HAL
open science

# Évaluation des pratiques professionnelles de prise en charge de l'inhibition de la lactation en suites de couches chez des femmes ne souhaitant pas allaiter

Raphaële Houlbracq

▶ **To cite this version:**

Raphaële Houlbracq. Évaluation des pratiques professionnelles de prise en charge de l'inhibition de la lactation en suites de couches chez des femmes ne souhaitant pas allaiter. Gynécologie et obstétrique. 2019. dumas-02303768

**HAL Id: dumas-02303768**

**https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02303768v1**

Submitted on 2 Oct 2019

**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

**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'Etat 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 encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES

Faculté de Médecine Paris Descartes
ECOLE DE SAGES-FEMMES BAUDELOCQUE

**Mémoire** pour obtenir le

**Diplôme d'Etat de Sage-Femme**

Présenté et soutenu publiquement

**le : 23 mai 2019**

par

**Raphaële HOULBRACQ**

Née le 16 février 1996

# Évaluation des pratiques professionnelles de prise en charge de l'inhibition de la lactation en suites de couches chez des femmes ne souhaitant pas allaiter

**DIRECTRICE DU MEMOIRE :**

**Mme Charlotte ROQUILLON** Sage-femme, Port Royal

**JURY :**

**Mme Nathalie PERILLAT** Sage-femme, Port Royal

**Mme Hélène GUILLAUME** Sage-femme enseignante, Baudelocque

**Mme Agnès GUYONNET** Sage-femme, Necker

Mémoire N°2019PA05MA24

© Université Paris Descartes – Ecole de Sages-Femmes Baudelocque.

# Remerciements

Pour commencer, je souhaiterai remercier en particulier Charlotte Roquillon, ma directrice de mémoire, pour sa disponibilité, son écoute, son soutien, ses précieux conseils, et ses encouragements, en particulier lorsque la motivation commençait à diminuer ! Merci beaucoup !

Je voudrai également remercier Mme Chantry pour ces conseils sur l'analyse de données.

Merci également à Mme Guillaume, qui m'a accompagné**e** pendant mes 3 dernières années à l'école. Votre écoute et votre accompagnement m'ont beaucoup aidé, sans compter votre optimisme et votre faculté à mettre en avant les qualités de chacun.

Merci à Anneso et Mathilde pour leur présence et leur amitié, ainsi qu'à Anne, Mélanie, Pauline, Audrey, Solène, Clémence, Sara et Maïté, pour tous les évènements et soirées que nous avons organisés ensemble, toutes les soirées auxquelles nous avons participé, et tous les anniversaires surprises de ces 4 années !

Un grand merci à ma famille, à mon père, à mes frères, et un énorme merci à ma maman, qui est très douée sur Excel, et qui m'a surtout toujours encouragée et soutenue en particulier lorsque ça n'allait pas, qui a relu tous mes port-folios et mon mémoire en entier, et qui a entendu toutes mes présentations orales en exclusivité !

# Résumé

Introduction/objectif : En 2015 les recommandations du CNGOF pour la pratique clinique concernant le post-partum ont changé. L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux des pratiques professionnels concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation en Île-de-France après les RPC de 2015 sur le post-partum.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle transversale et multicentrique. Les données ont été recueillies par le biais d'un questionnaire anonyme envoyé aux sages-femmes travaillant en SDC au sein de maternités franciliennes, en passant par les sages-femmes coordinatrices de ces maternités. Les analyses ont été faites avec les logiciels Excel, biostaTGV, et XLSTAT, et avec les tests de Chi2, Fisher, Student et Anova. Le seuil de significativité a été fixé à $p<0,050$.

Résultats : Notre population de 370 sages-femmes appartenait à 48 maternités franciliennes. 61,9% d'entre elles ont actuellement un protocole de prise en charge de l'inhibition de la lactation. 37,9% des sages-femmes interrogées déclarent avoir proposé une méthode médicamenteuse de prise en charge de l'inhibition de la lactation, avec 32,2% prescrivant de la cabergoline (Dostinex®), et 5,7% du lisuride (Arolac®). 75,7% des sages-femmes proposent de l'homéopathie en première intention, soit seule, soit en complément d'une méthode médicamenteuse. Les sages-femmes travaillant fréquemment en SDC prescrivent d'avantage d'homéopathie ($p=0,003$) et connaissent mieux les effets indésirables de la méthode médicamenteuse ($p=0,027$). Les sages-femmes travaillant en maternité de type 3 prescrivent moins d'homéopathie ($p=0,009$) et moins de lisuride ($p=0,029$) que les sages-femmes de type 1 et 2. Les sages-femmes les plus récemment diplômées conseillent davantage de moyens non médicamenteux à mettre en place (port de soutien-gorge, compresses froides, etc.) ($p<0,0001$). Concernant la méthode médicamenteuse, les sages-femmes les moins récemment diplômées (avant 2004) ont plus de réticence à la prescrire par rapport à celles plus récemment diplômées ($p=0,006$) et trouvent que nous n'avons pas assez de recul sur l'utilisation de ces molécules ($p=0,003$).

Conclusion : La prise en charge actuelle de l'inhibition de la lactation n'est pas homogène en Ile-de-France. En effet, cette prise en charge varie selon les maternités, et selon les sages-femmes au sein d'une même maternité.

**Mots-clés : inhibition de la lactation, prescription, pratiques**

# Abstract

Introduction/aim: In 2015 the recommendations of the CNGOF for post-partum clinical practice have changed. Our study endeavoured to list the different management methods for lactation inhibition in the Ile-de-France area following the 2015 post-partum recommendations.

Material and method: We conducted a transverse and multicentre observational study. Data was collected by means of an anonymous questionnaire sent to midwives working in the Ile-de-France maternity, through the coordinating midwives. The analyses were done with Excel software, biostaTGV, and XLSTAT, and with the tests of Chi2, Fisher, Student and Anova. The significance threshold has been set to $p < 0,050$.

Results: 370 midwives took part in this study, all working in maternity wards in Paris and suburb. 61,9% of them currently have a protocol to support the inhibition of lactation. 37,9% of midwives interviewed declare to suggest a drug method to support the inhibition of lactation, with 32,2% prescribing cabergoline (Dostinex®), and 5,7% prescribing lisuride (Arolac®). 75,7% of midwives offer a homeopathic approach as a first intention, either on its own or supporting an allopathic treatment. Midwives working frequently in maternity service prescribe more homeopathy ($p = 0,003$) and are better acquainted with the adverse effects of the drug method ($p = 0,027$). Midwives working in type 3 maternity prescribe less homeopathy ($p = 0,009$) and less lisuride ($p = 0,029$) than midwives of type 1 and 2. The most recently graduated midwives advise more non-medicated (conservative) means to be put into place (brassieres, cold compresses, etc.) ($p < 0,0001$). With regard to the drug method, the midwives who graduated before 2004 are more reluctant to prescribe it compared to those most recently graduated ($p = 0,006$) and find that we do not have enough hindsight on the use of these molecules ($p = 0,003$).

Conclusion : The current care for lactation inhibition is not standard in Ile-de-France. Indeed, this support varies according to the different maternity wards, and depending on the midwives within the same maternity.

**Keywords : inhibition of lactation, prescription, practice**

# Table des matières

**Remerciements** ..... **3**
**Résumé** ..... **4**
**Abstract** ..... **5**
**Liste des tableaux** ..... **8**
**Liste des annexes** ..... **9**
**Abréviations** ..... **10**
**Introduction** ..... **11**
Prise en charge de l'inhibition de la lactation : du bandage des seins à la bromocriptine ..... 11
Remise en cause de l'utilisation de la bromocriptine ..... 12
Quelles alternatives à la bromocriptine ? ..... 13
Les recommandations professionnelles depuis 2013 ..... 15
**Première partie**
**Matériel et méthode** ..... **17**
Problématique / Question de recherche ..... 17
Objectifs ..... 17
Hypothèses ..... 17
Type d'étude et population ..... 17
Déroulement de l'étude ..... 18
Critères de jugement ..... 19
Variables ..... 19
Analyse statistique ..... 19
Taille de l'échantillon ..... 22
**Deuxième partie**
**Résultats** ..... **23**
Description de la population totale ..... 23
La prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les maternités ..... 24
La prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les sages-femmes au sein d'une même maternité ..... 26
Les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment les inconvénients des méthodes médicamenteuses pour pouvoir en informer les patientes si nécessaire ..... 35

Analyses supplémentaires ..... 37
**Troisième partie**
**Discussion ..... 45**
Limites et forces de l'étude ..... 45
Validité interne ..... 45
Validité externe ..... 46
Population totale ..... 47
La prise en charge varie selon les maternités ..... 47
La prise en charge varie selon les sages-femmes au sein d'une même maternité ..... 48
Les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment les inconvénients des méthodes médicamenteuses pour pouvoir en informer les patientes si nécessaire .... 54
Analyses supplémentaires ..... 55
**Conclusion ..... 59**
**Bibliographie ..... 60**
**Annexes ..... 65**

# Liste des tableaux

**Tableau 1 :** Caractéristiques de la population totale ..... 23

**Tableau 2 :** Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement) ? Si oui, lequel ? ..... 25

**Tableau 3 :** Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement) ? Si oui, appliquez-vous ce protocole ? ..... 27

**Tableau 4 :** Généralement, avant la mise en place de cette prise en charge, expliquez-vous à vos patientes toutes les alternatives existantes et leurs potentiels effets indésirables ? ..... 31

**Tableau 5 :** Parmi ces propositions, lesquelles proposez-vous aux femmes ne souhaitant pas allaiter dans les premières 24h ? ..... 33

**Tableau 6 :** Connaissez-vous les effets indésirables décrits de la Cabergoline (Dostinex®) et/ou du Lisuride (Arolac®) ? Si oui, quels sont-ils ? ..... 36

**Tableau 7 :** Concernant la méthode médicamenteuse ..... 38

**Tableau 8 :** Quel est le dernier contexte dans lequel vous avez abordé le thème de l'inhibition de la lactation ? Cette formation vous a-t-elle fourni des connaissances suffisantes pour prendre en charge ces femmes ? ..... 42

**Tableau 9 :** Pour vous, quel est le niveau de satisfaction des patientes qui bénéficient de ces méthodes (avant et éventuellement après leur montée de lait) ? ..... 44

# Liste des annexes

**Annexe 1 :** Message de diffusion du questionnaire aux cadres des maternités d'Ile-de-France ..... 66
**Annexe 2 :** Questionnaire sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation en SDC ..... 67
**Annexe 3 :** Message de confirmation du protocole de service aux cadres des maternités d'IDF ..... 72
**Annexe 4 :** Extrait de la notice du médicament AROLAC 0.2mg(39) ..... 73
**Annexe 5 :** Extrait de la notice du médicament DOSTINEX 0,5mg(40) ..... 75
**Tableau A :** Propositions détaillées des 24 premières heures en fonction de l'année de diplôme ..... 77
**Tableau B** : Propositions détaillées des 24 premières heures en fonction de la fréquence de travail en SDC ..... 78
**Tableau C :** Propositions détaillées des 24 premières heures en fonction du niveau de maternité ..... 79

# Abréviations

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CoFAM : Coordination Française pour l'Allaitement Maternel

FCT : Fausse Couche Tardive

IDF : Ile-de-France

IMG : Interruption Médicale de Grossesse

MFIU : Mort Fœtale In Utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RCP : Résumé des Caractéristiques du Produit

RPC : Recommandations pour la Pratique Clinique

SDC : Suites De Couches

VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

# Introduction

D'après l'enquête nationale périnatale de 2016 (1), 44% des mères n'allaitent pas en post-partum, soit par choix, soit à cause de contre-indications médicales. Ce chiffre est en augmentation depuis 2012 où seulement 29% des femmes n'allaitaient pas en suites de couches (2). Pourtant, en 2009, une méta-analyse (3) portant sur les traitements inhibant la lactation montrait que les données permettant une prise en charge optimale de celle-ci étaient jugées insuffisantes.

Bien que la région parisienne comprenne le taux d'allaitement maternel le plus élevé de France, 20,4 à 26% des patientes n'allaitent pas à la sortie de la maternité (4), ce qui représenterait entre 36 000 et 46 000 femmes par an. Même si la promotion de l'allaitement maternel est actuellement au cœur de nos pratiques, la sage-femme, professionnel de référence en suites de couches, se doit d'accompagner au mieux les accouchées, quel que soit leur choix concernant l'alimentation de leur nouveau-né. Dans ce contexte, nous allons revenir sur l'évolution de la prise en charge de l'inhibition de la lactation au fil du temps.

## Prise en charge de l'inhibition de la lactation : du bandage des seins à la bromocriptine

La prise en charge de l'inhibition de la lactation physiologique a évolué au fil du temps suivant les développements de la médecine (5). Alors qu'en 1903, il n'y avait aucune recommandation (5), les pratiques ont évolué et le bandage des seins a été conseillé dès 1905, au même titre que les onguents de belladone sur la poitrine, et le tirage du lait lors des engorgements (5). Entre 1908 et 1941, il était préconisé de ne pas stimuler les seins et de les masser si besoin, en complément d'un bandage de la poitrine et de l'utilisation de packs de glace. Une dose de morphine pouvait également être administré si l'engorgement lié à la montée de lait apportait une douleur sévère (5). En 1945, s'ajoute l'utilisation d'aspirine et de codéine pour les douleurs sévères, ainsi qu'un traitement médicamenteux à base d'œstrogène, qui n'était cependant pas encore recommandé (5). Puis, en 1950, la restriction hydrique apparaît dans la prise en charge (5). Pour terminer, en 1976, il fallait utiliser un soutien-gorge confortable et non plus un bandage des seins (bien que celui-ci était encore largement utilisé) de la glace, et des antalgiques de palier 1 en cas de montée laiteuse non désirée douloureuse (5).

Ce n'est qu'en 1978 qu'une méthode médicamenteuse, la bromocriptine, obtient l'AMM en France pour l'inhibition de la lactation physiologique (6). Il s'agit d'une molécule dérivée de l'ergot de seigle qui doit être administrée pendant 21 jours dès l'accouchement pour inhiber la lactation physiologique (7). Ses propriétés d'agonistes dopaminergiques sont utilisés pour l'ablactation car elles permettent l'inhibition de la sécrétion de prolactine par l'hypophyse (2). Sa grande efficacité a rapidement généralisé son utilisation dans la majorité des services de SDC.

## Remise en cause de l'utilisation de la bromocriptine

Après avoir été la méthode de référence au sein des services de maternité pendant de nombreuses années, l'utilisation quasi systématique de la bromocriptine fut réexaminée. En 1993, suite aux effets indésirables graves rapportés au niveau national et international, une enquête de pharmacovigilance a été lancée en France (2,8). Au cours de celle-ci, les experts ont mis en évidence plusieurs cas d'accidents vasculaires cérébraux, d'infarctus du myocarde, d'hypertension artérielle, et de psychose (2,8) directement liés à l'utilisation de la bromocriptine dans le cadre de l'inhibition de la lactation physiologique. Il a été décidé à cette époque de renforcer le RCP de la bromocriptine, en particulier concernant les contre-indications et la posologie d'administration (2,8), car l'utilisation systématique de la bromocriptine avait entrainé une mauvaise utilisation de la molécule (9).

En 2010, cette méthode médicamenteuse d'inhibition de la lactation était toujours prescrite en majorité, et la plupart du temps de manière systématique par les professionnels de santé (10). En 2011, 30% des accouchées avaient pris de la bromocriptine d'après l'ANSM (6), ce qui correspondaient à 70% des patientes ne souhaitant pas allaiter. En 2012, 95% des professionnels de santé déclaraient prescrire une méthode médicamenteuse d'inhibition de la lactation physiologique en première intention pour leurs patientes ne souhaitant pas allaiter, et la bromocriptine était la molécule de référence dans 89% des cas (3).

Suite à ces données, une nouvelle enquête de pharmacovigilance a eu lieu en 2012 (11). Les conclusions de l'ANSM stipulaient qu'en raison des évènements indésirables graves liés à l'utilisation de la bromocriptine rapportés sur des patientes à bas risque et sans problème de santé particulier, le rapport bénéfice/risque n'était plus favorable dans le cadre de son utilisation pour la prise en charge de l'inhibition de la lactation physiologique (2,6). Suivant cette évaluation, l'agence européenne de médecine décide en 2014 de « réserver l'utilisation de la bromocriptine à l'inhibition de la lactation dans certaines situations médicales très limitées » (2,12), c'est-à-dire aux situations de morts périnatales et aux femmes séropositives pour le VIH, tout en insistant sur les contre-indications de la bromocriptine (12).

# Quelles alternatives à la bromocriptine ?

## *Alternatives médicamenteuses*

Suites à ces décisions, des alternatives médicamenteuses à la bromocriptine ont été préconisées. L'ANSM recommandait une prescription de lisuride ou de cabergoline lorsqu'une inhibition de la lactation était souhaitée pour raison médicale uniquement. En effet, pour l'ANSM, cette recommandation ne devait pas être « un glissement de la bromocriptine vers la cabergoline » et son utilisation systématique (11), principalement parce que la cabergoline ne possédait pas encore l'AMM pour cet usage en 2012 (6).

Ce n'est qu'en 2014 que la cabergoline obtient l'AMM pour « l'inhibition de la lactation due à des causes médicales » (2), la posologie d'administration étant de 2 comprimés en une prise en unique au plus près de l'accouchement. Le lisuride, quant à lui, possédait l'AMM pour l'inhibition physiologique de la lactation avec et sans cause médicale (2), avec une prise pendant 14 jours à débuter en post-partum immédiat.

Le lisuride et la cabergoline sont des molécules qui appartiennent à la famille des dérivés de l'ergot de seigle, comme la bromocriptine (13). En ayant moins d'effets indésirables, la cabergoline semble être globalement mieux tolérée que la bromocriptine (14,15), avec une efficacité égale, voire supérieure (14,15). Cependant, des interrogations sur l'innocuité de l'utilisation de ces nouvelles molécules sont apparues (16), bien que les contre-indications du lisuride et de la cabergoline soient les mêmes que pour la bromocriptine, avec des effets indésirables moins graves et moins fréquents (2). Le manque de données sur ces deux molécules incite l'agence européenne de médecine à préconiser actuellement l'utilisation de méthodes non médicamenteuses (2,12).

## *Alternatives non médicamenteuses*

Pour inhiber une montée laiteuse physiologique sans traitement pharmacologique, le premier moyen à mettre en place est la non présentation de l'enfant au sein (2,6,17,18). En effet, cette absence de stimulation permet à elle seule d'interrompre la lactation pour 60 à 70% des patientes (17), en moyenne en une à deux semaines (6,18).

Cependant, 1/3 des femmes ressentent un inconfort important et/ou une douleur élevée lors de la montée de lait non désirée (11,17,19), avec des tensions mammaires et quelques fois des écoulements

de lait qui peuvent apparaître rapidement dans le post-partum et peuvent durer jusqu'à 15 jours (5). Ainsi, si l'on choisit une abstention thérapeutique, il est recommandé de prévenir les patientes d'une éventuelle montée de lait pour que celle-ci soit mieux vécue (20). La douleur doit également être prise en charge, avec notamment des traitements locaux qui suffisent généralement à les soulager (18). Si une montée de lait non désirée a lieu et génère de l'inconfort, les professionnels de santé peuvent conseiller des cataplasmes froids ou chauds sur la poitrine selon la préférence des patientes (2,6,17). Il est également possible d'utiliser des cataplasmes d'argile, de persil et de chou (16,17), mais il n'existe aucune preuve de leur efficacité. Les antalgiques de pallier 1 doivent être proposés en première intention (21). De plus, le port d'un soutien-gorge adapté est conseillé car celui-ci est efficace dans la prise en charge des douleurs (2,6,17,21,22). Le bandage des seins quant à lui n'est plus recommandé car l'inconfort engendré semble être plus important que celui lié à la montée laiteuse (2,5,6,17,22,23).

L'homéopathie fait également parti des alternatives envisageables à la fois en prévention d'une éventuelle montée de lait non désirée, et en thérapeutique si une montée de lait a lieu (2,6). Les produits homéopathiques sont choisis pour leurs effets anti-inflammatoires et antalgiques (20), et quelques études, bien qu'insuffisantes, ont mis en évidence leur efficacité sur la diminution de la douleur, de la tension mammaire et de l'écoulement spontané de lait par rapport au placebo (20,24,25). Même si l'efficacité de cette méthode n'a pas été prouvée (19), la commission des sages-femmes du Réseau Naitre Ensemble propose d'utiliser Ricinus 30 CH une fois par jour pour diminuer les sécrétions lactées (26), Apis Mellifica 9 CH pour lutter contre l'œdème (qui est physiologique lors de la montée laiteuse) (27), et Bryonia 9 CH pour lutter contre la douleur et la tension mammaire (28) dans le cadre de la prise en charge de l'inhibition de la lactation.

L'acupuncture et la phytothérapie font également partie des méthodes proposées (2,6). En effet, le cerfeuil, les queues de cerise, le chou, le fraisier, le lin, la menthe, la mercuriale, le noyer, le persil, la pervenche et la sauge auraient une action inhibitrice de la lactation (17). Cependant, l'efficacité de ces méthodes n'a pas encore été évaluée (2).

Concernant la restriction hydrique, cette méthode n'a pas prouvé son efficacité et entraîne une déshydratation chez la patiente (6,12,18), ainsi il n'est plus recommandé de la proposer.

D'après une méta-analyse de 2012 de la Cochrane, il n'y a actuellement aucune preuve d'efficacité des méthodes alternatives non médicamenteuses notamment comparé à l'absence de traitement. Des études de plus grande puissance sur le sujet sont nécessaires. On peut cependant noter que ces méthodes présentent l'avantage de ne pas engendrer d'effets indésirables graves (19).

# Les recommandations professionnelles depuis 2013

Dans son mémoire de fin d'étude de sage-femme en 2014, P. Durand constatait que « les pratiques concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation [avaient] fortement évolué ces dernières années », et que « les accidents survenus à la suite de l'utilisation des traitements inhibiteurs tels que la bromocriptine [étaient] responsables de plus en plus d'abstention thérapeutique dans les maternités de France » (29).

En 2013, la CoFAM (18) et la Commission des Sages-femmes du Réseau Sécurité Naissance Naitre Ensemble (23), après avoir effectué une revue de la littérature, recommandaient en premier lieu pour éviter une montée de lait non désirée d'éviter tous les types de stimulations, c'est-à-dire la tétée d'accueil et les mises au sein. De plus, la restriction hydrique ou le bandage des seins n'avaient plus d'intérêt à être proposés aux patientes. La bromocriptine, quant à elle, ne devait plus être prescrite dans la prise en charge de l'inhibition de la lactation, et la cabergoline devait être réservé aux MFIU et IMG (18,23). Les prescriptions d'antalgiques étaient recommandées, ainsi que les conseils locaux (application de compresses froides sur la poitrine, massage mammaire, expression manuelle, contre-pression alvéolaire). D'autres alternatives (acupuncture, homéopathie…) pouvaient également être proposées si la sage-femme était formée sur le sujet (18,23).

L'OMS ne préconise également plus actuellement l'utilisation de traitements médicamenteux mais recommande d'utiliser des moyens locaux pour « soulager les symptômes de la congestion mammaire » (30), c'est-à-dire d'attendre une montée de lait non désirée et de prendre en charge l'engorgement qui suit. Au niveau européen, les autorités de santé recommandent d'utiliser prudemment la cabergoline et le lisuride « car les données sur leur sécurité d'emploi manquent » (2).

En France, les recommandations du CNGOF sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation ont évolué en 2015, donc très récemment. Selon elles, les traitements médicamenteux « ne doivent plus être prescrits de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter » (31). Cependant, les méthodes non pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne peuvent pas encore être recommandées car « il n'existe pas d'argument scientifique » (31) pour affirmer ou non l'efficacité de ces méthodes. Si toutefois, après avoir été informées des risques, les patientes souhaitent une méthode médicamenteuse d'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline « sont les médicaments à privilégier » (31).

Ces recommandations ne répondent pas, selon nous, d'une façon complète aux attentes des professionnels de santé et des patientes pour une prise en charge optimale de l'inhibition de la lactation. En effet, les sages-femmes pourraient être davantage confrontées à des montées laiteuses non désirées chez les patientes n'ayant pas eu de prescription médicamenteuse. Aucune autre méthode n'ayant prouvée son efficacité, les propositions faites dépendraient de plusieurs facteurs : les connaissances des sages-femmes, leur expérience, l'établissement d'exercice, etc.

Dans ce contexte, il est possible de penser que les prescriptions et la prise en charge des patientes ne souhaitant pas allaiter aient changé. Depuis les dernières recommandations de 2015 décrites ci-dessus, aucune étude n'a été retrouvée sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation au sein de nos maternités, ni d'évaluation des pratiques professionnelles. Alors que la dernière étude sur le sujet datant de 2012 avait mis en évidence une prise en charge de l'inhibition de la lactation médicamenteuse avec une prescription de bromocriptine par 89% des professionnels de santé, il est intéressant de se demander quelle est la prise en charge actuelle au sein des maternités d'Ile-de-France.

# Première partie
# Matériel et méthode

## Problématique / Question de recherche

Quelles sont les différentes prises en charge de l'inhibition de la lactation en SDC pour les femmes ne souhaitant pas allaiter ?

## Objectifs

Nous avions pour objectif principal de notre étude de faire un état des lieux des pratiques professionnelles en Île-de-France suite aux RPC de 2015 sur le post-partum.

L'objectif secondaire de notre étude était d'étudier les facteurs influençant les différentes prises en charge pratiquées concernant l'inhibition de la lactation.

## Hypothèses

Nos hypothèses étaient les suivantes :

- La prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les maternités
- La prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les sages-femmes au sein d'une même maternité
- Les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment les inconvénients des méthodes médicamenteuses pour pouvoir en informer les patientes si nécessaire

## Type d'étude et population

Nous avons effectué une étude observationnelle transversale et multicentrique.
La population cible de cette étude devait répondre aux critères d'inclusion suivants :

- être sage-femme diplômée d'État

- travailler actuellement au sein d'une maternité située en Île-de-France
- avoir déjà travaillé en SDC

A contrario, nous avons exclu de l'étude :

- les personnes n'étant pas sages-femmes diplômées d'État
- les sages-femmes travaillant actuellement en libéral ou au sein d'une maternité localisée hors Île-de-France
- les sages-femmes n'ayant jamais travaillé en SDC

# Déroulement de l'étude

Le recueil de données a été effectué par le biais d'un questionnaire en ligne anonyme sur le site docs.google (GoogleForms®). Ce questionnaire a été au préalable testé par deux sages-femmes cliniciennes de Port Royal, et une sage-femme clinicienne de Villeneuve St George, ce qui nous a permis de le valider.

Nous avons adressé un courrier électronique aux sages-femmes coordinatrices des maternités concernées, comprenant une description de notre étude, ainsi que le lien menant au questionnaire en ligne, afin de le transmettre à leur équipe de sages-femmes (annexe 1). Les adresses email avaient été recueillies, à la fois par le biais des « fiches hôpitaux » mises à la disposition des étudiants sages-femmes de l'école Baudelocque sur la plate-forme Moodle®, mais aussi en appelant les maternités n'ayant pas de « fiche hôpital ».

Notre questionnaire comportait 12 questions, à la fois directives et semi-directives (annexe 2). Celles-ci portaient sur plusieurs thèmes tels que les protocoles de services, la prise en charge personnelle des sages-femmes concernant les patientes ne souhaitant pas allaiter en SDC, l'explication des alternatives existantes et leurs effets indésirables, leurs connaissances personnelles des méthodes médicamenteuses et leur dernière formation sur le sujet de l'inhibition de la lactation. La dernière question laissait aux sages-femmes la possibilité d'écrire un commentaire libre sur le sujet.

Nous avons effectué trois messages de relance auprès des sages-femmes coordinatrice entre le 18 avril et le 10 juillet 2018.

Dans un second temps, nous avons confirmé les protocoles des maternités avec les sages-femmes coordinatrices des services (annexe 3).

# Critères de jugement

Le critère de jugement principal était la prise en charge de l'inhibition de la lactation par les sages-femmes. Il était évalué par les habitudes de prescriptions des sages-femmes, les conseils donnés, et les moyens mis en place.

Les critères de jugement secondaires correspondaient aux variations des pratiques cliniques entre les maternités d'Île-de-France, aux variations de ces pratiques au sein d'une même maternité, et aux connaissances des sages-femmes.

# Variables

Les variables étudiées correspondaient :

- aux caractéristiques des sages-femmes (année de diplôme, fréquence du travail en SDC, maternité actuelle)
- aux protocoles des maternités (contenu, présence ou absence)
- aux prises en charge individuelles concernant les patientes (méthode médicamenteuse prescrite ou non, alternatives mises en place, explications données ou non)
- au niveau de satisfaction des patientes perçu par les sages-femmes
- aux connaissances des sages-femmes des effets indésirables des méthodes médicamenteuses
- au positionnement des sages-femmes sur la méthode médicamenteuse
- à la formation des sages-femmes sur le sujet de l'inhibition de la lactation

# Analyse statistique

## *Logiciels et tests utilisés*

Les données ont été exportées depuis le logiciel GoogleForm® sur le logiciel Excel® pour y être exploitées.

Concernant l'analyse statistique, nous avons comparé les variables continues en calculant les moyennes et les écart-types. Les tests utilisés étaient le test de Student, lorsqu'il y avait deux groupes à comparer, et le test Anova, lorsqu'il y avait plus de deux groupes à comparer. Les critères d'application de ces tests ont été vérifiés avant la réalisation des tests.

Pour comparer les variables catégorielles, nous avons calculé les nombres et les pourcentages. Les tests utilisés étaient le test de Chi2 ou le test exact de Fisher. Les critères d'application de ces tests ont été vérifiés avant la réalisation des tests.

Nous avons choisi de désigner les tests dans les tableaux par : Chi2, Fisher*, Student**, et Anova***.

Le seuil de significativité de ces tests a été défini par $p<0,050$.

Les logiciels utilisés pour réaliser ces analyses statistiques étaient BiostaTGV et XLSTAT.

## *Catégories d'analyse*

Nous avons analysé les données, pour chacune des variables, en fonction :

- de l'année de diplôme des sages-femmes
- de leur fréquence de travail en SDC
- du type de maternité dans lequel elles exerçaient

Pour certaines analyses, nous avons ajouté une catégorie, par exemple les thérapeutiques prescrites ou bien la dernière formation sur le thème de l'inhibition de la lactation.

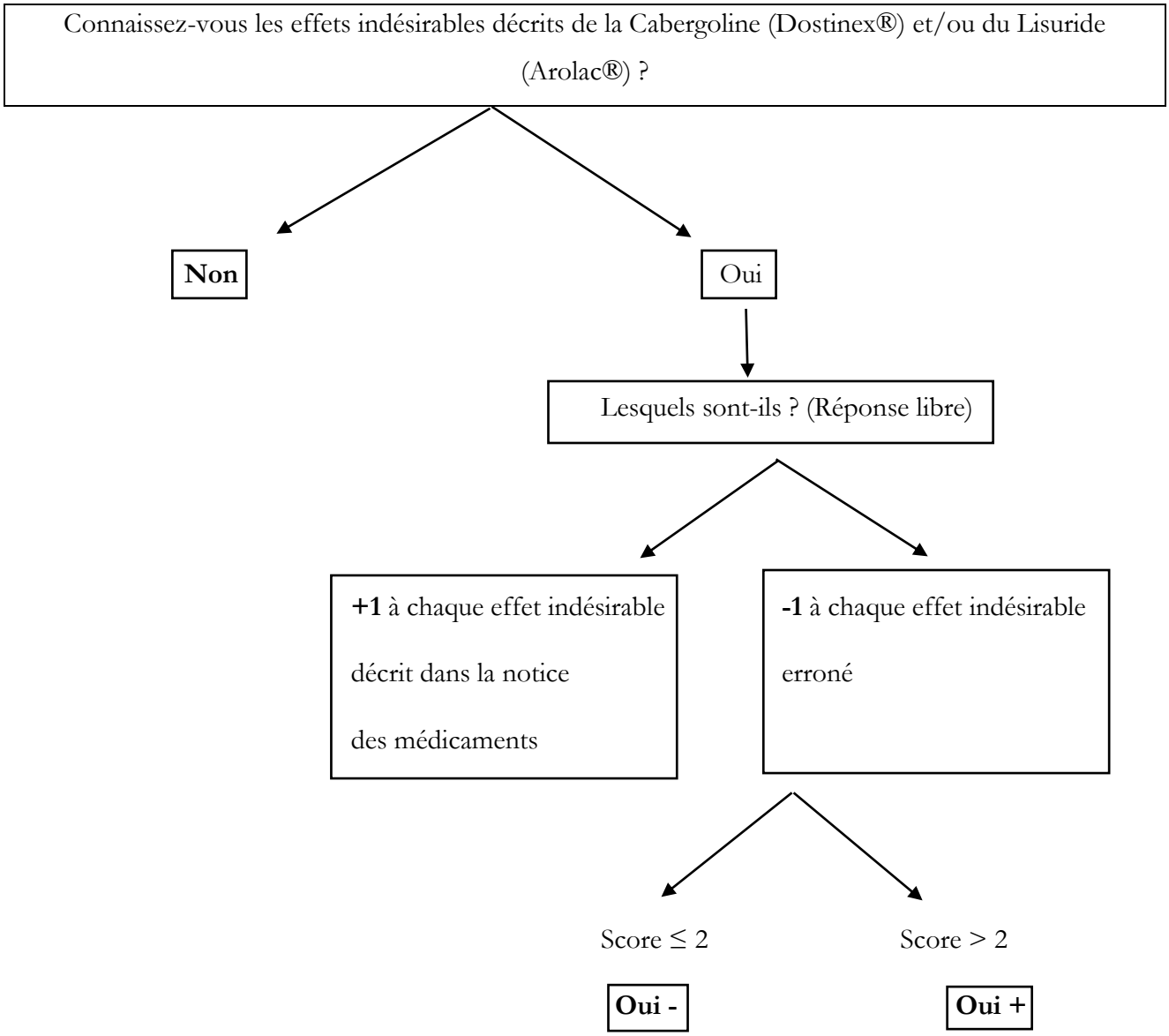
Concernant nos analyses par année de diplôme, nous avons constaté que les données recueillies ne correspondaient pas à une loi normale centrée réduite. Le test de Student n'était donc pas applicable. Nous avons donc choisi de scinder ces données en 3 catégories, correspondant aux quartiles de notre échantillon, pour les convertir en variables catégorielles. Les sages-femmes étaient donc classées en trois catégories : année de diplôme avant 2004, entre 2004 et 2014, et après 2014.

Pour l'expérience en SDC, les sages-femmes étaient réparties en deux groupes selon leur fréquence d'exercice dans ce service : tous les ans versus moins d'une fois par an.

Les maternités quant à elles étaient catégorisées selon leur type : 1, 2 ou 3.

## *Score utilisé*

Pour une de nos analyses, nous avons été amenées à créer un score pour évaluer les connaissances des sages-femmes concernant les effets indésirables de la méthode médicamenteuse (cabergoline et lisuride). Les sages-femmes déclarant d'emblée qu'elles ne les connaissaient pas étaient classées dans la catégorie « Non ». Si elles cochaient « Oui », elles devaient ensuite citer les effets indésirables qu'elles connaissaient. Nous avons choisi de coter +1 à chaque effet indésirable décrit dans la notice de ces médicaments (annexe 4 et 5), et -1 à chaque réponse erronée. Suite à ce calcul, les sages-femmes étaient classées dans la catégorie « Oui + » qui correspondait à un score strictement supérieur à 2, et connaissaient les effets indésirables, ou « Oui - » lorsque le score était inférieur ou égal à 2.



# Taille de l'échantillon

78 maternités ont été contactées par le biais des sages-femmes coordinatrices. Au total, 379 sages-femmes provenant de 48 maternités d'Île-de-France avaient répondu à notre questionnaire. 9 sages-femmes ont été exclues de l'étude, 7 ne correspondant pas aux critères d'inclusion, et 2 n'ayant pas clairement défini leur lieu de travail.

370 sages-femmes ont donc été inclues au sein de l'étude.

Par ailleurs, pour l'analyse des protocoles concernant l'inhibition de la lactation des maternités, 6 d'entre elles ne nous ont pas confirmé l'existence ou non de ceux-ci.

# Deuxième partie
# Résultats

## Description de la population totale

Notre population était composée de 370 sages-femmes provenant de 48 maternités d'Ile-de-France, ce qui correspond à 52,2% des maternités franciliennes. La répartition par années de diplômes des sages-femmes était comparable dans chaque type de maternité. La grande majorité de notre population (91,1%) travaillait régulièrement en SDC, c'est-à-dire au moins une fois par an.

**Tableau 1 :** Caractéristiques de la population totale

| | Total<br>n (%)<br>m ± sd | Type 1<br>n (%)<br>m ± sd | Type 2<br>n (%)<br>m ± sd | Type 3<br>n (%)<br>m ± sd | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de maternités | 48 | 10 | 24 | 14 | |
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **43 (100,0)** | **161 (100,0)** | **166 (100,0)** | |
| **Année de diplôme** | 2008,4 ± 7,7 | 2006,9 ± 8,7 | 2008,3 ± 8,2 | 2008 ± 6,9 | |
| <2004 | 73 (19,7) | 11 (25,6) | 33 (20,5) | 29 (17,5) | 0,753 |
| 2004-2014 | 211 (57,0) | 24 (55,8) | 89 (55,3) | 98 (59,0) | |
| >2014 | 86 (23,2) | 8 (18,6) | 39 (24,2) | 39 (23,5) | |
| **Fréquence de travail en SDC** | | | | | |
| Tous les ans | 337 (91,1) | 37 (86,1) | 154 (95,7) | 146 (87,9) | 0,015* |

## La prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les maternités

Pour cette analyse, nous n'avons pas pris en compte les 6 maternités qui n'avaient pas confirmé la présence ou non d'un protocole de service.

Concernant les 42 maternités restantes, 61,9% d'entre elles avaient un protocole de service de SDC pour la prise en charge de l'inhibition de la lactation. Nous n'avons pas retrouvé de différence entre les niveaux de maternité sur la présence ou l'absence de protocole au sein de leur service, ni sur le contenu de ces protocoles (utilisation de cabergoline, d'homéopathie, de lisuride, ou autre). Il n'y avait aucune différence non plus sur les politiques de service lors de l'absence de protocole.

Enfin, globalement, l'utilisation de la cabergoline, du lisuride, ou de l'homéopathie était indépendante du niveau des maternités.

**Tableau 2 :** Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement) ? Si oui, lequel ?

| | Total | Type 1 | Type 2 | Type 3 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de maternités | 48 | 10 | 24 | 14 | |
| Autre** | 6 | 3 | 3 | 0 | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | p (Chi 2, Fisher*) |
| | 42 (100,0) | 7 (100,0) | 21 (100,0) | 14 (100,0) | |
| **Protocole** | **26 (61,9)** | **5 (71,4)** | **15 (71,4)** | **6 (42,8)** | **0,222*** |
| Cabergoline | 8 (19,0) | 1 (14,3) | 5 (23,8) | 2 (14,3) | 0,958* |
| Homéopathie | 14 (33,3) | 3 (42,9) | 8 (38,1) | 3 (21,4) | |
| Lisuride | 2 (4,8) | 1 (14,3) | 1 (4,8) | 0 (0) | |
| Autre | 2 (4,8) | 0 (0) | 1 (4,8) | 1 (7,1) | |
| **Pas de protocole** | **16 (38,1)** | **2 (28,6)** | **6 (28,6)** | **8 (57,1)** | **0,222*** |
| Prescription uniquement de cabergoline | 3 (7,1) | 0 (0) | 1 (4,8) | 2 (14,3) | 1* |
| Prescription uniquement d'homéopathie | 7 (16,7) | 1 (14,3) | 3 (14,3) | 3 (21,4) | |
| Prescription variable | 6 (14,3) | 1 (14,3) | 2 (9,5) | 3 (21,4) | |
| **Prise en charge globale par maternité** | | | | | |
| Cabergoline | 11 (26,2) | 1 (14,3) | 6 (28,6) | 4 (28,6) | 0,772* |
| Homéopathie | 21 (50,0) | 4 (57,1) | 11 (52,4) | 6 (42,9) | |
| Lisuride | 2 (4,8) | 1 (14,3) | 1 (4,8) | 0 (0) | |
| Variable | 8 (19,0) | 1 (14,3) | 3 (14,3) | 4 (28,6) | |

** pas de réponse du ou des cadres sur la présence ou non d'un protocole de service

# La prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les sages-femmes au sein d'une même maternité

## *Présence et respect d'un protocole de service*

Pour cette analyse, nous n'avons pas pris en compte les 17 sages-femmes exerçant au sein des 6 maternités qui n'avaient pas confirmé la présence ou non d'un protocole de service.

Grâce aux données précédentes, les 353 sages-femmes restantes ont été réparties selon leur lieu d'exercice : maternité avec protocole (53,8% des sages-femmes) versus maternité sans protocole (46,2% des sages-femmes).

Dans le sous-groupe des sages-femmes exerçant dans une maternité ayant un protocole de service, une différence est observée selon le niveau de maternité entre les sages-femmes qui connaissent le protocole de leur maternité et le respectent, celles qui ne le respectent pas ou pas toujours, et celles qui ne connaissent pas ce protocole (p=0,046*). En effet, les sages-femmes exerçant dans une maternité de niveau 1 déclaraient significativement plus connaitre et respecter le protocole de leur maternité, et les sages-femmes de niveau 2 étaient significativement plus nombreuses à ne pas connaitre le protocole de leur service de SDC. Il n'y avait cependant pas de différence selon la fréquence du travail en SDC ou bien l'année de diplôme des sages-femmes.

Dans le sous-groupe de sages-femmes exerçant dans une maternité n'ayant pas de protocole, aucune différence n'a été retrouvée entre les sages-femmes déclarant la présence d'un protocole qui n'existait pas, et celles qui savaient qu'il n'y en avait pas au moment de l'étude (p=0,668*).

Ces résultats sont présentés dans le Tableau 3.

Concernant le sous-groupe des sages-femmes ne respectant pas, ou pas toujours, le protocole en place dans leur service, les raisons évoquées étaient principalement le respect du choix de la patiente (53,3%), la présence d'effets indésirables (20,0%), les contre-indications (16,7%), l'application des recommandations du CNGOF (10,0%), une efficacité non prouvée (10,0%), et un manque de connaissances sur le sujet (10,0%).

**Tableau 3 :** Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement) ? Si oui, appliquez-vous ce protocole ?

| **Selon le niveau de maternité** | Total | Type 1 | Type 2 | Type 3 | p (Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre total de sages-femmes | 370 | 43 | 161 | 166 | |
| Autre** | 17 | 11 | 6 | 0 | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | |
| | 353 (100,0) | 32 (100,0) | 155 (100,0) | 166 (100,0) | |
| **Présence d'un protocole** | **190 (53,8)** | **22 (68,8)** | **109 (70,3)** | **59 (35,5)** | **< 0,0001** |
| Nombre de sages-femmes le connaissant et le respectant | 99 (28,0) | 15 (46,9) | 55 (35,5) | 29 (17,5) | 0,046* |
| Nombre de sages-femmes le connaissant et ne le respectant pas ou pas toujours | 30 (8,5) | 4 (12,5) | 12 (7,7) | 14 (8,4) | |
| Nombre de sages-femmes ne le connaissant pas | 61 (17,3) | 3 (9,4) | 42 (27,1) | 16 (9,6) | |
| | | | | | |
| **Absence de protocole** | **163 (46,2)** | **10 (31,3)** | **46 (29,7)** | **107 (64,5)** | **< 0,0001** |
| Nombre de sages-femmes le sachant | 118 (33,4) | 6 (18,8) | 34 (21,9) | 78 (47,0) | 0,668* |
| Nombre de sages-femmes ne le sachant pas | 45 (12,7) | 4 (12,5) | 12 (7,7) | 29 (17,5) | |
| | | | | | |

Tableau 3 (Suite) : Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement) ? Si oui, appliquez-vous ce protocole ?

| **Selon la fréquence d'exercice en SDC** | Total | SDC tous les ans | SDC moins d'1x/an | |
|---|---|---|---|---|
| Nombre de sages-femmes total | 370 | 337 | 33 | |
| Autre** | 17 | 17 | 0 | |
| Nombre de sages-femmes total | n (%) | n (%) | n (%) | p (Chi 2, Fisher*) |
| | 353 (100,0) | 320 (100,0) | 33 (100,0) | |
| **Présence d'un protocole** | **190 (53,8)** | **171 (53,4)** | **19 (57,6)** | **0,902** |
| Nombre de sages-femmes le connaissant et le respectant | 99 (28,0) | 88 (27,5) | 11 (33,3) | 0,687* |
| Nombre de sages-femmes le connaissant et ne le respectant pas ou pas toujours | 34 (9,6) | 30 (9,4) | 4 (12,1) | |
| Nombre de sages-femmes ne le connaissant pas | 57 (16,1) | 53 (16,6) | 4 (12,1) | |
| **Absence de protocole** | **163 (46,2)** | **149 (46,6)** | **14 (42,4)** | **0,902** |
| Nombre de sages-femmes le sachant | 118 (33,4) | 108 (33,8) | 10 (30,3) | 1* |
| Nombre de sages-femmes ne le sachant pas | 45 (12,7) | 41 (12,8) | 4 (12,1) | |

Tableau 3 (Suite) : Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement) ? Si oui, appliquez-vous ce protocole ?

| **Selon l'année de diplôme** | Total | <2004 | 2004-2014 | >2014 | |
|---|---|---|---|---|---|
| Nombre de sages-femmes total | 370 | 73 | 211 | 86 | |
| Autre** | 17 | 4 | 9 | 4 | |
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | p (Chi 2, Fisher*) |
| | 353 (100,0) | 69 (100,0) | 202 (100,0) | 82 (100,0) | |
| **Présence d'un protocole** | **190 (53,8)** | **42 (60,9)** | **104 (51,5)** | **44 (53,7)** | **0,384** |
| Nombre de sages-femmes le connaissant et le respectant | 99 (28,0) | 20 (29,2) | 58 (28,7) | 21 (25,6) | 0,230 |
| Nombre de sages-femmes le connaissant et ne le respectant pas ou pas toujours | 34 (9,6) | 6 (8,7) | 22 (10,9) | 6 (7,3) | |
| Nombre de sages-femmes ne le connaissant pas | 57 (16,1) | 16 (23,2) | 24 (11,9) | 17 (20,7) | |
| | | | | | |
| **Absence de protocole** | **163 (46,2)** | **27 (39,1)** | **98 (48,5)** | **38 (46,3)** | **0,384** |
| Nombre de sages-femmes le sachant | 118 (33,4) | 21 (30,4) | 73 (36,1) | 24 (29,3) | 0,240 |
| Nombre de sages-femmes ne le sachant pas | 45 (12,7) | 6 (8,7) | 25 (12,4) | 14 (17,1) | |
| | | | | | |

** pas de réponse du ou des cadres sur la présence ou non d'un protocole de service

## *Information aux patientes sur les différentes prises en charge et leurs potentiels effets indésirables*

Les sages-femmes ont déclaré donner majoritairement toutes les informations à leurs patientes (57,8%) concernant les différentes prises en charge de l'inhibition de la lactation.

Cependant, les sages-femmes diplômées d'avant 2004 déclaraient significativement plus expliquer les différentes alternatives possibles à leurs patientes, contrairement aux sages-femmes plus récemment diplômées (p=0,033).

Si l'on s'intéresse à la fréquence d'exercice en SDC des sages-femmes, nous n'avons pas retrouvé de différence entre les sages-femmes travaillant tous les ans en SDC par rapport aux sages-femmes y travaillant moins d'une fois par an. Cependant, en poussant nos analyses, nous pouvons remarquer que les sages-femmes travaillant moins d'une fois tous les 5 ans dans ce service (donc très peu fréquemment) déclaraient significativement moins expliquer les différentes alternatives (p=0,039).

Nous pouvons également constater qu'il n'y a pas de différence selon le niveau de la maternité où les sages-femmes exerçaient.

Ces résultats sont présentés dans le Tableau 4.

Les motifs évoqués par les sages-femmes déclarant ne pas expliquer les différentes alternatives et leurs potentiels effets indésirables étaient principalement : que les patientes ne demandaient pas d'explications supplémentaires (47,4%), qu'elles-mêmes ne proposaient pas d'autres méthodes que celle du protocole (38,5%), qu'elles estimaient ne pas avoir les connaissances nécessaires pour donner ces informations (16,0%) et enfin qu'elles n'avaient pas le temps (12,2%).

**Tableau 4 :** Généralement, avant la mise en place de cette prise en charge, expliquez-vous à vos patientes toutes les alternatives existantes et leurs potentiels effets indésirables ?

| | Total<br>n (%) | Non<br>n (%) | Oui<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **156 (100,0)** | **214 (100,0)** | |
| **Année de diplôme** | | | | |
| <2004 | 73 (19,7) | 21 (13,5) | 52 (24,3) | 0,033 |
| 2004-2014 | 211 (57,0) | 97 (62,2) | 114 (53,3) | |
| >2014 | 86 (23,2) | 38 (24,4) | 48 (22,4) | |
| **Fréquence de travail en SDC** | | | | |
| Moins d'une fois tous les 5 ans | 9 (2,4) | 7 (4,5) | 2 (0,9) | 0,039* |
| **Type de maternité** | | | | |
| Type 1 | 43 (11,6) | 16 (10,3) | 27 (12,6) | 0,618 |
| Type 2 | 161 (43,5) | 72 (46,2) | 89 (41,6) | |
| Type 3 | 166 (44,9) | 68 (43,6) | 98 (45,8) | |

## *Proposition de prise en charge des premières 24 heures*

37,9% des sages-femmes interrogées ont déclaré proposer une méthode médicamenteuse de prise en charge de l'inhibition de la lactation. En effet, 32,2% prescrivaient de la cabergoline (Dostinex®), et 5,7% du lisuride (Arolac®). Concernant la prescription d'homéopathie, 75,7% des sages-femmes la proposaient en première intention, soit seule, soit en complément d'une méthode médicamenteuse.

En nous intéressant au sous-groupe des diplômées de 2015 à 2018, nous constatons que ces sages-femmes prescrivaient significativement moins de lisuride (Arolac®) que les sages-femmes diplômées d'avant 2014 ($p<0,001$*). Il n'y a cependant pas de différence pour les prescriptions de cabergoline (Dostinex®) et d'homéopathie.

Nous remarquons que les sages-femmes travaillant tous les ans en SDC prescrivaient significativement plus d'homéopathie que les autres ($p=0,003$).

Pour finir, concernant les différents niveaux de maternité, les sages-femmes travaillant en maternité de type 3 prescrivaient moins d'homéopathie ($p=0,009$) et moins de lisuride (Arolac®) ($p=0,029$*) que les sages-femmes travaillant en type 2 ou type 1.

En nous intéressant au nombre de moyens non médicamenteux mis en place, nous constatons qu'il n'est influencé que par l'année de diplôme des sages-femmes. En effet, plus la sage-femme était récemment diplômée, plus le nombre de moyens non médicamenteux mis en place était élevé ($p<0,0001$***).

**Tableau 5 :** Parmi ces propositions, lesquelles proposez-vous aux femmes ne souhaitant pas allaiter dans les premières 24h ?

| **Selon l'année de diplôme** | Total<br>n (%)<br>m ± sd | < 2004<br>n (%)<br>m ± sd | 2004-2014<br>n (%)<br>m ± sd | > 2014<br>n (%)<br>m ± sd | p<br>(Chi 2, Fisher*, Anova***) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **73 (100,0)** | **211 (100,0)** | **86 (100,0)** | |
| **Thérapeutiques** | | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 119 (32,2) | 23 (31,5) | 69 (32,7) | 27 (31,4) | 0,968 |
| Homéopathie | 280 (75,7) | 54 (74,8) | 160 (75,8) | 66 (76,7) | 0,918 |
| Lisuride (Arolac®) | 21 (5,7) | 5 (6,8) | 13 (6,2) | 3 (3,5) | < 0,001* |
| Nombre de moyens non médicamenteux mis en place | 1,8 ± 1,0 | 1,5 ± 0,9 | 1,7 ± 1,0 | 2,3 ± 1,0 | < 0,0001*** |

| **Selon la fréquence d'exercice en SDC** | Total<br>n (%)<br>m ± sd | SDC tous les ans<br>n (%)<br>m ± sd | SDC < 1x/an<br>n (%)<br>m ± sd | p<br>(Chi 2, Fisher*, Student**) |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **337 (100,0)** | **33 (100,0)** | |
| **Thérapeutiques** | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 119 (32,2) | 107 (31,8) | 12 (36,4) | 0,613 |
| Homéopathie | 280 (75,7) | 262 (77,7) | 18 (54,5) | 0,003 |
| Lisuride (Arolac®) | 21 (5,7) | 20 (5,9) | 1 (3,0) | 0,708* |
| Nombre de moyens non médicamenteux mis en place | 1,8 ± 1,0 | 1,7 ± 1,2 | 1,8 ± 1,0 | 0,576** |

Tableau 5 (Suite) : Parmi ces propositions, lesquelles proposez-vous aux femmes ne souhaitant pas allaiter dans les premières 24h ?

| **Selon le type de maternité** | Total<br>n (%)<br>m ± sd | Type 1<br>n (%)<br>m ± sd | Type 2<br>n (%)<br>m ± sd | Type 3<br>n (%)<br>m ± sd | p<br>(Chi 2,<br>Fisher*,<br>Anova***) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **43 (100,0)** | **161 (100,0)** | **166 (100,0)** | |
| **Thérapeutiques** | | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 119 (32,2) | 16 (37,2) | 44 (27,3) | 59 (35,5) | 0,212 |
| Homéopathie | 280 (75,7) | 35 (81,4) | 132 (82,0) | 113 (68,1) | 0,009 |
| Lisuride (Arolac®) | 21 (5,7) | 4 (9,3) | 13 (8,1) | 4 (2,4) | 0,029* |
| | | | | | |
| Nombre de moyens non médicamenteux mis en place | 1,8 ± 1,0 | 1,7 ± 1,2 | 1,8 ± 1,0 | 1,9 ± 1,0 | 0,477*** |
| | | | | | |

# Les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment les inconvénients des méthodes médicamenteuses pour pouvoir en informer les patientes si nécessaire

## *Connaissances des effets indésirables des méthodes médicamenteuses*

27,8% des sages-femmes ont déclaré ne pas connaître les effets indésirables des méthodes médicamenteuses de prise en charge de l'inhibition de la lactation (catégorie « Non »). Parmi celles ayant déclaré les connaître, 49,4% n'ont pas obtenu un score supérieur à 2, donc ne les connaissaient pas vraiment (catégorie « Oui -»). Finalement, seulement 36,5% des sages-femmes connaissaient ces effets indésirables (catégorie « Oui + »).

Le niveau des maternités dans lequel les sages-femmes exerçaient ainsi que leur année de diplôme ne semblent pas influencer la connaissance de ces effets indésirables.

En revanche, les sages-femmes travaillant tous les ans en SDC connaissent d'avantage les effets indésirables de la prise de cabergoline (Dostinex®) et de lisuride (Arolac®) (p=0,027).

En mettant en rapport ces données avec les réponses de la question précédente, nous pouvons mettre en évidence que les sages-femmes prescrivant des thérapeutiques médicamenteuses (cabergoline (Dostinex®), lisuride (Arolac®)) connaissaient davantage leurs effets indésirables par rapport à celles ne prescrivant aucune thérapeutique, ou uniquement de l'homéopathie (p=0,010).

**Tableau 6 :** Connaissez-vous les effets indésirables décrits de la Cabergoline (Dostinex®) et/ou du Lisuride (Arolac®) ? Si oui, quels sont-ils ?

| | Total<br>n (%) | Non<br>n (%) | Oui -<br>n (%) | Oui +<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **103 (100,0)** | **132 (100,0)** | **135 (100,0)** | |
| **Type de maternité** | | | | | |
| Type 1 | 43 (11,6) | 6 (5,8) | 22 (16,7) | 15 (11,1) | 0,113 |
| Type 2 | 161 (43,5) | 46 (44,7) | 58 (43,9) | 57 (42,2) | |
| Type 3 | 166 (44,9) | 51 (49,5) | 52 (39,4) | 63 (46,7) | |
| **Année de diplôme** | | | | | |
| <2004 | 73 (19,7) | 18 (17,5) | 31 (23,5) | 24 (17,8) | 0,140 |
| 2004-2014 | 211 (57,0) | 68 (66,0) | 70 (53,0) | 73 (54,1) | |
| >2014 | 86 (23,2) | 17 (16,5) | 31 (23,5) | 38 (28,1) | |
| **Fréquence de travail en SDC** | | | | | |
| Tous les ans | 337 (91,1) | 90 (87,4) | 117 (88,6) | 130 (96,3) | 0,027 |
| **Thérapeutiques** | | | | | |
| Rien | 47 (12,7) | 19 (18,4) | 14 (10,6) | 14 (10,4) | 0,010 |
| Médicament proposé (Cabergoline, Lisuride) | 137 (37,0) | 24 (23,3) | 53 (40,2) | 60 (44,4) | |
| Homéopathie proposée uniquement | 186 (50,3) | 60 (58,3) | 65 (49,2) | 61 (45,2) | |

# Analyses supplémentaires

## *Concernant la méthode médicamenteuse*

Les sages-femmes diplômées d'avant 2004 ont déclaré avoir davantage de réticences à prescrire une méthode médicamenteuse par rapport à celles plus récemment diplômées (p=0,006), et étaient majoritaires à trouver qu'elles n'avaient pas assez de recul sur l'utilisation des molécules (cabergoline ou lisuride) (p=0,003*).

Les sages-femmes travaillant moins d'une fois par an en SDC conseillaient davantage la méthode médicamenteuse en première intention (p=0,039*).

Il n'y a par ailleurs pas de différence en fonction du niveau de maternité.

**Tableau 7 :** Concernant la méthode médicamenteuse

| **Selon l'année de diplôme** | Total<br>n (%) | <2004<br>n (%) | 2004-2014<br>n (%) | >2014<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **73 (100,0)** | **211 (100,0)** | **86 (100,0)** | |
| Je la conseille en première intention | 30 (8,1) | 2 (2,7) | 22 (10,4) | 6 (7,0) | 0,106 |
| Je la prescris pour les IMG, FCT, et MFIU | 56 (15,1) | 11 (15,1) | 34(16,1) | 11 (12,8) | 0,769 |
| Je la prescris si besoin | 127 (34,3) | 21 (28,8)) | 76 (36,0) | 30 (34,9) | 0,527 |
| Je la prescris systématiquement | 20 (5,4) | 2 (2,7) | 12 (5,7) | 6 (7,0) | 0,541* |
| Je n'ai pas de réticence à en prescrire | 67 (18,1) | 4 (5,5) | 47 (22,3) | 16 (18,6) | 0,006 |
| Je ne la conseille pas | 79 (21,4) | 18 (24,7) | 43 (20,4) | 18 (20,3) | 0,740 |
| Je ne la prescris pas | 119 (32,2) | 29 (39,7) | 66 (31,3) | 24 (27,9) | 0,259 |
| Je trouve que c'est la solution la plus efficace pour éviter une montée de lait | 103 (27,8) | 15 (20,5) | 67 (31,8) | 21 (24,4) | 0,133 |
| Je trouve que le médicament est trop dangereux pour les patientes | 53 (14,3) | 13 (17,8) | 22 (10,4) | 14 (16,3) | 0,176 |
| Je trouve que nous n'avons pas assez de recul sur l'utilisation de la molécule (cabergoline ou lisuride) | 21 (5,7) | 10 (13,7) | 10 (4,7) | 1 (1,2) | 0,003* |
| Je trouve qu'il y a beaucoup d'effets indésirables | 83 (22,4) | 18 (24,7) | 40 (19,0) | 25 (29,1) | 0,150 |
| J'en parle seulement à la demande de la patiente | 61 (16,5) | 10 (13,7) | 32 (15,2) | 19 (22,1) | 0,267 |

Tableau 7 (Suite) : Concernant la méthode médicamenteuse

| **Selon la fréquence de travail en SDC** | Total<br>n (%) | SDC tous les ans<br>n (%) | SDC < 1x/an<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **337 (100,0)** | **33 (100,0)** | |
| Je la conseille en première intention | 30 (8,1) | 24 (7,1) | 6 (18,2) | 0,039* |
| Je la prescris pour les IMG, FCT, et MFIU | 56 (15,1) | 48 (14,2) | 8 (24,2) | 0,130* |
| Je la prescris si besoin | 127 (34,3) | 118 (35,0) | 9 (27,3) | 0,371 |
| Je la prescris systématiquement | 20 (5,4) | 16 (4,7) | 4 (12,1) | 0,091* |
| Je n'ai pas de réticence à en prescrire | 67 (18,1) | 61 (18,1) | 6 (18,2) | 0,990 |
| Je ne la conseille pas | 79 (21,4) | 74 (22,0) | 5 (15,2) | 0,362 |
| Je ne la prescris pas | 119 (32,2) | 110 (32,6) | 9 (27,3) | 0,529 |
| Je trouve que c'est la solution la plus efficace pour éviter une montée de lait | 103 (27,8) | 96 (28,5) | 7 (21,2) | 0,374 |
| Je trouve que le médicament est trop dangereux pour les patientes | 53 (14,3) | 50 (14,8) | 3 (9,1) | 0,601* |
| Je trouve que nous n'avons pas assez de recul sur l'utilisation de la molécule (cabergoline ou lisuride) | 21 (5,7) | 21 (6,2) | 0 (0,0) | 0,238* |
| Je trouve qu'il y a beaucoup d'effets indésirables | 83 (22,4) | 78 (23,1) | 5 (15,2) | 0,293 |
| J'en parle seulement à la demande de la patiente | 61 (16,5) | 55 (16,3) | 6 (18,2) | 0,783 |

Tableau 7 (Suite) : Concernant la méthode médicamenteuse

| **Selon le type de maternité** | Total<br>n (%) | Type 1<br>n (%) | Type 2<br>n (%) | Type 3<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **43 (100,0)** | **161 (100,0)** | **166 (100,0)** | |
| Je la conseille en première intention | 30 (8,1) | 2 (4,7) | 14 (8,7) | 14 (8,4) | 0,768* |
| Je la prescris pour les IMG, FCT, et MFIU | 56 (15,1) | 8 (18,6) | 19 (11,8) | 29 (17,5) | 0,286 |
| Je la prescris si besoin | 127 (34,3) | 14 (32,6) | 46 (28,6) | 67 (40,4) | 0,078 |
| Je la prescris systématiquement | 20 (5,4) | 2 (4,7) | 9 (5,6) | 9 (5,4) | 1* |
| Je n'ai pas de réticence à en prescrire | 67 (18,1) | 7 (16,3) | 26 (16,1) | 34 (20,5) | 0,564 |
| Je ne la conseille pas | 79 (21,4) | 10 (23,3) | 38 (23,6) | 31 (18,7) | 0,525 |
| Je ne la prescris pas | 119 (32,2) | 18 (41,9) | 57 (35,4) | 44 (26,5) | 0,080 |
| Je trouve que c'est la solution la plus efficace pour éviter une montée de lait | 103 (27,8) | 10 (23,3) | 49 (30,4) | 44 (26,5) | 0,567 |
| Je trouve que le médicament est trop dangereux pour les patientes | 53 (14,3) | 7 (16,3) | 26 (16,1) | 20 (12,0) | 0,529 |
| Je trouve que nous n'avons pas assez de recul sur l'utilisation de la molécule (cabergoline ou lisuride) | 21 (5,7) | 3 (7,0) | 9 (5,6) | 9 (5,4) | 0,900* |
| Je trouve qu'il y a beaucoup d'effets indésirables | 83 (22,4) | 7 (16,3) | 44 (27,3) | 32 (19,3) | 0,128 |
| J'en parle seulement à la demande de la patiente | 61 (16,5) | 9 (20,9) | 27 (16,8) | 25 (15,1) | 0,647 |

## *Formations et connaissances de la prise en charge de l'inhibition de la lactation*

67,3% des sages-femmes ont déclaré avoir été formées sur le sujet de la prise en charge de l'inhibition de la lactation uniquement pendant leur formation initiale en école de sages-femmes. 17,6% ont déclaré avoir suivi une formation continue sur ce thème, 10,8% ont déclaré avoir eu une formation au sein de leur équipe de travail, et 4,3% ont déclaré avoir suivi un diplôme universitaire comprenant ce sujet.

Les sages-femmes n'ayant pas suivi de formation complémentaire sur ce thème déclaraient majoritairement que leur formation initiale ne leur avait pas fourni les connaissances suffisantes pour prendre en charge les patientes ne souhaitant pas allaiter ($p<0,0001$).

De plus, les sages-femmes les plus récemment diplômées déclaraient également ne pas avoir eu des connaissances suffisantes de par leur dernière formation, contrairement aux sages-femmes diplômées d'avant 2004 ($p<0,0001$).

Par ailleurs, il n'y a pas de différence selon les niveaux de maternités, ou la fréquence du travail en SDC.

**Tableau 8 :** Quel est le dernier contexte dans lequel vous avez abordé le thème de l'inhibition de la lactation ? Cette formation vous a-t-elle fourni des connaissances suffisantes pour prendre en charge ces femmes ?

| | Total<br>n (%) | Connaissances insuffisantes<br>n (%) | Connaissances suffisantes<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **192 (100,0)** | **178 (100,0)** | |
| **Dernière formation sur l'inhibition de la lactation** | | | | |
| Formation initiale (école de sage-femme) | 249 (67,3) | 155 (80,7) | 94 (52,8) | <0,0001 |
| Formation complémentaire | 121 (32,7) | 37 (19,3) | 84 (47,2) | |
| **Année de diplôme** | | | | |
| <2004 | 73 (19,7) | 32 (16,7) | 41 (23,0) | <0,0001 |
| 2004-2018 | 297 (80,3) | 160 (83,3) | 137 (77,0) | |
| **Fréquence de travail en SDC** | | | | |
| Tous les ans | 337 (91,1) | 175 (91,1) | 162 (91,0) | 0,964 |
| **Type de maternité** | | | | |
| Type 1 | 43 (11,6) | 18 (9,375) | 25 (14,0) | 0,068 |
| Type 2 | 161 (43,5) | 94 (49,0) | 67 (37,6) | |
| Type 3 | 166 (44,9) | 80 (41,7) | 86 (43,3) | |

## *Perception de la satisfaction des patientes par les sages-femmes*

48,1% des sages-femmes ont déclaré que les patientes étaient satisfaites ou très satisfaites des méthodes de prises en charge de l'inhibition de la lactation qu'elles proposaient.

On remarque que les sages-femmes prescrivant de la cabergoline jugeaient plus souvent leurs patientes satisfaites ou très satisfaites de la prise en charge, contrairement aux sages-femmes ne prescrivant que de l'homéopathie qui déclaraient leurs patientes plutôt pas du tout ou moyennement satisfaites ($p<0,0001$). Le niveau de satisfaction des patientes était également jugé comme meilleur lorsque les sages-femmes prescrivaient de la cabergoline par rapport à celles ne prescrivant aucune thérapeutique.

Par ailleurs, lorsque les sages-femmes ne prescrivaient aucune thérapeutique, elle jugeait le niveau de satisfaction des patientes au même niveau que les sages-femmes prescrivant de l'homéopathie ($p=0,175$).

**Tableau 9 :** Pour vous, quel est le niveau de satisfaction des patientes qui bénéficient de ces méthodes (avant et éventuellement après leur montée de lait) ?

| | Total | Pas du tout ou moyennement satisfaite | Egal | Satisfaite ou très satisfaite | p |
|---|---|---|---|---|---|
| | n (%) | n (%) | n (%) | n (%) | (Chi2, Fisher*) |
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **117 (100,0)** | **75 (100,0)** | **178 (100,0)** | |
| **Thérapeutiques** | | | | | |
| Cabergoline | 31 (8,4) | 3 (2,6) | 8 (10,7) | 29 (16,3) | 0,221 |
| Cabergoline, Homéopathie | 67 (18,1) | 14 (12,0) | 11 (14,7) | 46 (25,8) | |
| | | | | | |
| Cabergoline | 31 (8,4) | 3 (2,6) | 8 (10,7) | 29 (16,3) | <0,0001 |
| Homéopathie | 168 (45,4) | 73 (62,4) | 38 (50,7) | 57 (32,0) | |
| | | | | | |
| Homéopathie | 168 (45,4) | 73 (62,4) | 38 (50,7) | 57 (32,0) | 0,175 |
| Pas de thérapeutique | 45 (12,2) | 12 (10,3) | 13 (17,3) | 18 (10,1) | |
| | | | | | |
| Cabergoline, Homéopathie | 67 (18,1) | 14 (12,0) | 11 (14,7) | 46 (25,8) | 1* |
| Lisuride (Arolac®), Homéopathie | 14 (3,8) | 3 (2,6) | 2 (2,7) | 9 (5,1) | |
| | | | | | |
| Cabergoline | 31 (8,4) | 3 (2,6) | 8 (10,7) | 29 (16,3) | 0,005 |
| Pas de thérapeutique | 45 (12,2) | 12 (10,3) | 13 (17,3) | 18 (10,1) | |

# Troisième partie
# Discussion

## Limites et forces de l'étude

Notre étude comporte plusieurs points positifs. Tout d'abord, depuis 2012, aucune étude n'a été réalisée concernant les différentes prises en charge de l'inhibition de la lactation en maternité par les sages-femmes. Avec les récentes évolutions, notre étude permet de faire un nouvel état des lieux.

De plus, notre étude est transversale et multicentrique. 48 maternités franciliennes ont été inclues, et correspondent à plus de la moitié des maternités d'Ile-de-France. Ces maternités étaient à la fois publiques (73%) et privées (27%). Cependant, une des limites de notre étude est de n'avoir regroupé que des maternités franciliennes, donc de ne pas avoir de données sur les autres pratiques françaises.

Le fait d'avoir recontacté les sages-femmes coordinatrices à postériori à la fin de la diffusion du questionnaire a induit une perte de données, car nous n'avons pas pu analyser les protocoles de 6 maternités. Cependant, nous avons eu un taux de réponses élevé de la part des maternités. Sur les 78 maternités contactées, nous avons eu un taux de 61,5% de réponse.

Notre questionnaire étant court, un nombre plus important de sages-femmes étaient susceptibles d'y répondre entièrement, et nous avons réussi à obtenir 370 réponses exploitables.

Enfin, notre étude ciblait les sages-femmes, les habitudes de service, et les protocoles des maternités, ce qui nous a permis d'étudier à la fois les variations entre les maternités et les variations entre sages-femmes.

## Validité interne

Nous avons partagé notre questionnaire aux sages-femmes concernées par le biais des sages-femmes coordinatrices des maternités franciliennes. Nous avons pu ainsi limiter les exclusions, et inclure 370 sages-femmes en seulement 3 mois.

Les questions posées nous ont permis de répondre à nos hypothèses.

Nous avons limité le biais de mémorisation en interrogeant les sages-femmes sur leurs pratiques actuelles. De plus, la grande majorité de ces sages-femmes travaillaient régulièrement en SDC.

Pour minimiser les biais d'interprétation, notre questionnaire a été préalablement testé par 3 sages-femmes cliniciennes. De plus, nous avons utilisé beaucoup de questions à réponses fermées.

Notre étude présente donc une bonne validité interne, notre méthodologie ayant été rigoureuse, avec une volonté d'exhaustivité et une minimisation des biais identifiables.

## Validité externe

Notre étude comporte un biais de sélection. En effet, les sages-femmes coordinatrices à qui nous adressions notre questionnaire étaient libres de transmettre ou non le questionnaire à leur équipe de sages-femmes. De plus, les messages électroniques ne sont pas toujours reçus ou lus par les sages-femmes, qui peuvent ne pas avoir une adresse email à jour, ou bien recevoir une grande quantité de messages et ne pas tout lire.

Le deuxième biais est un biais d'auto sélection et concerne les sages-femmes répondantes. Nous pouvons en effet supposer que ces sages-femmes étaient davantage intéressées ou confrontées au sujet de l'inhibition de la lactation.

En conséquence, le nombre de sages-femmes par maternité de notre échantillon varie, allant d'une seule sage-femme à 27 sages-femmes par maternité. Notre échantillon n'est donc pas entièrement représentatif des sages-femmes des maternités franciliennes.

De plus, il existe dans notre étude une surreprésentation des maternités publiques (73%), au détriment des maternités privées (27%), alors qu'en Ile-de-France 48% des maternités sont privées (32). Cependant, les trois niveaux de maternité sont représentés.

Notre échantillon contient une majorité de sages-femmes exerçant dans une maternité de niveau 2. Cependant, en Ile-de-France, presque la moitié des maternités sont de niveau 2 (32), donc notre échantillon est similaire sur ce point. Les sages-femmes répondantes sont également majoritaires à travailler régulièrement en SDC. Elles sont donc représentatives de la population visée.

Notre validité externe est donc limitée.

## Population totale

La répartition des 370 sages-femmes répondantes selon leur année de diplôme était comparable entre les différents niveaux de maternité. La seule différence significative retrouvée dans notre population correspond à un plus grand nombre de sages-femmes travaillant régulièrement en SDC en maternité de type 2 par rapport aux sages-femmes de types 1 et 3.

Ce résultat s'explique par deux éléments. Tout d'abord, il y a davantage de maternités de niveau 2 en Ile-de-France, donc il est logique qu'il y en ait aussi un plus grand nombre dans notre étude. Par ailleurs, comme expliqué dans nos biais, les sages-femmes répondantes sont plus susceptibles d'avoir un intérêt pour le sujet.

Ce résultat n'a pas eu d'influence sur les analyses suivantes.

## La prise en charge varie selon les maternités

D'après nos résultats, 61,9% des services de SDC déclaraient avoir un protocole de prise en charge de l'inhibition de la lactation. Ce résultat montre une évolution depuis 2012 où l'étude de Mirkou et al. (3) révélait que seulement 40% des services déclaraient avoir un protocole pour ce type de prise en charge. Les pratiques et recommandations évoluant, il apparait que de plus en plus de maternités souhaitent donner une ligne de conduite aux professionnels de santé prenant en charge l'inhibition de la lactation, notamment pour avoir une plus grande uniformité des pratiques (33), et donc une prise en charge plus cohérente des patientes.

Pour les maternités possédant un protocole de service, nous constatons qu'ils sont variés : prise de 2 comprimés de cabergoline au plus près de l'accouchement, prise de 1 comprimé de lisuride matin et soir pendant 14 jours, prise d'homéopathie (molécules, posologies et durée d'utilisation variables), et parfois un protocole comprenant plusieurs choix de prescription. Il existe donc bien une différence de protocoles entre les maternités, mais cela n'est pas lié au niveau de celles-ci.

Au sein du sous-groupe « absence de protocole » nous constatons que certaines maternités possèdent une habitude de service, car toutes les sages-femmes prescrivent les mêmes thérapeutiques. Aussi, bien qu'il n'y ait pas de protocole écrit, une ligne de conduite a été instaurée, permettant toutefois une uniformité des pratiques (33). Les thérapeutiques prescrites dans ces maternités sont soit la cabergoline, soit l'homéopathie. Pour les maternités n'ayant pas d'habitude de service, les prescriptions sont variables. Nous constatons qu'il n'y a pas de différence significative liée au niveau de la maternité.

Pour compléter notre analyse, nous nous sommes intéressées à la prise en charge globale des maternités en ciblant les thérapeutiques prescrites. Nous constatons qu'il n'existe pas de différence significative entre les différents niveaux de maternité sur l'utilisation de cabergoline, de lisuride, d'homéopathie ou « autre proposition ».

La différence de population et d'activité entre les maternités de type 1 et 3 nous avait amené à penser que les maternités de type 1 utiliseraient significativement moins la méthode médicamenteuse que les maternités de type 3, répondant ainsi à la demande de physiologie de leurs patientes à bas risque. Cependant, notre étude montre que ce n'est pas le cas. Pour expliquer ce résultat, on peut mettre en avant plusieurs éléments : d'un côté, au sein des maternités de type 3, le taux de grossesse à haut risque est plus élevé (33), ce qui augmente probablement le nombre de patientes ayant une contre-indication à une méthode médicamenteuse d'inhibition de la lactation. De plus, la création de pôles physiologiques en augmentation dans les maternités de type 3 constituent une dynamique de changement dans le mode de prise en charge des patientes (34), ce qui peut entraîner une diminution de l'utilisation de la méthode médicamenteuse d'inhibition de la lactation. A contrario, la population d'accouchées à bas risque des maternités de type 1 limite le nombre de patientes présentant des contre-indications au lisuride ou à la cabergoline. Ainsi, le contenu des protocoles de service ou les habitudes de service mises en place reflètent la volonté de la maternité de répondre au besoin du plus grand nombre de ces patientes, en cohérence avec sa population d'accouchées, quel que soit son type.

Notre première hypothèse est donc validée. En effet, il existe des différences de prise en charge entre les maternités, et aucune homogénéité n'est retrouvée entre les différents niveaux de maternités.

# La prise en charge varie selon les sages-femmes au sein d'une même maternité

## *Présence et respect ou non du protocole*

En nous intéressant aux sages-femmes et non plus aux maternités, nous constatons qu'il y a moins de sages-femmes soumises à un protocoles de service en maternité de niveau 3. En effet, une maternité de niveau 3 n'ayant pas de protocoles comprend plus de sages-femmes qu'une maternité de niveau 1 n'en n'ayant pas par exemple, ce qui induit une surreprésentation de ce sous-groupe dans nos résultats.

Nous ne retrouvons pas de différence sur la présence ou l'absence de protocole en fonction de la fréquence du travail en SDC ou bien l'année de diplôme des sages-femmes, ce qui est tout à fait normal puisque le protocole dépend de la maternité et non des sages-femmes.

Concernant le sous-groupe de sages-femmes ayant un protocole de service, nous pouvons observer que la majorité des sages-femmes connaissent le protocole mis en place au sein de leur service de SDC. Cependant, les sages-femmes exerçant dans des maternités de type 1 déclarent significativement plus connaitre la présence du protocole et disent le respecter davantage que les sages-femmes des autres niveaux de maternités. A contrario, les sages-femmes de types 2 sont les plus nombreuses à ne pas connaitre le protocole de leur maternité alors qu'il existe. Aucune étude n'a à ce jour été retrouvée dans la littérature sur la connaissance des protocoles de service. La connaissance du protocole par l'équipe soignante parait pourtant indispensable. Pour faire connaitre ce protocole, il serait peut-être intéressant de faire participer les équipes à son écriture et à sa diffusion, ce qui pourrait permettre également une uniformité des prises en charge en limitant les variabilités individuelles.

D'après nos résultats, nous constatons que certaines sages-femmes ne respectent pas ou pas toujours le protocole de leur service. En effet, les sages-femmes possèdent un droit et une liberté de prescription (35). Lorsqu'elle exerce ce droit, la sage-femme engage sa responsabilité professionnelle (36). Aussi, en qualité de profession médicale, elle peut choisir de prescrire d'autres thérapeutiques que celles du protocole, dans le champ de ses compétences.

La principale raison déclarée par les sages-femmes ne respectant pas ou pas toujours leur protocole de service était principalement le respect du choix de la patiente. En effet, depuis la loi du 4 mars 2002 (37), le patient a le droit à l'information et à la transparence, et le choix des thérapeutiques doit être une décision partagée avec le professionnel de santé (choix éclairé). Il est donc positif que les sages-femmes prennent le temps d'expliquer les alternatives thérapeutiques, leurs avantages et effets indésirables, et que la patiente puisse choisir en conscience ce qui lui conviendra le mieux. De plus, le choix de la thérapeutique peut influencer la satisfaction de prise en charge de la patiente non allaitante (38). Une sage-femme de notre étude écrit : « le choix du traitement devrait se faire en connaissance de cause par la patiente, le traitement qu'elle choisira sera le plus adapté pour elle (comme la contraception et le type d'allaitement) ».

De même, la présence de contre-indications est mise en avant par les sages-femmes comme motif de non application du protocole. La méthode médicamenteuse (cabergoline et lisuride) possède effectivement plusieurs contre-indications : une allergie à la cabergoline ou à d'autres dérivés de l'ergot de seigle, une allergie aux composants contenus dans le médicament, une hypertension artérielle sévère en cours de grossesse ou consécutive à l'accouchement, une insuffisance coronaire, les troubles circulatoires artériels sévères, les troubles psychiques ou psychiatriques, etc (39,40). Selon nous, ce

motif n'est pas à considérer comme une entorse au protocole car son application doit bien évidemment respecter les modalités de prescription du médicament.

Pour la méthode médicamenteuse, les autres raisons de non application du protocole étaient la présence d'effets indésirables et la volonté d'appliquer les recommandations du CNGOF. Les effets indésirables de cette méthode sont connus, et les dernières recommandations du CNGOF sur le post-partum stipulaient qu'« en raison de leurs potentiels effets secondaires, les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne devraient pas être proposés de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter » (41). Or, ces recommandations actuelles proviennent d'une large revue de la littérature, donc sont basées sur des preuves (41). De manière plus générale, les recommandations de bonnes pratiques « reposent sur les données scientifiques les plus récentes » (42), c'est-à-dire sur l'Evidence Based Medicine. Ces recommandations ont été écrites pour permettre aux professionnels de santé une « utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour la prise de décisions concernant les soins à prodiguer à chaque patient ». Ainsi, ces recommandations ont pour but de réduire les pratiques inappropriées, et améliorer la qualité des soins (42). Il est donc entendable que les sages-femmes ne respectent pas le protocole de leur service pour se conformer aux nouvelles recommandations de la CNGOF, et limiter les effets indésirables d'une prise en charge médicamenteuse pour leurs patientes ne souhaitant pas allaiter. Une sage-femme de notre étude témoigne : « Les femmes nous demandent encore souvent le médicament "magique" qui arrête la montée de lait mais ne connaissent pas du tout les risques … ». De même, une autre écrit « la montée de lait est un phénomène naturel lié à la chute de la progestérone. Il est de courte durée, utiliser un traitement médicamenteux est abusif ».

Lorsque les protocoles de service étaient des protocoles homéopathiques, les raisons de non-respect de celui-ci évoquées par les sages-femmes étaient une efficacité non prouvée et un manque de connaissance sur le sujet. En effet, malgré quelques études de faibles puissances qui montraient un effet supérieur de l'homéopathie sur le placebo (20,24,25), les méta-analyses actuelles concluent qu'il faudrait d'autres études de plus forte puissance pour prouver l'efficacité de l'homéopathie (24,25). D'après les sages-femmes de notre étude « sous homéopathie beaucoup [de patientes] ont une montée de lait ». Une sage-femme témoigne : « je me suis fait insulter par une patiente avec une grosse montée de lait et qui n'avait eu que de l'homéo me disant qu'on est plus au 19e siècle. Certaines sages-femmes ne proposent que l'homéo, ce n'est pas normal ».

## *Information aux patientes sur les différentes prises en charge et leurs potentiels effets indésirables*

Notre étude a montré que les sages-femmes diplômées d'avant 2004 déclaraient significativement plus expliquer les différentes alternatives possibles à leurs patientes contrairement aux sages-femmes plus récemment diplômées. De plus, les sages-femmes ne travaillant que très peu en SDC déclaraient significativement moins donner toutes les explications.

Plusieurs motifs étaient évoqués par les sages-femmes déclarant ne pas expliquer les différentes alternatives. Le premier était le fait que les patientes ne demandaient pas d'explications supplémentaires (47,4%). Effectivement, pendant cette période de post-partum, les patientes se considèrent comme seules responsables de leur bébé, et tournent toute leur attention vers lui (43). De plus, le stress, la fatigue et les nombreuses sollicitations et informations données en SDC rendent probablement les femmes moins demandeuses d'explications supplémentaires. Cependant, en tant que professionnels de santé, il est de notre devoir d'expliquer toutes les alternatives avec leurs avantages et inconvénients pour permettre à la patiente de faire un choix éclairé. Conformément à la loi du 4 mars 2002 (37), « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé », et « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne ». Pour éviter de submerger les patientes en SDC avec toutes ces informations, il serait peut-être utile d'aborder la question du souhait d'allaitement ou du non allaitement en consultation prénatale, et d'expliquer avant l'accouchement toutes les prises en charge possibles pour inhiber la lactation. Une plaquette d'information pourrait également être distribuée pour que les patientes puissent choisir ce qui leur conviendrait le mieux.

Une autre raison évoquée par les sages-femmes déclarant ne pas expliquer les différentes alternatives était qu'elles-mêmes ne proposaient pas d'autres méthodes que celle du protocole (38,5%). En effet, le but d'un protocole de service est d'avoir une prise en charge optimale pour une situation prédéfinie (44). Il permet une harmonisation des pratiques, facilite le travail en équipe, et améliore donc l'articulation des soins. Aussi, il semble pertinent de respecter le protocole de service prédéfini.

Certaines sages-femmes ont également évoqué le fait qu'elles estimaient ne pas avoir les connaissances nécessaires pour donner ces informations (16,0%). En effet, nous avons mis en évidence que les sages-femmes qui déclaraient le moins donner l'ensemble des informations étaient les sages-femmes les plus récemment diplômées, ainsi que celles ne travaillant que rarement en SDC. Il est donc probable que ces sages-femmes ne soient pas encore formées sur ce sujet, soit par manque d'intérêt, soit par manque de formations complémentaires.

Il n'y a pas de différence sur l'information données aux patientes entre les niveaux de maternités car nous étudions un fait propre aux sages-femmes et non pas une directive de service.

## *Proposition de prise en charge des premières 24 heures*

Concernant le lisuride et d'après nos résultats, les sages-femmes les plus récemment diplômées (>2014) en prescriraient significativement moins que leurs collègues, et conseilleraient davantage de moyens non médicamenteux à mettre en place.

Dans notre étude, seules deux maternités privées préconisaient ce médicament. Aussi, ce résultat est probablement biaisé par les 21 sages-femmes travaillant au sein de ces deux maternités. En effet, les sages-femmes récemment diplômées y sont sous-représentées par rapport à notre population totale. De plus, cette utilisation marginale explique le faible taux de prescription des sages-femmes de cette molécule. Cette molécule est à prendre pendant 14 jours, ce qui est assez long comparé à la cabergoline (qui ne se prend qu'en une seule prise), ce qui peut également limiter sa prescription.

Concernant le nombre de moyens non médicamenteux mis en place, aucune étude n'a été retrouvée dans la littérature. Les moyens non médicamenteux que les sages-femmes mettent en place sont le bandage des seins ou le port de brassières serrées, l'évitement des stimuli manuels, la non présentation de l'enfant au sein, la restriction hydrique, le persil dans le soutien gorges ou en tisane, l'acupuncture, les anti-inflammatoires, et le port d'un soutien-gorge. D'après les RPC de 2015, « il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation » (41). Allant dans le même sens, une méta-analyse de la Cochrane n'apportait pas non plus de preuves d'efficacité des méthodes alternatives non médicamenteuses, mais ces méthodes avaient pour avantages de ne pas engendrer d'effets indésirables graves (19). Malgré cela, le rôle de la sage-femme étant d'accompagner au mieux les patientes ayant choisi de ne pas allaiter (45), il est compréhensible de tenter de mettre en place des solutions non nocives pour ces patientes, ce qui explique l'utilisation importante de moyens non médicamenteux par les sages-femmes. Pour inhiber une montée laiteuse physiologique sans traitements pharmacologique, le premier moyen à mettre en place est la non présentation de l'enfant au sein (2,6,17,18). En effet, cette absence de stimulation permet à elle seule d'interrompre la lactation pour 60 à 70% des patientes (17), en moyenne en une à deux semaines (6,18). De plus, il est conseillé de porter un soutien-gorge adapté (2,6,17,22), et le bandage des seins n'est plus recommandé car l'inconfort engendré semble être plus important que celui lié à la montée laiteuse (2,5,6,17,22,23). Il est intéressant de remarquer le fait que certaines sages-femmes continuent de conseiller cette méthode. La restriction hydrique n'a pas prouvé son efficacité non plus et entraîne une

déshydratation chez la patiente (2,16,17), aussi il n'est plus recommandé de la proposer. Cependant, là encore nous pouvons constater que certaines sages-femmes le proposent toujours, probablement par habitude, ou par reprise des conseils de leurs collègues plus expérimentées.

D'après nos résultats, la fréquence d'exercice en SDC influence la prescription d'homéopathie, les sages-femmes travaillant régulièrement en SDC prescrivant plus d'homéopathie que les autres. On constate que les sages-femmes travaillant dans les services où l'homéopathie est exclusivement préconisé et travaillant régulièrement en SDC ne proposaient que cette méthode de prise en charge, tandis que les sages-femmes appartenant à des maternités ayant un protocole médicamenteux ou ayant une habitude de service allant dans ce sens, proposaient elles aussi de l'homéopathie en complément d'une prise en charge médicamenteuse ou à la demande des patientes.

La fréquence du travail en SDC quant à elle n'induit pas de différence sur le nombre de moyens non médicamenteux mis en place.

Nous constatons également que les sages-femmes de maternité de type 3 prescrivaient moins d'homéopathie que les autres, et moins de lisuride. Comme expliqué plus haut, le lisuride n'est prescrit dans aucune des maternités de type 3 de notre étude, alors qu'il existe bien des protocoles et habitudes de service en faveur de l'homéopathie. Nos résultats montrent également qu'il n'y a pas de différence significative de prescription de cabergoline selon les différents niveaux de maternité. La prise en charge de l'inhibition de la lactation est donc davantage variée pour les maternités de type 1 et 2 comparées aux maternités de niveau 3. Il n'y a cependant pas de différence sur le nombre de moyens non médicamenteux mis en place.

Pour conclure, notre deuxième hypothèse « la prise en charge de l'inhibition de la lactation varie selon les sages-femmes au sein d'une même maternité » est validée. En effet, certaines sages-femmes ne respectent pas ou pas toujours le protocole de leur service, d'autres ne connaissent pas leur protocole, et enfin, en fonction de l'année de diplôme et de la fréquence du travail en SDC des sages-femmes, la prise en charge des patientes varie.

# Les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment les inconvénients des méthodes médicamenteuses pour pouvoir en informer les patientes si nécessaire

## *Connaissances des effets indésirables*

D'après nos résultats, la connaissance des effets indésirables des méthodes médicamenteuses est influencée par la fréquence de travail en SDC. En effet, les sages-femmes exerçant régulièrement en SDC connaissent significativement plus les effets indésirables des médicaments. De plus, les sages-femmes proposant à leurs patientes une prise en charge médicamenteuse connaissent davantage leurs effets indésirables contrairement aux sages-femmes ne proposant aucune thérapeutique ou uniquement de l'homéopathie.

Les sages-femmes travaillant régulièrement en SDC sont davantage confrontées aux effets indésirables induits par le lisuride ou la cabergoline. Elles sont également plus souvent amenées à expliquer à leurs patientes les différentes méthodes de prise en charge de l'inhibition de la lactation, avec leurs avantages et inconvénients.

Il en va de même pour les sages-femmes prescrivant une méthode médicamenteuse d'inhibition de la lactation, qui sont davantage confrontées aux effets indésirables déclarés par leurs patientes. Elles doivent pouvoir les rassurer quant aux effets habituels et peu dangereux de l'utilisation des molécules, et dépister les signes cliniques n'ayant pas de lien avec la prise du médicament. De plus, leur information en amont de la prise médicamenteuse devant être claire et loyale (37), il est de leur devoir d'expliquer à leur patiente les avantages et inconvénients concernant cette méthode, incluant les effets indésirables.

Il est intéressant de noter que 35,7% des sages-femmes déclarent connaitre les différents effets indésirables de ces méthodes, mais finalement ne les connaissent que partiellement ou pas du tout. Ce pourcentage élevé peut s'expliquer par le fait que nous ayons choisi d'établir la limite de notre score strictement supérieur à 2 pour juger de la connaissance des effets indésirables. En effet, certaines sages-femmes ne citant que 2 effets indésirables décrits dans les notices des médicaments ont été classées dans la catégorie « Oui -», donc ne connaissant pas les effets indésirables au même titre que les sages-femmes ayant cité des effets indésirables erronés, alors que leur réponse était vraie. Au vu de ces

résultats, il est important de rappeler que d'après le code de déontologie, « la sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles » (46).

En conclusion, notre troisième hypothèse « les sages-femmes ne connaissent pas suffisamment les inconvénients des méthodes médicamenteuses pour pouvoir en informer les patientes si nécessaire » est invalidée. En effet, les connaissances des effets indésirables de la méthode médicamenteuse dépendent de la fréquence du travail en SDC des sages-femmes, ainsi que des thérapeutiques prescrites, mais les sages-femmes les plus susceptibles d'informer les patientes des inconvénients liés à la méthode médicamenteuse les connaissent.

# Analyses supplémentaires

## *Concernant la méthode médicamenteuse*

D'après nos résultats, les sages-femmes diplômées d'avant 2004 avaient plus de réticences à prescrire une méthode médicamenteuse que les sages-femmes plus récemment diplômées. Ces mêmes sages-femmes pensaient significativement plus que nous n'avions pas assez de recul sur l'utilisation de la cabergoline et du lisuride. En effet, ces sages-femmes ont connu la remise en question de la bromocriptine dans la prise en charge de l'inhibition de la lactation, puis son éviction des stratégies thérapeutiques à cause des effets indésirables graves que cette molécule pouvait engendrer (11), et la cabergoline et le lisuride appartiennent à la même famille de médicament que la bromocriptine (13). De plus, la cabergoline n'a obtenu l'AMM dans la prise en charge de l'inhibition de la lactation qu'en 2014 (2). Elle est donc assez récente. Ces éléments expliquent probablement les réserves des sages-femmes diplômées d'avant 2004 sur la méthode médicamenteuse.

Nous pouvons également constater que les sages-femmes travaillant moins d'une fois par an en SDC conseillent davantage la méthode médicamenteuse en première intention aux patientes ne souhaitant pas allaiter. Ce résultat est cohérent avec le fait que les sages-femmes travaillant moins d'une fois par an en SDC prescrivent moins d'homéopathie que les sages-femmes travaillant régulièrement en SDC (p=0,003*, sous partie proposition des premières 24h).

## *Formations et connaissances de la prise en charge de l'inhibition de la lactation*

D'après nos résultats, 67,3% des sages-femmes ont déclaré n'avoir eu que leur formation initiale pour étudier la prise en charge de l'inhibition de la lactation. Ces sages-femmes jugeaient que cette formation ne leur avait pas fourni les connaissances suffisantes pour prendre en charge les patientes ne souhaitant pas allaiter, contrairement aux sages-femmes ayant eu une autre formation comprenant ce sujet ($p<0,0001$). La formation initiale en école de sage-femme est très dense et comporte beaucoup d'unités d'enseignements (obstétrique, maïeutique, gynécologie, pédiatrie, santé publique, recherche et autres). De plus, le but des écoles de sages-femmes est d'enseigner les recommandations françaises actuelles. Or, les recommandations de l'OMS prônent un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois (47), et les politiques actuelles de santé publique encouragent les professionnels de santé à promouvoir l'allaitement (48). Ce contexte pourrait expliquer le manque de connaissances des sages-femmes n'ayant eu que leur formation initiale comme formation sur le thème de l'inhibition de la lactation.

Nous pouvons également constater que les sages-femmes récemment diplômées déclaraient davantage ne pas avoir eu de connaissances suffisantes lors de leur dernière formation, contrairement aux sages-femmes diplômées d'avant 2004. En effet, les sages-femmes récemment diplômées ont généralement eu moins de temps pour se former, donc leur dernière formation était leur formation initiale. Ce résultat recoupe les résultats précédents.

Le niveau de la maternité ou la fréquence du travail en SDC n'influencent pas le niveau de connaissance des sages-femmes sur l'inhibition de la lactation. En effet, notre population d'étude étant constituée autant de sages-femmes récemment diplômées que de sages-femmes plus anciennes dans la profession, il y a autant de sages-femmes formées et non formées dans les différents niveaux de maternité, et travaillant régulièrement en SDC. Notre résultat est donc non significatif pour ces raisons.

## *Perception de la satisfaction des patientes par les sages-femmes*

D'après nos résultats, les sages-femmes prescrivant de la cabergoline jugeaient leurs patientes davantage satisfaites ou très satisfaites de la prise en charge, contrairement aux sages-femmes ne prescrivant que de l'homéopathie qui déclaraient leurs patientes plutôt pas du tout ou moyennement satisfaites ($p<0,0001$). Le niveau de satisfaction des patientes était également jugé comme meilleur lorsque les sages-femmes prescrivaient de la cabergoline par rapport à celles ne prescrivant aucune thérapeutique. Par ailleurs, lorsque les sages-femmes ne prescrivaient aucune thérapeutique, elles jugeaient le niveau de

satisfaction des patientes au même niveau que les sages-femmes prescrivant de l'homéopathie (p=0,175).

Certains mémoires de fin d'étude de sage-femme ont étudié la satisfaction des patientes face aux différents traitements ou méthodes pour inhiber la lactation. Ces mémoires montraient une insatisfaction globale des patientes qui utilisaient des méthodes non médicamenteuses, ou bien qui n'utilisaient aucune thérapeutique pour l'inhibition de la lactation. En effet, en 2014, P. Durand mettait en évidence la présence d'une congestion mammaire plus ou moins importante chez toutes les patientes en cas d'absence de traitement inhibiteur de la lactation, avec différents signes cliniques qui étaient jugés désagréables et surprenants, rendant les patientes globalement insatisfaites de l'absence de traitement (29). En 2015, I. Moser confirme cette insatisfaction en étudiant la prise en charge des mères non allaitantes utilisant les méthodes alternatives à la bromocriptine. Elle démontre qu'une grande majorité de femmes (87,6%) ressent une gêne au niveau des seins. La tension mammaire, les écoulements de lait et la douleur ont été les trois principaux désagréments ressentis. Ainsi, 31,6% des patientes restent globalement insatisfaites des traitements non médicamenteux proposés (49). De plus, en 2017, J. Mescam montre que l'efficacité thérapeutique joue un rôle primordial dans la satisfaction des patientes (50). Or, aucune efficacité thérapeutique n'a été prouvée concernant les méthodes non-médicamenteuses (31).

L. Kéo, en 2013, évaluait la prise de Cabergoline dans l'inhibition de la lactation en post-partum. Ce médicament apparaît comme le meilleur traitement en terme d'efficacité, avec de meilleurs résultats que les autres traitements étudiés, que ce soit à propos des écoulements laiteux, des douleurs ressenties, ou encore de la présence d'autres signes d'inconfort de la montée laiteuse (51).

Pour finir, le mémoire de A. Souillard, en 2013, décrit des résultats apparaissant comme discordants avec les mémoires précédents. En effet, elle montre que l'homéopathie n'empêche pas la lactation, mais que les patientes semblent satisfaites de cette prise en charge puisqu'elles évoquent le choix de réitérer un traitement non médicamenteux lors d'une prochaine grossesse. Elles semblent donc susceptibles d'accepter une moindre efficacité thérapeutique, pour éviter des effets secondaires potentiellement graves (38). En effet, l'utilisation de méthodes non médicamenteuse ne diminue pas la satisfaction de la prise en charge si l'accompagnement de la patiente est présent (30). Le niveau de satisfaction serait en corrélation avec la qualité de l'information reçue principalement, et de l'accompagnement (50), et non pas sur l'efficacité seule.

Pour revenir à notre étude, les sages-femmes interrogées semblent associer homéopathie et absence de traitement avec une mauvaise satisfaction des patientes, et cabergoline avec une bonne satisfaction. Cela

reflète une certaine ambiguïté des sages-femmes vis-à-vis des méthodes médicamenteuses puisqu'elles les considèrent comme plus efficaces et donnant une meilleure satisfaction aux patientes mais émettent également à leurs encontre de nombreuses réserves.

# Conclusion

La prise en charge de l'inhibition de la lactation n'est pas homogène actuellement en Ile-de-France. En effet, bien que 61,5% des maternités aient un protocole concernant ce sujet, celui-ci est différent d'une maternité à l'autre suivant la volonté de prise en charge globale de l'établissement, la population de patientes qu'il accueille, et l'adhésion de leur équipe de sages-femmes au protocole mis en place. Aussi, la cabergoline, le lisuride et l'homéopathie sont prescrits dans les services de SDC indépendamment du niveau de la maternité.

Concernant les sages-femmes, leurs prescriptions, conseils et petits moyens mis en place varient selon leur année de diplôme, leur fréquence de travail en SDC, et le niveau de maternité dans lequel elles exercent.

La connaissance des inconvénients de la méthode médicamenteuse évolue suivant la fréquence de travail en SDC et les prescriptions des sages-femmes. De plus, le nombre d'années de diplôme a aussi un impact sur la vision de cette méthode par les sages-femmes.

Pour finir, les sages-femmes jugent leur formation initiale insuffisante pour prendre en charge correctement les femmes ne souhaitant pas allaiter. Il semblerait également que les sages-femmes soient en demande de nouvelles méthodes pour une meilleure prise en charge des patientes, avec des études de plus fortes puissances.

Ainsi, les dernières recommandations du CNGOF sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation laissent de la place aux interprétations individuelles, entrainant une prise en charge des patientes qui varie selon l'appréciation des équipes médicales de maternité. Ces recommandations n'ont donc pas pour le moment permis d'homogénéiser les pratiques d'inhibition de la lactation en Ile-de-France. En attendant la découverte d'une méthode alliant efficacité et innocuité, ou de plus nombreuses preuves scientifiques sur les méthodes actuelles, il serait intéressant de créer une plaquette d'information comprenant les différentes méthodes d'inhibition de la lactation et les petits moyens à mettre en place. Les patientes pourraient ainsi faire un choix éclairé, et les sages-femmes mettre à niveau leurs connaissances sur les méthodes qu'elles connaissent moins.

# Bibliographie


1. La santé des mères et des nouveau-nés : 1ers résultats de l'enquête nationale périnatale 2016 [Internet]. Information Pour l'Allaitement. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/sante-meres-nouveau-nes-1ers-resultats-de-lenquete-nationale-perinatale-2016/
2. Barasinski C, Bernard N, Zenut M. Inhibition de la lactation en post-partum immédiat : les possibilités actuelles. http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/data/revues/16340760/v14i113/S1634076015000116/ [Internet]. 12 mars 2015 [cité 16 mai 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/961220/resultatrecherche/3
3. 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. /data/revues/03682315/v41i2/S0368231511001645/ [Internet]. 31 mars 2012 [cité 11 janv 2018]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/703521
4. Claude. Enquête périnatale 2016 : les chiffres de l'allaitement [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: https://www.lllfrance.org/vous-informer/actualites/1929-enquete-perinatale-2016-les-chiffres-de-l-allaitement
5. Spitz AM, Lee NC, Peterson HB. Treatment for lactation suppression: Little progress in one hundred years. American Journal of Obstetrics and Gynecology. déc 1998;179(6):1485-90.
6. Cavalier J, Porokhov B, Saccal-Diab D, Tribout M, Richard N, Yoldjan I. Commission de suivi du rapport bénéfice/risque des produits de santé - ANSM -. 30 avr 2013;17.
7. Parlodel inhibition de la lactation - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. 2019 [cité 27 mars 2019]. Disponible sur: https://eurekasante.vidal.fr/medicaments/vidal-famille/medicament-dparli01-PARLODEL-INHIBITION-DE-LA-LACTATION.html
8. AFSSAPS. Commission nationale de pharmacovigilance - Compte rendu de la réunion du mardi 27 mars 2012. 2012;16.
9. L. Klein. Inhibition non médicamenteuse de la lactation : Qu'en est-il au retour à domicile ? Mémoire de sage-femme. 2015 [Internet]. [cité 3 mars 2019]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2015_KLEIN_LAURA.pdf
10. Mura C. Analyse des connaissances et des pratiques des sages-femmes autour de l'arrêt de la lactation dans le post-partum immédiat. 7 juill 2010 [cité 20 févr 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/257972

11. Bromocriptine (Parlodel® et Bromocriptine Zentiva®) : le rapport bénéfice/risque n'est plus favorable dans l'inhibition de la lactation - Point d'information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 14 janv 2018]. Disponible sur: http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Bromocriptine-Parlodel-R-et-Bromocriptine-Zentiva-R-le-rapport-benefice-risque-n-est-plus-favorable-dans-l-inhibition-de-la-lactation-Point-d-information/%28language%29/fre-FR
12. Bromocriptine-containing medicines indicated in the prevention or suppression of physiological lactation post-partum [Internet]. European Medicines Agency - Commission. 2018 [cité 13 févr 2019]. Disponible sur: https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/referrals/bromocriptine-containing-medicines-indicated-prevention-suppression-physiological-lactation-post
13. Sentilhes L, Jeanneteau P, Parot-Schinkel E, Mercier M-B, Descamps P. Inhibition de la lactation : fin de la bromocriptine, longue vie à la cabergoline ? /data/revues/12979589/v42i4/S1297958913003834/ [Internet]. 10 avr 2014 [cité 11 janv 2018]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/887218
14. Villepin BG de, Magne S, Lemetayer-Dartois M-F, Cabrol D. Inhibition de la lactation dans le post-partum : bromocriptine versus cabergoline. /data/revues/16374088/v11i4/S1637408812000624/ [Internet]. 13 nov 2012 [cité 28 févr 2019]; Disponible sur: https://www.em-consulte.com/en/article/766691
15. Rains CP, Bryson HM, Fitton A. Cabergoline. Drugs. 1 févr 1995;49(2):255-79.
16. Pratelli C. La prise en charge de l'inhibition de la lactation du post-partum. Thèse de pharmacie. 4 juin 2014;106.
17. de Villepin BG. Inhibition de la lactation dans le Post-partum: Bromocriptine vs Cabergoline. Étude prospective, comparative réalisée auprès de 99 patientes à Necker et Port-Royal. 2012;127.
18. Coordination Française pour l'Allaitement Maternel. Inhibiteurs de la lactation - Recommandations CoFAM [Internet]. 2013 [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: https://www.coordination-allaitement.org/s-informer/publications-cofam/publications-du-comite-scientifique/76-inhibiteurs-de-la-lactation-recommandations-cofam
19. Oladapo OT, Fawole B. Treatments for suppression of lactation. Cochrane Database Syst Rev. 21 janv 2009;(1):CD005937.
20. Traitement de la douleur de la montée laiteuse non souhaitée par homéopathie dans le post-partum immédiat. /data/revues/03682315/00300004/353/ [Internet]. 8 mars 2008 [cité 12 oct 2017]; Disponible sur: http://www.em-consulte.com/en/article/114196
21. Freiner la montée laiteuse sans médicament – La revue Prescrire (décembre 2012) | Réseau Périnatalité de Franche-Comté [Internet]. [cité 11 janv 2018]. Disponible sur: http://www.rpfc.fr/espacepro/?p=7173

22. Swift K, Janke J. Breast Binding … Is It All That It's Wrapped Up To Be? Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 1 mai 2003;32(3):332-9.
23. Inhibition de la montée laiteuse [Internet]. studylibfr.com. [cité 16 févr 2019]. Disponible sur: https://studylibfr.com/doc/2851652/inhibition-de-la-montée-laiteuse
24. Linde K, Clausius N, Ramirez G, Melchart D, Eitel F, Hedges LV, et al. Are the clinical effects of homoeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials. The Lancet. 20 sept 1997;350(9081):834-43.
25. Cucherat M, Haugh MC, Gooch M, Boissel JP. Evidence of clinical efficacy of homeopathy. A meta-analysis of clinical trials. HMRAG. Homeopathic Medicines Research Advisory Group. Eur J Clin Pharmacol. avr 2000;56(1):27-33.
26. Les pouvoirs d'action de Ricinus. [Internet]. https://www.passeportsante.net/. 2015 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net:44300/fr/Solutions/MedicamentsHomeopathiques/Fiche.aspx?doc=medicament-homeopathique-ricinus
27. Apis Mellifica - Dans quels cas l'utiliser ? (Bienfaits et conseils) [Internet]. https://www.passeportsante.net/. 2015 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net:44300/fr/Solutions/MedicamentsHomeopathiques/Fiche.aspx?doc=medicament-homeopathique-apis-mellifica
28. Bryonia - Bienfaits, Utilisations, Posologie, Conseils [Internet]. https://www.passeportsante.net/. 2015 [cité 29 mars 2019]. Disponible sur: https://www.passeportsante.net:44300/fr/Solutions/MedicamentsHomeopathiques/Fiche.aspx?doc=medicament-homeopathique-bryonia
29. Durand P. Evaluation de la montée de lait chez les femmes non allaitantes qui n'ont pas reçu de traitement inhibiteur de la lactation. avr 2014;69.
30. Guineheux C. Évaluation de la prise en charge de la congestion mammaire chez les femmes qui n'allaitent pas. 2013;95.
31. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique — Texte court. http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/data/revues/16374088/v15i1/S1637408815001054/ [Internet]. 18 févr 2016 [cité 16 mai 2018]; Disponible sur: http://www.em-premium.com.frodon.univ-paris5.fr/article/1033985/resultatrecherche/30#N10750
32. Maternités en Île-de-France [Internet]. [cité 30 nov 2017]. Disponible sur: http://www.journaldesfemmes.com/maman/maternite/ile-de-france/region-11
33. Prise en charge du travail et de l'accouchement chez la nullipare à bas risque : comparaison d'une maternité de type 1 et d'une maternité de type 3. //www.em-

premium.com/data/revues/03682315/00331-C1/30/ [Internet]. 9 mars 2008 [cité 16 mars 2019]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/114920/resultatrecherche/2

34. Launay C, Vives M-I. Le projet de pôle physiologique en obstétrique : prétexte stratégique ou vecteur de changement. //www.em-premium.com/data/revues/16374088/v9i1/S1637408809002181/ [Internet]. 22 févr 2010 [cité 16 mars 2019]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/244050/resultatrecherche/11
35. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. Le droit de prescription [Internet]. Conseil national de l'Ordre des sages-femmes. [cité 16 mars 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/droit-prescription/
36. Code de la santé publique - Article R4127-8. Code de la santé publique.
37. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
38. Souillard A. L'inhibition de la lactation : quelle prise en charge pour les patientes ? 13 juin 2013;103.
39. Notice patient - Arolac 0,2 mg, comprimé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61674405&typedoc=N
40. Notice patient - Dostinex 0,5 mg, comprimé - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 1 mars 2018]. Disponible sur: http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=69671845&typedoc=N
41. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique – Texte court. //www.em-premium.com/data/revues/03682315/v44i10/S0368231515002574/ [Internet]. 19 nov 2015 [cité 8 févr 2019]; Disponible sur: http://www.em.premium.com/article/1015634/resultatrecherche/7
42. Rolland C, Sicot F. Les recommandations de bonne pratique en santé. Gouvernement et action publique. 11 oct 2012;n° 3(3):53-75.
43. Rosenblum O. Si le bonheur est dans le pré...-partum, pourquoi un si malheureux bonheur dans le postpartum ? [Internet]. Presses Universitaires de France; 2010 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: http://www.cairn.info/recherche-bonheur-desesperement--9782130582021-page-7.htm
44. HAS. Élaboration des protocoles pluriprofessionnels de soins de premier recours [Internet]. 2012 [cité 17 mars 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2680226/fr/elaboration-des-protocoles-pluriprofessionnels-de-soins-de-premier-recours
45. Benjilany S. Actualités sur l'arrêt de la lactation. Les dossiers de l'obstétrique. févr 2013;40(423):15-6.
46. Code de déontologie des sages-femmes [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/10/Code-de-d%C3%A9ontologie-des-sages-femmes-version-consolid%C3%A9e-au-19-juillet-2012.pdf

47. OMS. Thèmes de santé - Allaitement [Internet]. WHO. 2019 [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/breastfeeding/fr/
48. Allaitement maternel - Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Programme National Nutition Santé. A. Bocquet and al. 2005 [Internet]. [cité 21 mars 2019]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf
49. Moser I. La prise en charge de l'allaitement artificiel par les méthodes alternatives à la bromocriptine dans le post-partum : ses effets et limites sur le moyen terme. 2015;92.
50. Mescam J. 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. 2015;39.
51. Kéo L. Inhibition de la lactation : étude auprès des patientes sur les différentes alternatives proposées par les maternités, suite aux recommandations de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) de juillet 2013 concernant la Bromocriptine. avr 2016;62.

# Annexes

# Annexe 1 : Message de diffusion du questionnaire aux cadres des maternités d'Ile-de-France

Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en 4e année. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je travaille sur la prise en charge par les sages-femmes de l'inhibition de la lactation en suites de couches chez des patientes ne souhaitant pas allaiter.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire à destination des sages-femmes que vous trouverez sur ce lien : https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdmoEdLMS88iWxntRbez4XTJoWrkyIHbDyNqWaVE1JTYRkTIg/viewform

Pouvez-vous le transmettre à toutes les sages-femmes travaillant, ou ayant travaillé, en suite de couche dans votre établissement s'il vous plaît ? Ce questionnaire est très rapide (moins de 5 min) et se remplit facilement en ligne.

Le but de mon mémoire est de faire un état des lieux des prises en charge ayant lieu au niveau de toutes les maternités d'Ile de France. C'est pour cela qu'il est important qu'un maximum de sages-femmes répondent à ce questionnaire.

Je vous remercie par avance de l'attention que vous porterez à ma demande et je me tiens à votre disposition pour toutes questions ou remarques.

Cordialement,

Raphaële Houlbracq,
Étudiante sage-femme,
Sma 4, école Baudelocque

# Annexe 2 : Questionnaire sur la prise en charge de l'inhibition de la lactation en SDC

## Évaluation de la prise en charge de l'inhibition de la lactation en post-partum chez des femmes ne souhaitant pas allaiter

En 2015, les RPC sur le post-partum ont évolué.

Concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation, il y est stipulé :

- qu'il n'existe pas d'arguments scientifiques pour recommander des mesures non pharmacologiques
- que les traitements pharmacologiques ne doivent pas être prescrits de façon systématique aux patientes
- que la bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation
- qu'il faut informer les femmes qui souhaitent un traitement pharmacologique des risques potentiels
- que le lisuride et la cabergoline sont les médicaments inhibiteurs à privilégier

C'est dans ce contexte plutôt vague que j'ai décidé de faire un état des lieux en Ile-de-France des différentes prises en charge des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale) pour mon mémoire de fin d'étude de sage-femme.

Je vous remercie d'avance pour vos réponses !
Ce questionnaire comporte 12 questions et prendra moins de 5 min à remplir !

*Obligatoire

1. **1. Quelle est votre année de diplôme ?** *

2. **2. Etes-vous amenés à travailler régulièrement en SDC ?** *
   *Une seule réponse possible.*
   - Oui tous les ans
   - Oui tous les 3 ans
   - Oui tous les 5 ans
   - Non, moins d'une fois tous les 5 ans
   - Non jamais

3. **3. Dans quelle maternité travaillez-vous ?** *

4. **4. Existe-t-il un protocole, au sein de votre maternité, concernant la prise en charge de l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (sans contre-indication médicale à l'allaitement)?** *
   *Une seule réponse possible.*
   - Oui
   - Non *Passez à la question 8.*

5. **Lequel ?** *

6. **Appliquez-vous ce protocole ?** *
*Une seule réponse possible.*

- ( ) Oui *Passez à la question 8.*
- ( ) Non
- ( ) Pas toujours

7. **Pourquoi ?** *

8. **5. Parmi ces propositions, lesquelles proposez-vous aux femmes ne souhaitant pas allaiter dans les premières 24h ? (Plusieurs réponses possibles)** *
*Plusieurs réponses possibles.*

- [ ] Bromocriptine (Parlodel®)
- [ ] Cabergoline (Dostinex®)
- [ ] Lisuride (Arolac®)
- [ ] Homéopathie
- [ ] Bandage des seins / Port de brassières serrées
- [ ] Restriction hydrique
- [ ] Non présentation de l'enfant au sein
- [ ] Evitement des stimuli manuels
- [ ] Rien
- [ ] Autre :

9. **6. Généralement, avant la mise en place de cette prise en charge, expliquez-vous à vos patientes toutes les alternatives existantes et leurs potentiels effets indésirables ?** *
*Une seule réponse possible.*

- ( ) Oui *Passez à la question 11.*
- ( ) Non

10. **Pourquoi ?** *

*Plusieurs réponses possibles.*

- [ ] Vous ne proposez pas d'autres méthodes que celle du protocole
- [ ] Vous n'avez pas le temps
- [ ] Vous estimez ne pas avoir les connaissances nécessaires pour le faire
- [ ] Les patientes ne le demandent pas
- [ ] Autre : _____

11. **7. Si malgré les techniques précédentes vous constatez un début de montée laiteuse (sans signe d'engorgement) pour ces patientes, que proposez-vous ? (plusieurs réponses possibles)** *

*Plusieurs réponses possibles.*

- [ ] Bromocriptine (Parlodel®)
- [ ] Cabergoline (Dostinex®)
- [ ] Lisuride (Arolac®)
- [ ] Homéopathie
- [ ] Bandage des seins / Port de brassières serrées
- [ ] Restriction hydrique
- [ ] Tire-lait (manuel ou électrique)
- [ ] Expression manuelle/massage
- [ ] Application de glace sur la poitrine
- [ ] Douches chaudes
- [ ] Non présentation de l'enfant au sein
- [ ] Evitement des stimuli manuels
- [ ] Rien
- [ ] Autre : _____

12. **8. Pour vous, quel est le niveau de satisfaction des patientes qui bénéficient de ces méthodes (avant et éventuellement après leur montée de lait) ?** *

*Une seule réponse possible.*

- ( ) Très satisfaites
- ( ) Satisfaites
- ( ) Egal
- ( ) Moyennement satisfaites
- ( ) Pas du tout satisfaites

13. **9. Connaissez-vous les effets indésirables décrits de la Cabergoline (Dostinex®) et/ou du Lisuride (Arolac®) ?**

*Une seule réponse possible.*

- ( ) Oui
- ( ) Non *Passez à la question 15.*

14. **Lesquels sont-ils ?** *

15. **10. Plus précisément, concernant la prescription médicamenteuse (Cabergoline et Lisuride), quelles sont les affirmations qui vous correspondent ? (Plusieurs réponses possibles)**
*Plusieurs réponses possibles.*

- [ ] Je la prescris systématiquement
- [ ] Je la prescris si besoin
- [ ] Je ne la prescris pas
- [ ] Je la conseille en première intention
- [ ] J'en parle seulement à la demande de la patiente
- [ ] Je ne la conseille pas
- [ ] Je trouve que c'est la solution la plus efficace pour éviter une montée de lait
- [ ] Je n'ai pas de réticence à en prescrire
- [ ] Je trouve que nous n'avons pas assez de recul sur l'utilisation de la molécule (Cabergoline ou Lisuride)
- [ ] Je trouve qu'il y a beaucoup d'effets indésirables
- [ ] Je trouve que le médicament est trop dangereux pour les patientes
- [ ] Autre :

16. **11. Quel est le dernier contexte dans lequel vous avez abordé le thème de l'inhibition de la lactation ?** *
*Une seule réponse possible.*

- ( ) Formation initiale (école de sage-femme)
- ( ) Formation pour devenir conseillère en lactation
- ( ) Formation continue par une conseillère en lactation
- ( ) Autre :

17. **12. Cette formation vous a-t-elle fourni des connaissances suffisantes pour prendre en charge ces femmes ?** *
*Une seule réponse possible.*

- ( ) Oui *Passez à la question 19.*
- ( ) Non

18. **Souhaiteriez-vous bénéficier d'une formation spécifique sur l'inhibition de la lactation ? Sous quelle forme ?** *

19. **Commentaire libre sur sur le sujet, expériences marquantes :**

Fourni par
Google Forms

# Annexe 3 : Message de confirmation du protocole de service aux cadres des maternités d'IDF

Bonjour Madame/Monsieur,

Je suis étudiante sage-femme en dernière année d'étude. Dans le cadre de mon mémoire, je vous avais sollicité pour transmettre un questionnaire aux sages-femmes de votre équipe sur le thème de l'inhibition de la lactation.

Plusieurs sages-femmes ont répondu à ce questionnaire et je les en remercie beaucoup !

Sur une des questions, je demandais s'il existait un protocole au sein de votre maternité pour prendre en charge l'inhibition de la lactation chez des femmes ne souhaitant pas allaiter (Cabergoline, homéopathie, autre...). La majorité des sages-femmes ont répondu qu'il existait un protocole qui était [homéopathie, cabergoline, lisuride, ou autre selon la maternité].

Pouvez-vous me confirmer qu'il s'agit bien de ce protocole qui est appliqué actuellement au sein de votre établissement ?

En vous remerciant,

Cordialement,

Raphaële Houlbracq,
Etudiante sage-femme de Sma 5

# Annexe 4 : Extrait de la notice du médicament AROLAC 0.2mg(39)

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, AROLAC 0,2 mg, comprimé sécable est susceptible d'avoir des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet :

· En début de traitement et lors de traitements à court terme (inhibition de la lactation) :

o Nausées, vomissements, maux de tête, peuvent survenir en début de traitement.

o Hypotension orthostatique (diminution de la tension artérielle en position debout pouvant s'accompagner de vertiges) pouvant exceptionnellement occasionner des malaises.

o Exceptionnellement, après l'accouchement, ont été décrits: infarctus du myocarde, élévation de la tension artérielle, de troubles psychiques (confusion, hallucinations, délire, excitation), convulsions et accidents vasculaires cérébraux.

Ont été également signalés: baisse de la vigilance, vertiges, sécheresse de la bouche, constipation, somnolence, réactions allergiques de la peau et des muqueuses, œdèmes (infiltration de liquide dans les tissus).

· Lors des traitements prolongés (hyperprolactinémie) :

o Confusion, hallucination, délire, excitation psychomotrice peuvent être observés à fortes doses.

o Dans des cas isolés, une fibrose de la plèvre et des poumons ou du rétropéritoine a été rapportée. En cas d'apparition d'une difficulté à respirer, d'une toux ou d'une altération de la fonction rénale, la recherche de la cause doit être faite et éventuellement le traitement doit être arrêté.

o Chez les patients traités par des dérivés de l'ergot de seigle tels que le lisuride, de très rares cas (touchant moins d'une personne sur 10 000) de péricardite (inflammation de la paroi externe du cœur) et d'épanchement péricardique (accumulation de liquide entre la paroi externe du cœur et le cœur lui-même) ont été signalés.

o Des effets sur les valves du cœur ont également été observés chez des patients traités par des dérivés de l'ergot de seigle. Les signes précoces de ces effets sur le cœur peuvent être un ou plusieurs des symptômes suivants: difficultés à respirer, essoufflement, douleur dans la poitrine ou le dos et jambes

enflées. Si vous ressentez l'un de ces symptômes, vous devez en informer immédiatement votre médecin.

Vous pouvez ressentir les effets indésirables suivants : incapacité de résister aux envies d'effectuer une action qui pourrait causer du tort à vous-même ou à d'autres personnes, telle que :

· Des impulsions fortes de jouer (de l'argent) de façon excessive malgré des conséquences personnelles ou familiales graves;

· Un intérêt modifié ou augmenté pour la sexualité et un comportement suscitant des soucis importants pour vous ou d'autres personnes, par exemple une augmentation de la libido;

· Des achats ou des dépenses excessifs et incontrôlables ;

· Manger de façon excessive (binge eating) (manger des quantités importantes de nourriture dans une courte durée) ou manger de façon compulsive (manger plus de nourriture que normalement et plus que ce dont vous avez besoin pour vous rassasier).

Informez votre médecin si vous présentez l'un de ces comportements. Il envisagera des mesures pour prendre en charge ou réduire ces symptômes

# Annexe 5 : Extrait de la notice du médicament DOSTINEX 0,5mg(40)

4. QUELS SONT LES EFFETS INDESIRABLES EVENTUELS ?

Comme tous les médicaments, ce médicament peut provoquer des effets indésirables, mais ils ne surviennent pas systématiquement chez tout le monde.

Les effets indésirables très fréquents susceptibles d'affecter plus d'1 personne sur 10 sont listés ci-dessous :

· maladie des valves du cœur (valvulopathie incluant régurgitation) et troubles associés (inflammation de l'enveloppe du cœur et épanchement autour du cœur),

· maux de tête, étourdissements / vertiges,

· nausées, dyspepsie (digestion difficile), gastrite, douleurs abdominales,

· asthénie, fatigue.

Les effets indésirables fréquents susceptibles d'affecter plus d'1 personne sur 100 sont listés ci-dessous :

· somnolence,

· dépression,

· hypotension orthostatique (chute de la pression artérielle lors du passage à la position debout pouvant s'accompagner de vertiges), particulièrement au cours d'un traitement au long cours, bouffées de chaleur,

· constipation, vomissements,

· douleurs mammaires (des seins),

· baisse asymptomatiques de la pression artérielle.

Les effets indésirables peu fréquents susceptibles d'affecter plus d'1 personne sur 1 000 sont listés ci-dessous :

· palpitation,

· dyspnée (difficulté à respirer), épanchement pleural (présence anormale de liquide entre le poumon et la membrane entourant le poumon), fibrose (tissu cicatriciel) notamment fibrose pulmonaire, épistaxis (saignement du nez),

· réaction d'hypersensibilité (allergie),

· hémianopsie transitoire (perte ou une diminution de la vue dans une moitié du champ visuel), syncope, paresthésies (sensations de picotement, de fourmillement),

· augmentation de la libido,

· syndrome de Raynaud (trouble circulatoire au niveau des doigts), perte de connaissance,

· œdème et œdème périphérique,

· éruptions cutanées, alopécie (chute des cheveux ou des poils),

· crampes dans les jambes,

· baisse transitoire de l'hémoglobine après la reprise des règles.

Les effets indésirables rares susceptibles d'affecter plus d'1 personne sur 10 000 sont listés ci-dessous:

· douleur de l'estomac.

Les effets indésirables très rares susceptibles d'affecter moins d'1 personne sur 10 000 sont listés ci-dessous :

· fibrose pleurale.

La fréquence des effets indésirables listés ci-dessous n'est pas connue :

· angine de poitrine,

· troubles respiratoires, insuffisance respiratoire, douleurs thoracique,

· accès soudain au sommeil, tremblement,

· vision anormale,

· agressivité, délire, hypersexualité, jeu pathologique (compulsion au jeu), troubles mentaux, hallucinations,

· augmentation du taux sanguin d'enzymes musculaires (phosphokinase), anomalie des tests sanguins de la fonction hépatique.

Vous pouvez aussi ressentir les effets indésirables suivants :

· incapacité de résister aux envies d'effectuer une action qui pourrait causer du tort à vous-même ou à d'autres personnes, telle que :

o des impulsions fortes de jouer (de l'argent) de façon excessive malgré des conséquences personnelles

o ou familiales graves ;

o un intérêt modifié ou augmenté pour la sexualité et un comportement suscitant des soucis importants pour vous ou d'autres personnes, par exemple une augmentation de la libido ;

o des achats ou des dépenses excessifs et incontrôlables ;

o manger de façon excessive (binge eating) (manger des quantités importantes de nourriture dans une courte durée) ou manger de façon compulsive (manger plus de nourriture que normalement et plus que ce dont vous avez besoin pour vous rassasier).

Informez votre médecin si vous présentez l'un de ces comportements. Il envisagera des mesures pour prendre en charge ou réduire ces symptômes.

# Tableau A : Propositions détaillées des 24 premières heures en fonction de l'année de diplôme

| | Total<br>n (%) | <2004<br>n (%) | 2004-2014<br>n (%) | >2014<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **73 (100,0)** | **211 (100,0)** | **86 (100,0)** | |
| **Proposition des premières 24h** | | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 119 (32,2) | 23 (31,5) | 69 (32,7) | 27 (31,4) | 0,968 |
| Homéopathie | 280 (75,7) | 54 (74,8) | 160 (75,8) | 66 (76,7) | 0,918 |
| Lisuride (Arolac®) | 21 (5,7) | 5 (6,8) | 13 (6,2) | 3 (3,5) | < 0,001* |
| Bandage des seins / Port de brassières serrées | 127 (34,3) | 10 (13,7) | 69 (32,7) | 48 (55,8) | <0,0001 |
| Evitement des stimuli manuels | 291 (78,6) | 54 (74,8) | 159 (75,4) | 78 (90,7) | 0,008 |
| Non présentation de l'enfant au sein | 182 (49,2) | 34 (46,6) | 97 (46,0) | 51 (59,3) | 0,101 |
| Restriction hydrique | 22 (5,9) | 3 (4,1) | 13 (6,2) | 6 (7,0) | 0,756* |
| Rien | 22 (5,9) | 7 (9,6) | 13 (6,2) | 2 (2,3) | 0,156* |
| Autre | 32 (8,6) | 6 (8,2) | 15 (7,1) | 11 (12,8) | 0,284 |
| **Proposition si présence d'une montée laiteuse** | | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 12 (3,2) | 1 (1,4) | 9 (4,3) | 2 (2,3) | 0,565* |
| Homéopathie | 134 (36,2) | 24 (32,9) | 81 (38,4) | 29 (33,7) | 0,602 |
| Antalgiques | 81 (21,9) | 25 (34,2) | 43 (20,4) | 13 (15,1) | 0,011 |
| Application de glace sur la poitrine | 270 (73,0) | 47 (64,4) | 150 (71,1) | 73 (84,9) | 0,009 |
| Evitement des stimuli manuels | 253 (68,4) | 40 (54,8) | 150 (71,1) | 63 (73,3) | 0,019 |
| Bandage des seins / Port de brassières serrées | 203 (54,9) | 32 (43,8) | 124 (58,8) | 47 (54,7) | 0,087 |
| Douches chaudes | 184 (49,7) | 28 (38,4) | 102 (48,3) | 54 (62,8) | 0,007 |
| Non présentation de l'enfant au sein | 174 (47,0) | 31 (42,5) | 94 (44,5) | 49 (57,0) | 0,103 |
| Expression manuelle/massage | 66 (17,8) | 12 (16,4) | 37 (17,5) | 17 (19,8) | 0,848 |
| Restriction hydrique | 53 (14,3) | 10 (13,7) | 34 (16,1) | 9 (10,5) | 0,445 |
| Rien | 13 (3,5) | 3 (4,1) | 7 (3,3) | 3 (23,1) | 0,927* |
| Tire-lait (manuel ou électrique) | 7 (1,9) | 1 (1,4) | 3 (1,4) | 3 (3,5) | 0,509* |
| Autres | 50 (13,5) | 12 (16,4) | 21 (10,0) | 17 (19,8) | 0,058 |

## Tableau B : Propositions détaillées des 24 premières heures en fonction de la fréquence de travail en SDC

| | Total<br>n (%) | SDC tous les ans<br>n (%) | SDC < 1x/an<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher*) |
|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **337 (100,0)** | **33 (100,0)** | |
| **Proposition des premières 24h** | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 119 (32,2) | 107 (31,8) | 12 (36,4) | 0,613 |
| Homéopathie | 280 (75,7) | 262 (77,7) | 18 (54,5) | 0,003 |
| Lisuride (Arolac®) | 21 (5,7) | 20 (5,9) | 1 (3,0) | 0,708* |
| Bandage des seins / Port de brassières serrées | 127 (34,3) | 115 (34,1) | 12 (36,4) | 0,796 |
| Evitement des stimuli manuels | 291 (78,6) | 268 (79,5) | 23 (69,7) | 0,188 |
| Non présentation de l'enfant au sein | 182 (49,2) | 168 (49,9) | 14 (42,4) | 0,415 |
| Restriction hydrique | 22 (5,9) | 19 (5,6) | 3 (9,1) | 0,431* |
| Rien | 22 (5,9) | 18 (5,3) | 4 (12,1) | 0,121* |
| Autre | 32 (8,6) | 30 (8,9) | 2 (6,1) | 0,754* |
| **Proposition si présence d'une montée laiteuse** | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 12 (3,2) | 1 (3,0) | 11 (3,3) | 1* |
| Homéopathie | 134 (36,2) | 6 (18,2) | 128 (38,0) | 0,024 |
| Antalgiques | 81 (21,9) | 6 (18,2) | 75 (22,3) | 0,589 |
| Application de glace sur la poitrine | 270 (73,0) | 14 (42,4) | 256 (76,0) | <0,0001 |
| Evitement des stimuli manuels | 253 (68,4) | 18 (54,5) | 235 (69,7) | 0,073 |
| Bandage des seins / Port de brassières serrées | 203 (54,9) | 17 (51,5) | 186 (55,2) | 0,685 |
| Douches chaudes | 184 (49,7) | 14 (42,4) | 170 (50,4) | 0,379 |
| Non présentation de l'enfant au sein | 174 (47,0) | 11 (33,3) | 163 (48,4) | 0,099 |
| Expression manuelle/massage | 66 (17,8) | 7 (21,2) | 59 (17,5) | 0,596 |
| Restriction hydrique | 53 (14,3) | 9 (27,3) | 44 (13,1) | 0,036* |
| Rien | 13 (3,5) | 3 (9,1) | 10 (3,0) | 0,100* |
| Tire-lait (manuel ou électrique) | 7 (1,9) | 0 (0,0) | 7 (2,1) | 1* |
| Autres | 50 (13,5) | 0 (0,0) | 50 (14,8) | 0,013* |

# Tableau C : Propositions détaillées des 24 premières heures en fonction du niveau de maternité

| | Total<br>n (%) | Type 1<br>n (%) | Type 2<br>n (%) | Type 3<br>n (%) | p<br>(Chi 2, Fisher *) |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nombre de sages-femmes** | **370 (100,0)** | **43 (100,0)** | **161 (100,0)** | **166 (100,0)** | |
| **Proposition des premières 24h** | | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 119 (32,2) | 16 (37,2) | 44 (27,3) | 59 (35,5) | 0,212 |
| Homéopathie | 280 (75,7) | 35 (81,4) | 132 (82,0) | 113 (68,1) | 0,009 |
| Lisuride (Arolac®) | 21 (5,7) | 4 (9,3) | 13 (8,1) | 4 (2,4) | 0,029* |
| Bandage des seins / Port de brassières serrées | 127 (34,3) | 14 (32,6) | 55 (34,2) | 58 (34,9) | 0,956 |
| Evitement des stimuli manuels | 291 (78,6) | 30 (69,8) | 127 (78,9) | 134 (80,7) | 0,293 |
| Non présentation de l'enfant au sein | 182 (49,2) | 19 (44,2) | 78 (48,4) | 85 (51,2) | 0,692 |
| Restriction hydrique | 22 (5,9) | 4 (9,3) | 7 (4,3) | 11 (6,6) | 0,359* |
| Rien | 22 (5,9) | 3 (7,0) | 5 (3,1) | 14 (8,4) | 0,105* |
| Autre | 32 (8,6) | 8 (18,6) | 11 (6,8) | 13 (7,8) | 0,087* |
| **Proposition si présence d'une montée laiteuse** | | | | | |
| Cabergoline (Dostinex®) | 12 (3,2) | 1 (2,3) | 6 (3,7) | 5 (3,0) | 0,916* |
| Homéopathie | 134 (36,2) | 15 (34,9) | 59 (36,6) | 60 (36,1) | 0,977 |
| Antalgiques | 81 (21,9) | 8 (18,6) | 32 (19,9) | 41 (24,7) | 0,492 |
| Application de glace sur la poitrine | 270 (73,0) | 28 (65,1) | 118 (73,3) | 124 (74,7) | 0,448 |
| Evitement des stimuli manuels | 253 (68,4) | 24 (55,8) | 118 (73,3) | 111 (66,9) | 0,078 |
| Bandage des seins / Port de brassières serrées | 203 (54,9) | 27 (62,8) | 81 (50,3) | 95 (57,2) | 0,245 |
| Douches chaudes | 184 (49,7) | 17 (39,5) | 84 (52,2) | 83 (50,0) | 0,337 |
| Non présentation de l'enfant au sein | 174 (47,0) | 21 (48,8) | 78 (48,4) | 75 (45,2) | 0,813 |
| Expression manuelle/massage | 66 (17,8) | 10 (23,3) | 32 (19,9) | 24 (14,5) | 0,271 |
| Restriction hydrique | 53 (14,3) | 8 (18,6) | 18 (11,2) | 27 (16,3) | 0,294 |
| Rien | 13 (3,5) | 2 (4,7) | 5 (3,1) | 6 (3,6) | 0,785* |
| Tire-lait (manuel ou électrique) | 7 (1,9) | 3 (7,0) | 1 (0,6) | 3 (1,8) | 0,052* |
| Autres | 50 (13,5) | 6 (14,0) | 31 (19,3) | 13 (7,8) | 0,010 |

DROITS DE REPRODUCTION :

Le mémoire des étudiantes de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'école de sages-femmes Baudelocque de l'université Paris Descartes sont des travaux réalisés à l'issue de leur formation et dans le but de l'obtention du diplôme d'Etat. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une reproduction sans l'accord des auteurs et de l'école.