'encadrement de l'allaitement par les soignants. Le premier est le fait que la physiologie de l'allaitement est parfois abordée de façon succincte lors des études, que ce soit la maïeutique, la puériculture ou la médecine. Le second est qu'il faut continuer à se former tout au long de sa carrière en tenant compte des nouvelles connaissances. Le manque de formation peut être à l'origine de la multitude de conseils reçus par les patientes puisque chaque soignant apporte ses propres conseils et sa propre expérience ^[38].

Malgré le fait qu'un quart des patientes ont le sentiment d'avoir reçu trop de conseils différents, notre étude laisse penser que le personnel soignant a un rôle important dans le démarrage de l'allaitement puisque les trois quart des patientes ont été très satisfaites des conseils reçus puisque 82.46% d'entre elles ont noté une nette amélioration des douleurs suite aux conseils reçus.

La durée du séjour en maternité ne permet pas d'assurer le suivi de l'ensemble des étapes de la mise en place de la lactation. En effet, les lactogénèses de stades 1 et 2 se mettent en place dans les quatre à cinq premiers jours mais celle de stade 3 évolue sur les quatre à six premières semaines d'allaitement. Il semble alors pertinent de proposer un suivi pour les patientes.

Notre étude a montré que plus des trois quart des patientes ont été orientées vers une sage-femme libérale ou une consultante en lactation à leur sortie de la maternité.

Cependant, près d'un quart d'entre elles n'ont rencontré personne dans les semaines qui ont suivi.

Parmi celles qui ont eu un suivi, plus de la moitié ont rencontré une sage-femme ou un médecin mais le plus souvent pour un motif autre que l'allaitement. Très peu sont celles qui ont consulté spécifiquement une consultante en lactation.

L'orientation vers un professionnel de santé est donc un point fort des maternités ayant participé à notre étude. Cependant, l'étude montre également que peu de patientes ont réellement un suivi sur le long cours. Soit parce qu'elles n'ont sollicité personne soit parce qu'elles ne se sont pas senties correctement accompagnées. Il semble donc important d'assurer un accompagnement optimal en maternité puisque beaucoup de femmes réutiliseront les conseils reçus tout au long de leur allaitement. La mise en place d'un réseau ville-hôpital performant avec une harmonisation des pratiques permettrait d'assurer ce suivi sur le long cours tout en limitant la diversité des conseils.

3.6 Limites et biais

Le principal biais de notre étude est un biais de sélection. Les patientes ayant répondu aux questionnaires sont peut-être celles qui étaient plus intéressées par le sujet et plus motivées pour la réussite de leur allaitement.

Par ailleurs, le mode de recueil des informations via un questionnaire présente des limites telles que l'aspect déclaratif des réponses, sans vérification possible de la bonne compréhension des questions par la patiente.

Le mode de distribution des questionnaires ne nous a pas permis de choisir un jour particulier du post-partum pour les distribuer et ce même si nous leur demandions d'y répondre la veille de leur sortie. Ainsi, pour les patientes qui n'ont pas reçu de conseils pour positionner leur enfant ou pour soulager leurs douleurs ou qui n'ont pas été orienté vers une sage-femme libérale, les questionnaires étaient peut-être distribués trop tôt et elles n'avaient alors pas encore reçu d'informations.

Enfin, l'exploitation des données s'est révélée complexe par la multitude des critères évalués. Cela était légitime pour une première étude, basée sur les recommandations de l'OMS, mais par la suite il sera plus performant de cibler davantage.

3.7 Points forts de l'étude

Nos questionnaires ont pu être distribués dans deux maternités de départements et de niveaux différents. Cela a permis d'augmenter la taille de notre échantillon d'une part et d'avoir une population plus diversifiée d'autre part. Par ailleurs, nous nous doutions que le nombre de réponses diminuerait au fil des mois, notre objectif était donc de récolter 300 questionnaires afin d'en avoir un nombre suffisant à trois mois. Avec 286 réponses au premier questionnaire nous avons presque atteint notre objectif. Et 108 réponses après 3 questionnaires restent un rendement honorable.

Le sujet de notre étude a également été apprécié des patientes et des équipes hospitalières. En effet, la plupart des patientes ont dit être très intéressées par le sujet, être heureuses que nous nous intéressions à la douleur qu'elles peuvent ressentir et certaines ont demandé à être informées des résultats de l'étude. Une équipe hospitalière a également souhaité recevoir un exemplaire de l'étude.

Bien que certaines études se soient déjà intéressées aux solutions thérapeutiques permettant de soulager la douleur, l'impact de la douleur n'avait quant à lui pas été étudié. Les résultats de notre étude ont donc permis de l'évaluer et de mettre en avant des axes d'amélioration pour notre pratique quotidienne.

3.8 Ouverture

Un autre élément a été mis en avant par cette étude. Il s'agit de l'influence de la psychologie sur la poursuite de l'allaitement. Il est difficile d'éliminer la douleur lors de l'allaitement, notamment par son caractère subjectif ; mais lorsque la motivation est présente, elle entrave peu sa réussite. D'autant plus que certaines femmes semblent être plus concernées par la douleur. En effet, parmi les patientes ayant eu des douleurs, la plupart en avaient déjà eu lors de leur(s) allaitement(s) précédent(s). Les étiologies de la douleur sont multiples et chaque patiente le vivra d'une façon différente. Il semble donc important que les professionnels de santé puissent apporter une aide spécifique à chaque patiente, en tenant compte de leur histoire personnelle, avec des conseils adaptés à l'étiologie et en leur expliquant qu'elles peuvent allaiter sans douleur.

Cette étude a mis en évidence que les conseils les plus efficaces pour prévenir la douleur concernent le positionnement de l'enfant et la variation des positions. Il serait intéressant de mener une étude plus précise sur la prévalence de la douleur chez des patientes d'une équipe qui aurait été préalablement particulièrement sensibilisée à ces recommandations.

Conclusion

Notre étude avait pour but principal d'évaluer l'impact des douleurs sur la durée de l'allaitement. Nous cherchions également à étudier la prise en charge proposée et à dégager des conseils efficaces à proposer.

Sur les quatre hypothèses que nous souhaitions évaluer, trois ont pu être validées. Ainsi notre étude a permis de mettre en avant la place importante de la douleur lors de l'allaitement. La douleur est présente sans distinction de parité, de voie d'accouchement ou de préparation à la naissance et à la parentalité. Pour autant il semblerait que la motivation des mères leur permette, dans une majorité des cas, de passer outre la douleur afin de profiter de ce lien mère-enfant si important pour elles.

La prévention de la douleur est un élément pouvant être amélioré. Moins d'un quart des patientes ont eu une information complète pendant leur grossesse, il a été montré à moins de la moitié des patientes comment reconnaître que leur enfant est prêt à téter, moins de 10% ont bénéficié d'une information complète sur le positionnement d'un enfant au sein, il existe un certain nombre de positions différentes pour allaiter mais dans un quart des cas aucune n'est montrée, enfin, à peine la moitié des patientes ont bénéficié de l'observation d'une tétée par jour minimum. Or c'est l'association de tous ces conseils qui permettrait de diminuer la douleur. Également, peu de multipares se sont senties peu accompagnées, il semble tout de même important d'être autant disponible pour elles.

Pour aller plus loin dans la prise en charge et diminuer le nombre de conseils donnés, une étude spécifique sur les connaissances des professionnels de santé sur la survenue de la douleur pendant l'allaitement et leur façon de l'appréhender pourrait être intéressante pour travailler sur l'harmonisation des pratiques.

Bibliographie

1. OMS. *Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif*. Site de l'OMS [en ligne]. http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/care_after_childbirth/yscam.fr (page consultée le 26 août 2014)
2. Guigui G. *Connaissance et méconnaissance des mères sur l'allaitement*, Devenir 3, 2007 ;19 :261-297
3. Harder T. et al, *Duration of breastfeeding and risk of overweight : a meta analysis*, AmJ Epidemiol, septembre 2005 ;162 :397-403
4. Turck D. *Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère*, Archives de pédiatrie, décembre 2005 ; volume 12 supplément 3 :145-165
5. Jager S. et al. *Breast-feeding and maternal risk of type 2 diabetes : a prospective study and meta analysis*, Diabetologia, juillet 2014 ;57 :1355-1365
6. Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé. *Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Recommandations*. Mai 2002
7. UNICEF. *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*. Site de l'UNICEF. [en ligne] <http://www.unicef.org/french/sowc98/r051.htm> (page consultée le 5 janvier 2015)
8. La leche league. *Epidémiologie de l'allaitement*. Juin 2003. Site de la leche league. [en ligne] <http://www.llfFrance.org/1068-epidemiologie-de-l-allaitement-en-france> (page consultée le 14 août 2015)
9. Turck D. *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement*, juin 2010, 40p
10. Salavane B. et al. *Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013)*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 7 octobre 2014 ; 27

11. La leche league. *Histoire de l'allaitement au 20^{ème} siècle*. Site de la leche league [en ligne]. <http://www.lllfrance.org/vous-informer/votre-allaitement/allaitement-dans-la-societe/944-lallaitement-au-20e-siecle> (page consultée le 25 août 2014)
12. INPES. *Semaine mondiale de l'allaitement*. Site de l'INPES. [en ligne]. <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/024.asp> (page consultée le 25 août 2014)
13. Salavane B. et al. *Taux d'allaitement à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultat de l'étude Epifane*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 18 septembre 2012 ; 34
14. *Programme National Nutrition Santé 2011-2015* [en ligne] www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf (page consultée le 16 août 2015)
15. Ego A. et al. *Les arrêts prématurés d'allaitement maternel*. Archives de pédiatrie, 2003, 10 : pages 11-18
16. Noirhomme-Renard F. Noirhomme Q. *Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature*. Journal de pédiatrie et puériculture, 2009, 22 : pages 112-120
17. Kersuzan C. et al. *Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions d'accouchement. Résultats de l'enquête ELFE maternité, France métropolitaine, 2011*. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 7 octobre 2014 ; 27
18. Gremmo-Féger G. *Allaitement maternel : l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit*. Spirale 3, 2003, 27 : pages 45-59
19. IPA. *Etudes sociologiques en France*. Site de l'IPA [en ligne]. <http://www.info-allaitement.org> (page consultée le 5 janvier 2015)
20. INPES. *Le guide de l'allaitement maternel*. Octobre 2009
21. Kent JC. et al. *Nipple pain in breastfeeding mothers incidence, causes and treatment*, Int J Environ Res Public Health, septembre 2015

22. Thirion M. *L'allaitement : de la naissance au sevrage*, 2^{ème} éd., Paris : Albin Michel, 199, 276p. (coll. Bibliothèque de la famille)
23. Inserm, *Douleur*, site de l'Inserm [en ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/douleur> (page consultée le 23 août 2015)
24. Silverthorn D. *Physiologie humaine : une approche intégrée*, 4^{ème} éd., Paris : Person Education, 2007, 936p
25. Acces, *La douleur*, site de l'accès [en ligne] <http://acces.ens-lyon.fr/biotic/neuro/douleur/html/typnoci.htm> (page consultée le 24 août 2015)
26. Lansac J. Magnin G. et al. *Obstétrique pour le praticien*, 6^{ème} éd., Issy les Moulineaux : Elsevier Masson, 2013, 563p
27. Chantry AA. Monier I. Marcellin L. *Allaitement maternel (partie I) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa* *Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2015,44 : pages 1071-1079
28. Marcellin L. Chantry AA. *Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement. Recommandations pour la pratique clinique.* *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 2015, 44 : pages 1084-1090
29. Feuillet de la leche league France, *Mettre votre bébé au sein*, site de la leche league [en ligne]. <http://www.llfFrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillet-de-llf-france/1002> (page consultée le 27 décembre 2015)
30. Tait P. *Nipple pain in breastfeeding women : causes, treatment and prevention strategies.* *Journal of Midwifery & women's health*, 2000 ;45 : pages 1212-1215
31. Blair A. *A relationship between positioning, the breastfeeding dynamic, the latching process and pain in breastfeeding mothers with sore nipples*, *Breastfeed Rev*, juillet 2003, 11 : page 510
32. Boskabadi H. et al. *Factors of breast problems in mothers and its effects on newborns*, *Iran Red Crescent Med Journal*, juin 2014 ; volume 16, numéro 6

33. Allaiter aujourd'hui, *Les douleurs de l'allaitement, comment y remédier ?*, leche league [en ligne]. <http://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/allaiter-aujourd-hui-extraits/1103> (page consultée le 28 décembre 2015)
34. Dennis CL. Jackson K. Watson J. *Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women*, cochrane Database of Systematic Reviews, 2014, Issue 12
35. Chertok IR. Schneider J. Blackburn S. *A pilot study of maternal and term infant outcomes associated with ultrathin nipple shield use*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs, Mars-Avril 2006, 35 : pages 265-272
36. Chertok IR. *Reexamination of ultra-thin nipple shield use, infant growth and maternal satisfaction*, J Clin Nurs, Novembre 2009, 18 : pages 2949-2955
37. Blondel B. Kermarrec M. *Enquête Nationale Périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, Mai 2011
38. Landais M. *Allaiter à la maternité : difficulté des mères ou/et des soignants ?* Vocation Sage-Femme, mars 2009, 70 : pages 8-14

Annexes

Annexe I : Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

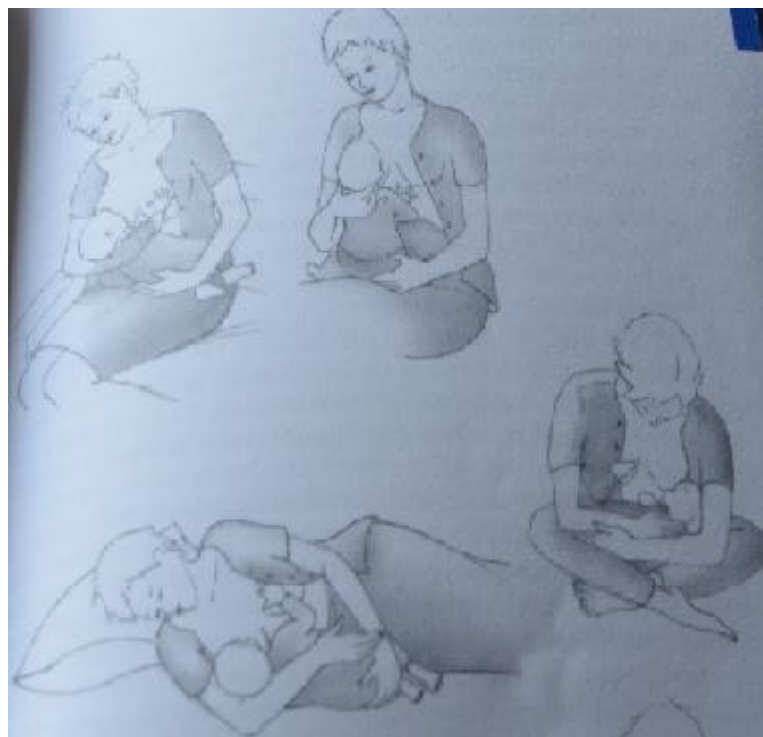
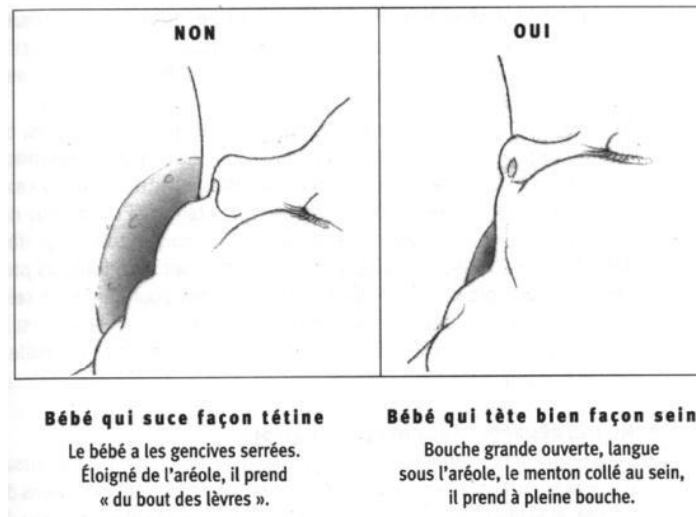
1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Par ailleurs, les établissements devraient refuser de recevoir, gratuitement ou à prix réduit, des lots de substituts du lait maternel, de biberons ou de tétines.

- Tiré de *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF*, OMS, Genève, 1989, et de *The Global Criteria for the WHO/UNICEF Baby-Friendly Hospital Initiative*, UNICEF, 1992.

Annexe II : Les différentes positions d'allaitement

D'après Thirion M. *L'allaitement : de la naissance au sevrage*, 2^{ème} éd., Paris : Albin Michel, 1999, 276p (coll. Bibliothèque de la famille)



Annexe III : Questionnaire suites de couches

Madame,

Etudiante en dernière année à l'école de sage-femme de Poissy, je réalise mon mémoire de fin d'études sur l'allaitement. Plus précisément sur la place qu'occupe la douleur dans les arrêts précoces de l'allaitement.

Je me permets de vous demander un peu de votre temps afin de m'aider à mettre en avant l'importance de la prise en charge de la douleur afin d'éviter des arrêts évitables de l'allaitement.

Pour cela je vous demande de répondre à ce questionnaire pendant votre séjour à la maternité et de le remettre à l'équipe soignante lors de votre départ.

Je vous recontacterai ensuite un mois puis 3 mois après votre accouchement pour voir où vous en êtes de votre allaitement.

Les données recueillies seront anonymisées et utilisées uniquement dans le cadre de la réalisation de l'étude.

Si vous acceptez de participer à l'étude, je vous remercie bien vouloir remplir ce formulaire avant de répondre aux questions.

Je soussignée Madame.....,
accepte de participer à l'étude et d'être contactée par téléphone au numéro suivant :
adresse mail :
J'ai été informé des modalités de recueil des informations par 3 questionnaires anonymisés.

Fait à :
Le :
Signature :

Un grand merci pour votre participation,
Justine Bruneau de la Salle

Informations générales

1. Quel âge avez-vous ?
2. Avez-vous d'autres enfants, si oui combien ?
3. Avez-vous allaité vos autres enfants ?
 - Oui
 - Non
4. Si oui, combien de temps ?
5. Aviez-vous rencontré des difficultés ?
 - Douleurs
 - Engorgement
 - Manque de lait
 - Crevasses
 - Lymphangite
 - Abscess
 - Autre

Pendant la grossesse

1. Avez-vous suivi des cours de préparation à la naissance ?
 - Oui
 - Non
2. Si oui, vous a-t-on parlé de la douleur liée à l'allaitement?
 - Oui
 - Pas suffisamment
 - Non
3. Vous a-t-on donné des conseils afin d'éviter et/ou soulager les douleurs au niveau des seins ?
 - Oui
 - Non
4. Si oui, quel(s) conseil(s) avez-vous reçu ?
 - Vous installer confortablement
 - Bien positionner votre enfant au sein

- Varier les positions
- Mettre régulièrement votre enfant au sein
- L'utilisation de crème
- Autre :

En salle de Naissance

1. Avez-vous accouché par voie basse ou par césarienne ?
2. Vous a-t-on proposé de faire du peau à peau avec votre enfant ?
 - Oui
 - Non
3. Durant les 2 premières heures, a-t-on laissé votre enfant aller seul vers le sein ?
 - Oui
 - Non
4. Vous a-t-on expliqué comment mettre votre enfant au sein ?
 - Oui
 - Non
5. Avez-vous ressenti des douleurs lors de la première tétée ?
 - Oui
 - Non
6. Si oui, à quel moment avez-vous eu mal ?
 - A la mise au sein
 - Pendant toute la tétée
 - En retirant votre enfant du sein
7. Vous a-t-on demandé si vous aviez mal, si oui vous a-t-on aidé à vous réinstaller afin de soulager la douleur ?
 - Oui
 - Non
8. Cette aide a-t-elle permis de réduire la douleur ?
 - Oui
 - Non

En suites de couches

1. Vous a-t-on montré comment positionner votre enfant au sein ?
 - Oui
 - Non
2. Si oui, que vous a-t-on expliqué ?
 - De le mettre ventre contre ventre
 - L'oreille, l'épaule et la hanche alignées
 - La tête en légère extension
 - Le nez dégagé
 - Les lèvres ourlées
 - Autre :
3. Vous a-t-on montré les différentes positions d'allaitement ?
 - Aucune
 - La madone inversée
 - A califourchon (ou position du « fer à cheval »)
 - Le ballon de rugby
 - La madone
 - Allongée
 - Autre
4. Ces positions sont-elles confortables et lesquelles ?
 - Oui
 - Non
5. Rencontrez-vous des difficultés lors des mises au sein, si oui lesquelles ?
 - Oui
 - Non
6. Le personnel soignant a-t-il observé une ou plusieurs tétées ?
 - Aucune
 - 1
 - 2

- Plus

- 7. Vous a-t-on expliqué comment reconnaître que votre enfant est prêt à téter ?
 - Oui
 - Non

- 8. Quand mettez-vous votre enfant au sein ?
 - Plutôt à intervalles réguliers
 - A la demande

- 9. Avez-vous des douleurs lors des tétées ? Si oui, à combien l'évaluez-vous entre 0 et 10 ?
 - Oui
 - Non

- 10. Avez-vous des crevasses ou un engorgement ?
 - Oui
 - Non

- 11. A quel moment avez-vous mal ?
 - A la mise au sein
 - Au début de la tétée
 - A la fin de la tétée
 - Durant toute la tétée

- 12. Que vous a-t-on proposé afin de soulager ces douleurs ?
 - Changer de position
 - Repositionner votre enfant
 - Appliquer une pommade compatible avec l'allaitement
 - Appliquer une pommade à rincer avant la tétée
 - Des antalgiques et lesquels :
 - Des bouts de sein
 - Un tire-lait
 - De l'homéopathie
 - Des antibiotiques
 - Etaler une goutte de lait sur votre sein

- Appliquer du chaud ou du froid sur vos seins
- L'arrêt de l'allaitement
- Donner un complément de lait artificiel pour mettre au repos les seins
- Autre

13. Après ces conseils, à combien évaluez-vous ces douleurs entre 0 et 10 ?
.....

14. Quels sont les conseils les plus efficaces ?
.....
.....
.....

15. Durant votre séjour en suites de couches, vous êtes-vous sentie suffisamment entourée par l'équipe soignante ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Non pas du tout

16. Concernant les conseils reçus,

- Ils vous ont beaucoup aidé
- Ils vous ont peu aidé
- Vous avez reçu trop de conseils différents

17. A votre sortie de la maternité vous a-t-on orienté vers une sage-femme libérale ou une consultante en lactation pour vous aider ?

- Oui
- Non

18. Combien de temps souhaitez-vous allaiter ?

- Quelques semaines
- 2-3 mois
- Jusqu'à la reprise du travail
- 6 mois
- Plus de 6 mois

Annexe IV : Questionnaire à 1 mois

Retour à la maison

1. Allaitiez-vous toujours ? Si oui, s'agit-il d'un allaitement exclusif ou mixte ?
 - Oui
 - Non
2. A quel intervalle mettez-vous votre enfant au sein ?
 - A la demande
 - A intervalles réguliers
3. Quels problèmes avez-vous rencontré pendant votre allaitement ?
 - Douleurs
 - Crevasses
 - Manque de lait
 - Engorgement
 - Abscess du sein
 - Lymphangite
 - Autre
4. Des douleurs ont-elles compromis votre allaitement ?
 - Oui
 - Non
5. Combien de temps ont duré ces douleurs ?
6. Qui avez-vous rencontré pour vous aider ?
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue
 - Associations
 - Consultante en lactation
 - Amis, famille
 - Internet

- Personne
- Autre.....

7. Vous êtes-vous sentie suffisamment accompagnée ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Pas du tout

8. Quels conseils avez-vous reçu ?

- Arrêt de l'allaitement
- Antalgiques, lesquels ?
- Appliquer de la pommade compatible avec l'allaitement
- Appliquer de la pommade à rincer avant la tétée
- Antibiotiques
- Changer de position d'allaitement
- Repositionner votre enfant
- Appliquer du chaud ou du froid sur vos seins
- Etaler une goutte de lait sur vos seins
- Bout de seins
- Tire-lait
- Homéopathie
- Donner un complément de lait artificiel pour mettre au repos les seins
- Autre

9. Quel(s) conseil(s) avez-vous trouvé le(s) plus efficace(s) ?

.....
.....
.....

10. Quelle a été l'évolution de la douleur ?

- Nette amélioration
- Légère amélioration
- Aucune amélioration

11. Concernant les positions d'allaitement, variez-vous souvent les positions ?

- Oui très souvent

- Peu souvent
- Jamais

12. Quelle(s) position(s) utilisez-vous ?

- La madone
- La madone inversée
- Le ballon de rugby
- Allongée
- A califourchon (ou position du « fer à cheval »)
- Autre

13. Donnez-vous une tétine à votre enfant, si oui depuis quand ?

- Oui
- Non

14. Votre projet d'allaitement est-il toujours le même qu'à la maternité ?

- Oui
- Non, je souhaite prolonger l'allaitement de mon enfant
- Non, je souhaite le raccourcir

15. Si votre projet d'allaitement a changé, est-ce en lien avec les douleurs ?

- Oui
- Non

Annexe V : Questionnaire à 3 mois

Retour à la maison

1. Allaitiez-vous toujours ? Si oui, s'agit-il d'un allaitement exclusif ou mixte ?
 - Oui
 - Non
2. A quel intervalle mettez-vous votre enfant au sein ?
 - A la demande
 - A intervalles réguliers
3. Rencontrez-vous des problèmes avec votre allaitement ?
 - Douleurs
 - Crevasses
 - Manque de lait
 - Engorgement
 - Abscesses du sein
 - Lymphangite
 - Autre
4. Des douleurs ont-elles compromis votre allaitement ?
 - Oui
 - Non
5. Au cours du dernier mois, avez-vous rencontré quelqu'un pour vous aider ?
 - Sage-femme
 - Médecin généraliste
 - Gynécologue
 - Associations
 - Consultante en lactation

- Amis, famille
- Internet
- Personne
- Autre.....

6. Vous êtes-vous sentie suffisamment accompagnée ?

- Oui tout à fait
- Oui plutôt
- Pas du tout

7. Quels conseils avez-vous reçu en cas de difficulté avec votre allaitement?

- Aucun
- Arrêt de l'allaitement
- Antalgiques, lesquels ?
- Appliquer de la pommade compatible avec l'allaitement
- Appliquer de la pommade à rincer avant la tétée
- Antibiotiques
- Changer de position d'allaitement
- Repositionner votre enfant
- Appliquer du chaud ou du froid sur vos seins
- Etaler une goutte de lait sur vos seins
- Bout de seins
- Tire-lait
- Homéopathie
- Donner un complément de lait artificiel pour mettre au repos les seins
- Autre

8. Quel(s) conseil(s) avez-vous trouvé le(s) plus efficace(s) ?

.....
.....
.....

.....
9. Quelle a été l'évolution de la douleur ?

- Nette amélioration
- Légère amélioration
- Aucune amélioration

10. Votre projet d'allaitement est-il toujours le même qu'à la maternité ?

- Oui
- Non, je souhaite prolonger l'allaitement de mon enfant
- Non, je souhaite le raccourcir

11. Si votre projet d'allaitement a changé, est-ce en lien avec les douleurs ?

- Oui
- Non

12. Si vous n'allaitiez plus, quelle en est la raison ?

.....
.....
.....
.....

13. Etes-vous satisfaite de votre allaitement ?

.....
.....
.....
.....