



HAL
open science

Mise au sein précoce et douleur de la montée de lait chez les mères non allaitantes

Natty Haulet

► **To cite this version:**

Natty Haulet. Mise au sein précoce et douleur de la montée de lait chez les mères non allaitantes. Gynécologie et obstétrique. 2021. dumas-03385377

HAL Id: dumas-03385377

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03385377>

Submitted on 19 Oct 2021

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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix*Marseille Université

École de Maïeutique

MISE AU SEIN PRÉCOCE ET DOULEUR DE LA MONTÉE DE LAIT CHEZ LES MÈRES NON ALLAITANTES

Présenté et publiquement soutenu

Le 8 juin 2021

Par

HAULET Natty

Née le 7 novembre 1997

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

Année universitaire 2020 – 2021

Membres du jury :

- Bartoli Jean-Michel, Pédiatre (directeur de mémoire)
- Descamps Mylène, Sage-femme enseignante
- Janvier Elsa, Sage-femme hospitalière

AIX MARSEILLE UNIVERSITÉ

École de Maïeutique

MISE AU SEIN PRÉCOCE ET DOULEUR DE LA MONTÉE DE LAIT CHEZ LES MÈRES NON ALLAITANTES

HAULET Natty

Née le 7 novembre 1997

Mémoire présenté pour l'obtention du Diplôme d'État
de Sage-Femme

Année universitaire 2020 – 2021

Validation 1^{ère} session 2021 : oui non

Mention : Félicitations du Jury

Très bien

Bien

Assez bien

Passable

Validation 2^{ème} session 2021 : oui non

Mention :

Visa et tampon de l'école

Remerciements

Je remercie,

Docteur Bartoli, directeur de ce mémoire, qui a proposé ce thème d'étude, et m'a accompagné tout au long de ce travail. Merci pour sa patience, sa disponibilité et ses encouragements.

Madame Zakarian, directrice de l'école de Maïeutique, pour son aide précieuse concernant l'analyse statistique.

Ma famille et mes amis, pour leur présence et leur soutien durant ces cinq années d'études.

Glossaire

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien

CNGOF : Conseil National des Gynécologues Obstétriciens de France

HAS : Haute Autorité de Santé

MASP : mise au sein précoce

ML : montée de lait

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

*Les éléments du glossaire sont marqués d'une « * » lors de leur première apparition dans le texte.*

Sommaire

Introduction	1
Matériels et méthode	5
Résultats	8
Analyse et discussion – Conclusion	15
Bibliographie	23
Tables des figures, tableaux et annexes	25

Introduction

Depuis 2002, l'OMS* recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'au 6 mois de l'enfant puis associé à la diversification alimentaire jusqu'à ses 2 ans (OMS, 2003). Cependant, le type d'alimentation donné au nouveau-né reste un choix qui incombe à la mère et au couple. En France, en 2011, presque 30% des accouchées ont eu recours à des préparations pour nourrisson pour l'alimentation de leur enfant (Kersuzan et al., 2014).

L'OMS recommande également le contact peau-à-peau et la mise au sein précoce pour tous les nouveau-nés (OMS, 2018). Le contact peau-à-peau, qui consiste à placer l'enfant nu sur la poitrine nue de la mère, se réalise immédiatement après la naissance. Il permet une thermorégulation et une meilleure adaptation cardio-respiratoire du nouveau-né. Il favorise la mise en place du lien mère enfant et réduit les pleurs (Moore et al., 2007). La mise au sein précoce correspond à la présentation du sein au nouveau-né dans l'heure qui suit la naissance. Elle permet un transfert de colostrum, substance riche en élément nutritif et en anticorps (OMS, 2018). Ces deux pratiques sont recommandées par l'OMS notamment pour favoriser la mise en place de l'allaitement maternel. Depuis quelques années, la mise au sein précoce a été progressivement proposée aux mères non allaitantes.

La mise au sein précoce peut également être nommée par d'autres termes comme « tétée d'accueil », « tétée de bienvenue », « tétée d'essai » ou encore « don de colostrum ». La dénomination de « mise au sein précoce » paraît être utilisée en cas d'allaitement maternel pour nommer la première tétée, qui doit être réalisée dans l'heure qui suit la naissance pour favoriser la bonne mise en place de la lactation. La pratique de cette mise au sein semble être nommée différemment lorsque le projet d'alimentation du nouveau-né est autre qu'un allaitement maternel. En effet, le terme de tétée « d'accueil » ou « de bienvenue » est largement utilisé en cas de réalisation d'une unique mise au sein après l'accouchement. Dans ce travail, c'est le terme de « mise au sein précoce » qui est utilisé.

La montée de lait, est secondaire à la délivrance où les hormones placentaires chutent. Elle a lieu généralement autour du troisième jour du post partum. Elle consiste en une transformation des sécrétions des glandes mammaires qui peut se traduire cliniquement par une congestion mammaire : tension mammaire, chaleur localisée, turgescence, fébricule, écoulement lacté spontané, inconfort, gêne, douleur... La montée de lait est entretenue par la stimulation aréolo-mamelonnaire (Houbedine, 2007).

La montée de lait étant physiologique, aucune méthode pharmacologique n'est recommandée systématiquement dans l'inhibition de la lactation (Senat, 2015). Des méthodes non pharmacologiques peuvent être utilisées, cependant aucune publication scientifique ne permet de prouver leur efficacité, il n'existe donc pas de recommandations à leur sujet (Senat, 2015). Le CNGOF* rappelle néanmoins que la non-présentation du sein au nouveau-né et l'absence de stimulation des mamelons suffisent à inhiber la sécrétion lactée chez 60 à 70 % des femmes sans inconvénient majeur (Berrebi A., 1997). Il est communément admis (accord professionnel) qu'en l'absence de stimulation l'arrêt de la lactation survient spontanément dans les 15 jours qui suivent la naissance dans la grande majorité des cas (Senat, 2015).

Selon le CNGOF, il est possible d'observer un engorgement (30%) et/ou des douleurs (40 %) (Berrebi A., 1997). Les douleurs de la montée de lait peuvent être traitées efficacement par des antalgiques (paracétamol, AINS*).

D'une part, l'OMS rappelle les nombreux bénéfices d'une mise au sein précoce pour le nouveau-né et, d'autre part il est admis qu'en l'absence de stimulation des mamelons, la lactation se stoppe dans la majorité des cas en 2 semaines. Les données de la littérature concernant le taux de mise au sein précoce chez les mères non allaitantes sont très variables : entre 10 et 60 % (Durand, 2014) (Mathiot et Branger, 2014). Il n'existe aucune recommandation officielle concernant, spécifiquement, la pratique de la mise au sein précoce chez les mères ne souhaitant pas allaiter.

La question de recherche est la suivante : « En quoi la mise au sein précoce peut-elle influencer la douleur de la montée de lait chez les mères non allaitantes de la maternité de l'Hôpital Saint Joseph ? »

L'objectif principal de l'étude sera d'évaluer l'intensité de la douleur de la montée de lait et son vécu chez les mères non allaitantes ayant réalisé une mise au sein précoce. L'objectif secondaire sera d'étudier les caractéristiques de la mise au sein précoce.

Rappel sur la physiologie de la lactation

Le sein, ou glande mammaire, permet la lactation qui est une fonction organique impliquant l'élaboration et la sécrétion du lait. En dehors de la grossesse, le sein est constitué essentiellement de tubules entourés de tissus conjonctifs et adipeux. Ces tubules sont formés par des cellules sécrétrices et des cellules myoépithéliales contractiles.

La lactation est un phénomène physiologique qui se met en place au cours de la grossesse à travers deux processus : la mammogénèse et la lactogénèse. En effet, sous l'action des hormones placentaires (progestérone et œstrogène) le parenchyme glandulaire se développe : c'est la mammogénèse. Elle permet la croissance du tissu mammaire et se traduit par une augmentation de la taille des tubules préexistants, par l'apparition de nouveaux tubules et par la formation des acini (ensemble de cellules sécrétrices). En fin de grossesse, la lactogénèse permet la différenciation des cellules sécrétrices. Elle comporte 2 stades : la phase colostrale et la phase lactée. La phase colostrale est la première phase de la lactogénèse et dure en moyenne jusqu'au 3^{ème} jour du post partum. Durant cette phase, la sécrétion de lait est faible à cause de l'action inhibitrice de la progestérone sur la prolactine et de son action sur la perméabilité des jonctions intercellulaires. Ainsi ce qui est produit et transféré au nouveau-né n'est pas le lait définitif, il s'agit du colostrum. La phase lactée débute suite à la chute des hormones placentaires et notamment de la progestérone. Elle va entraîner une fermeture des jonctions intercellulaires, une modification de la

sécrétion lactée et une augmentation du volume de lait produit et ce d'autant plus que l'extraction de lait intervient rapidement (Houbedine, 2007).

La montée de lait est hormono-défini, c'est la chute de la progestérone qui marque le début de la phase lactée. La mise au sein précoce, ou toute autre stimulation manuelle ou mécanique, n'influence pas la date de survenue de la montée de lait mais peut influencer son intensité.

La régulation de la lactation se fait lors de la fabrication du lait et lors de son éjection par deux mécanismes d'action : l'un central endocrine et l'autre local autocrine.

De nombreuses hormones interviennent dans le contrôle central endocrine dont :

- Les hormones placentaires (œstrogène et progestérone) qui jouent un rôle important dans la préparation de la glande mammaire durant la grossesse. Elles bloquent également l'action de la prolactine, hormone essentielle à la synthèse des constituants du lait. C'est la chute de ces hormones qui déclenche la mise en route de la lactation.
- La prolactine et l'ocytocine qui sont sécrétées respectivement par l'hypophyse antérieure et postérieure, en réponse à l'activation du complexe aréolo-mamelonnaire qui est stimulé par la succion du nouveau-né (Houbedine, 2007). La prolactine est responsable de la synthèse des constituants du lait et l'ocytocine permet son éjection (Gremmo-Feger G., 2015).

Le contrôle local autocrine correspond à un rétrocontrôle négatif de la part des cellules sécrétrices (lactocytes) lorsque l'alvéole se remplit. Ce rétrocontrôle est possible grâce au FIL (feedback inhibitor of lactation). Plus l'alvéole est remplie, plus le rétrocontrôle est important et plus la sécrétion lactée est freinée. (Peaker et Wilde, 1996)

Matériels et méthode

I – Protocole d'étude

Pour répondre à la question de recherche et à son objectif principal qui est d'évaluer l'intensité de la douleur de la montée de lait et son vécu chez les mères non allaitantes ayant réalisé une mise au sein précoce, une étude observationnelle prospective, descriptive et comparative a été menée à la maternité de l'Hôpital Saint Joseph à Marseille sur une période de 4 mois (Juillet 2020 à octobre 2020).

L'étude descriptive permet de rendre compte d'un phénomène de santé et de sa fréquence. Elle permet d'établir de nouvelles connaissances scientifiques, d'apporter une information aux professionnels, de générer des hypothèses et d'avoir une meilleure connaissance du phénomène. L'étude permettra de transmettre des informations plus précises aux femmes enceintes, parturientes et accouchées.

II – Population étudiée

La population à l'étude a été choisie selon différents critères :

- Critères d'inclusions : patientes majeures, patientes parlant français, grossesse unique, naissance par voie basse, naissance à terme, enfant vivant, projet d'alimentation par préparation pour nourrisson
- Critères de non-inclusions : patientes mineures, patientes ne parlant pas français, grossesse multiple, mort fœtale in utero, naissance par césarienne, naissance prématurée, enfant mort-né, couple mère-enfant séparé, allaitement maternel ou allaitement partiel
- Critères d'exclusions : chirurgie mammaire, pertues de vue, refus de participation

L'étude a été menée au sein de la maternité de l'Hôpital Saint Joseph sur une période de 4 mois (Juillet 2020 à Octobre 2020). En 2019, l'hôpital Saint

Joseph a comptabilisé 4813 naissances avec un taux d'allaitement maternel d'environ 75% (soit 25% d'alimentation par préparation pour nourrissons).

III – Variables mesurées

Les variables quantitatives mesurées étaient :

- Âge (années)
- Parité (nombre d'enfant)
- Durée d'hospitalisation (heures)
- Durée de la mise au sein précoce (minutes)
- Douleur de la montée de lait

L'intensité de la douleur a été auto-évaluée par l'utilisation d'une échelle numérique de la douleur validée (HAS, 2009)

Les variables qualitatives mesurées étaient :

- Conditions socio-professionnelles
- Tabagisme
- Mode d'accouchement
- Raisons du choix de l'allaitement artificiel
- Connaissance de la mise au sein précoce
- Motivations à la réalisation de la mise au sein précoce
- Raisons de la non-réalisation de la mise au sein précoce
- Efficacité de la succion
- Vécu de la mise au sein précoce
- Techniques non médicamenteuses d'inhibition de la lactation connues
- Tension mammaire
- Écoulement lacté
- Traitement pharmacologique (antalgiques, inhibiteur de la lactation)
- Complication mammaire
- Information reçue sur la montée de lait en pré et post natal
- Vécu de la montée de lait

IV – Recueil de données

Un premier questionnaire (annexe I) a été réalisé pour recueillir les informations concernant le profil de la patiente, le choix de l'alimentation du nouveau-né, l'information reçue sur la montée de lait, la connaissance et la pratique de la mise au sein précoce. Afin d'effectuer le second questionnaire, l'accord de la patiente pour être recontactée était nécessaire. Un questionnaire téléphonique (annexe II) a été réalisé dans un second temps, entre le 5^{ème} et 7^{ème} jour suivant l'accouchement pour évaluer la douleur de la montée de lait, ses caractéristiques et son vécu.

Après autorisation de la maternité, la première partie du recueil de données a été faite au lit de chaque patiente par l'étudiante ayant réalisé ce travail. Le questionnaire a été lu puis rempli par l'étudiante en fonction des réponses données. Cette façon de procéder a permis une mise en confiance des patientes afin d'obtenir un maximum d'accords pour le recontact téléphonique. La seconde partie du recueil de données a été réalisée par échange téléphonique. Cette démarche a permis un taux de réponse de plus de 80% au second questionnaire.

Les données recueillies étaient anonymes et ont été retranscrites dans un tableau Excel « variable/individu » sur un ordinateur personnel.

L'analyse statistique a été réalisée avec XLSTAT sur Microsoft Excel. Les méthodes comparatives utilisées ont été : le test t de Student pour 2 échantillons indépendants et le test d'indépendance du Khi². Le niveau de signification pour ces deux tests était de 5% soit des résultats significatifs lorsque $p < 0,05$.

Résultats

I – Description de la population étudiée

Sur 97 patientes interrogées, 18 ont été exclues (2 chirurgies mammaires, 4 refus, 12 perdues de vue). La population à l'étude était donc de 79 patientes. Parmi ces 79 patientes, 36 ont réalisé une mise au sein précoce (MASP) soit 45,5% de la population étudiée. Les caractéristiques générales, obstétricales et périnatales de la population sont développées dans les tableaux 1 et 2.

Tableau 1 : Caractéristiques générales de la population

	Population totale n = 79	Population « MASP non faite » n = 43	Population « MASP faite » n = 36	p
Âge (année), m (e.t)	31,3 (5,2)	32,3 (6)	30,1 (4,5)	0,065
Tabagisme, n (%)				0,466
Oui	16 (20,3)	10 (23,3)	6 (16,6)	
Non	63 (79,7)	33 (76,7)	30 (83,3)	
Conditions socio-professionnelles, n (%)				0,060
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	3 (3,8)	3 (7)	0 (0)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	23 (29,1)	12 (27,9)	11 (30,6)	
Employés	38 (48,1)	17 (39,5)	21 (58,3)	
Sans activité	15 (19,9)	11 (25,6)	4 (11,1)	

MASP : mise au sein précoce

m : moyenne

n : effectif

e.t : écart-type

p : taux de significativité

Tableau 2 : Caractéristiques obstétricales / périnatales de la population

	Population totale n = 79	Population « MASP non faite » n = 43	Population « MASP faite » n = 36	p
Parité, m (e.t)	1,7 (0,8)	1,7 (0,9)	1,7 (0,6)	0,836
Parité, n (%)				0,274
Primipare	36 (45,6)	22 (51,2)	14 (38,9)	
Multipare	43 (54,4)	21 (48,8)	22 (61,1)	
Préparation à la naissance et à la parentalité, n (%)				0,854
Oui	43 (54,4)	23 (53,5)	20 (55,6)	
Non	36 (45,6)	20 (46,5)	16 (44,4)	
Durée d'hospitalisation (heure), m (e.t)	73,9 (23,5)	72,2 (13,2)	76 (31,9)	0,485
Information sur la montée de lait en prénatal, n (%)				0,619
Oui	33 (44,3)	18 (41,9)	18 (50)	
Non	44 (55,7)	25 (58,1)	18 (50)	
Information sur la montée de lait en post natal, n (%)				0,034
Suffisante	40 (50,6)	27 (62,8)	13 (36,1)	
Moyennement suffisante	28 (35,4)	13 (30,2)	15 (41,7)	
Pas du tout suffisante	11 (14)	3 (7)	8 (22,2)	

MASP : mise au sein précoce

m : moyenne

n : effectif

e.t : écart-type

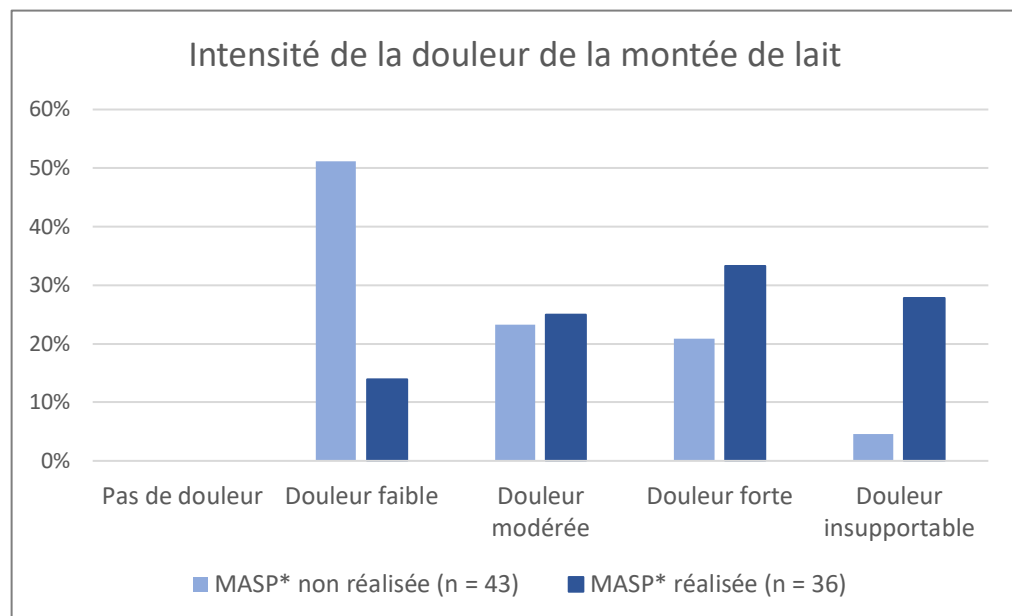
p : taux de significativité

II – Résultat principal

Auto-évaluation de la douleur de la montée de lait :

La douleur médiane de la montée de lait en l'absence de mise au sein précoce (n = 43) était de 3/10 [moyenne = 3,9 ; e.t = 2,17 ; min 1 – max 10] contre 7/10 [moyenne = 6,9 ; e.t = 2,17 ; min 2 – max 10] lorsque la mise au sein précoce a été réalisée (n = 36). Le test t de Student a montré que cette différence est significative (p < 0,0001).

La distribution de l'intensité de la douleur de la montée de lait en fonction de la réalisation ou non de la mise au sein précoce est présentée dans la figure 1.



* MASP : mise au sein précoce

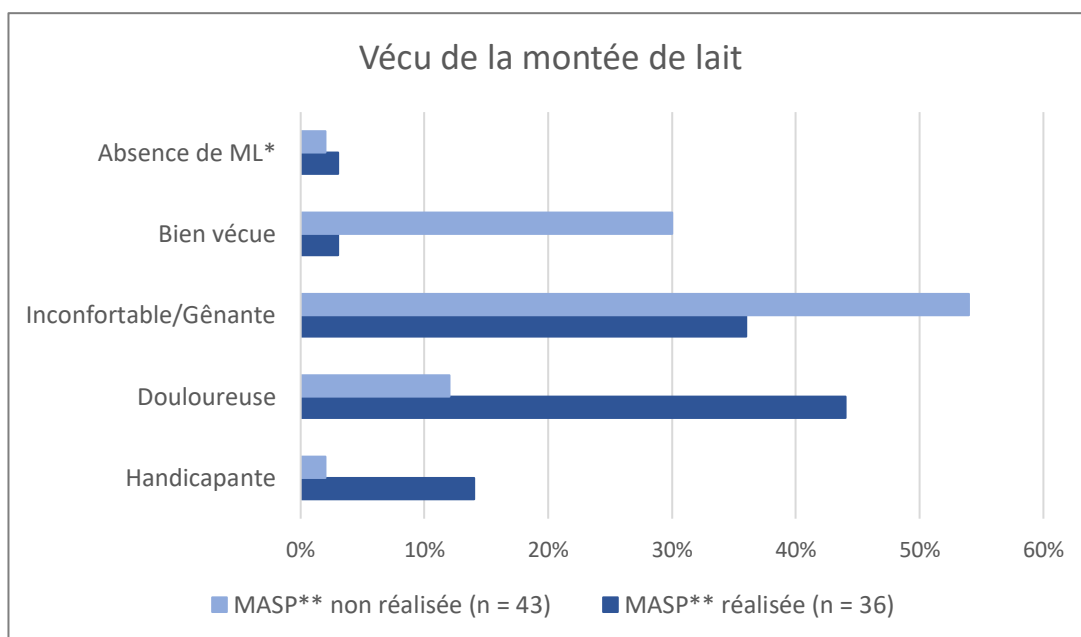
Figure 1 : Distribution de l'intensité de la douleur de la montée de lait en fonction de la réalisation ou non de la mise au sein précoce

D'autres critères de la montée de lait ont été évalués comme la tension mammaire et l'écoulement lacté mais il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Lorsque la mise au sein précoce n'est pas réalisée (n = 43), 23 femmes (53%) ont pris au moins un traitement antalgique (paracétamol et/ou AINS) contre

28 femmes (78%) lorsque la mise au sein précoce est réalisée (n = 36). Selon le test d'indépendance du χ^2 avec la correction de continuité de Yates, il existe un lien entre la pratique de la mise au sein précoce et la prise d'antalgique avec un taux de significativité $p = 0,044$.

Le vécu de la montée de lait est présenté dans la figure 2.



* ML : montée de lait ** MASP : mise au sein précoce

Figure 2 : Vécu de la montée de lait en fonction de la réalisation ou non de la mise au sein précoce

Le vécu de la montée de lait a été étudié puis scoré de la manière suivante :

0 : absence de montée de lait

1 : bien vécue

2 : inconfortable/gênante

3 : douloureuse

4 : handicapante

En l'absence de mise au sein précoce (n = 43), le souvenir médian de la montée de lait est scoré à 2 [moyenne = 1,8 ; e.t = 0,7 ; min 0 – max 4], contre 3 [moyenne = 2,6 ; e.t = 0,8 ; min 0 – max 4] lorsque la mise au sein

précoce a été réalisée (n = 36). Cette différence est significative avec $p < 0,0001$.

III – Résultat secondaire

Parmi les 36 femmes (45,5%) ayant réalisé la mise au sein précoce, 8 d'entre elles (22,2%) se sont vues proposer la mise au sein précoce en salle de naissance par le personnel soignant.

Les origines de la connaissance de la mise au sein précoce sont présentées dans la figure 3. Parmi les 43 femmes n'ayant pas réalisé de mise au sein précoce 12 femmes ne connaissaient pas cette pratique.

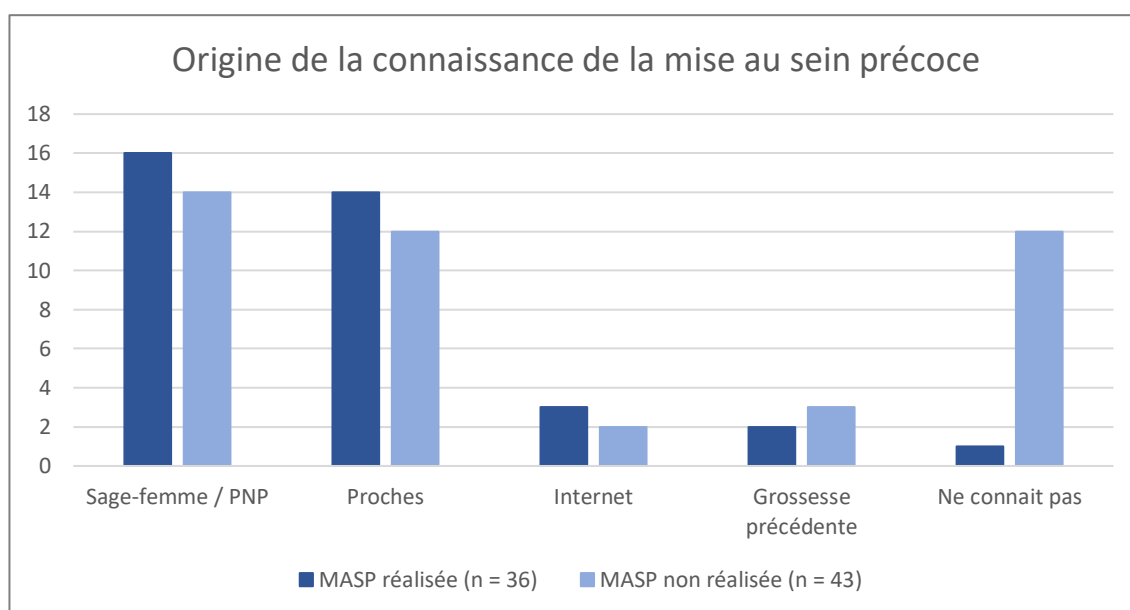


Figure 3 : Origine de la connaissance de la mise au sein précoce en fonction de sa réalisation ou non

Les motivations à la réalisation de la mise au sein précoce ont été regroupées en 4 groupes (la transmission d'éléments nutritifs, l'envie d'essayer, la confirmation d'une sensibilité mammaire, l'action instinctive) et sont exposées dans la figure 4.

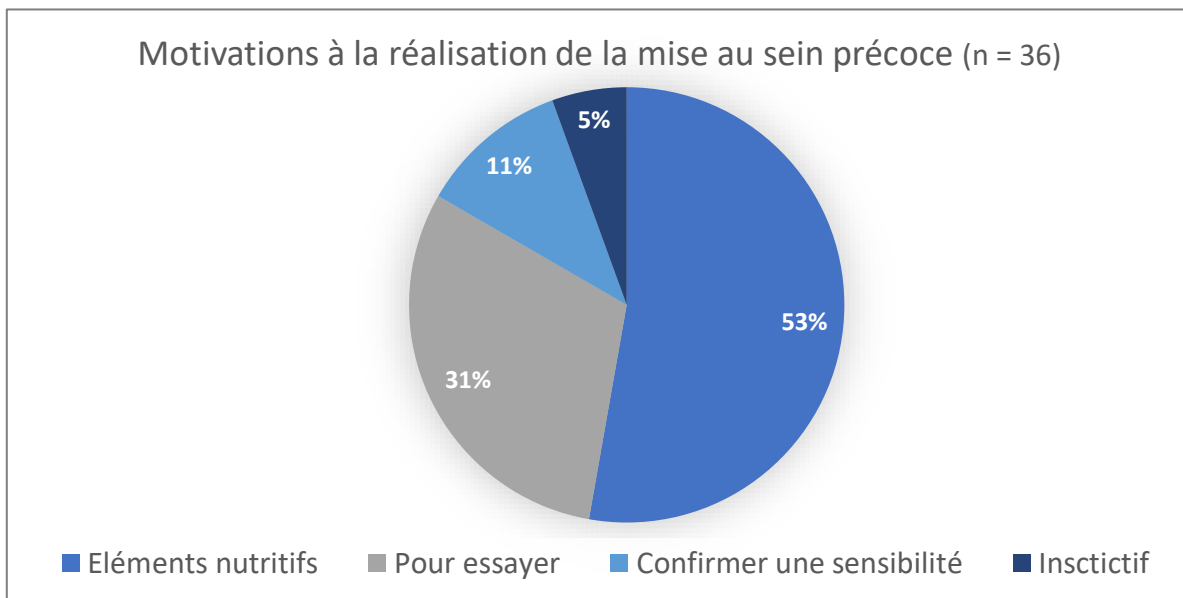


Figure 4 : Répartition des motivations à la réalisation de la mise au sein précoce

Les raisons de la non-réalisation de la mise au sein précoce les plus fréquentes étaient l'absence d'envie (n = 12, 28%) et la non-connaissance de cette mise au sein précoce (n = 10, 23,2%). 3 femmes (7%) ne désiraient pas réaliser la mise au sein précoce pour ne pas stimuler la lactation.

La durée de la mise au sein précoce et l'efficacité de la succion sont deux paramètres qui ont été étudiés ainsi que leur influence sur la douleur de la montée de lait. Il n'existe pas de différence significative entre une mise au sein plus longue et/ou plus efficace sur la douleur de la montée de lait. A titre informatif, la durée médiane était de 15 minutes [moyenne = 23 ; e.t = 24 ; min 5 – max 120], et la succion était évaluée, par les mères elles-mêmes, comme étant active dans 61% des cas (n = 22).

Pour la majorité des femmes, le vécu de la mise au sein précoce est bon voire très bon (72,2%, n = 26). Pour les 10 femmes restantes, cette mise au sein

s'est révélée gênante ou douloureuse et la douleur médiane de la montée de lait a été évaluée à 7/10 [moyenne = 7,9/10 ; e.t = 0,8 ; min 7 – max 9]. Lorsque la mise au sein précoce n'est ni gênante ni douloureuse (n = 26), la douleur médiane de la montée de lait a été évaluée à 5/10 [moyenne = 5,6 ; e.t = 2,2 ; min 2 – max 10]. Selon le test t de Student, cette différence de la douleur de la montée de lait est significative (p = 0,004).

A posteriori, toutes les femmes (100%, n = 36) étaient satisfaites voire très satisfaites d'avoir réalisé cette mise au sein précoce. Une grande majorité (n = 26, 70%) pourraient recommander la pratique de la mise au sein précoce à leur entourage.

Analyse et discussion

I – Analyse

- **Limites et biais**

La validité de l'étude peut être discutée par l'existence de biais, notamment de biais de sélection (12 perdues de vue) et de biais d'information, en effet le vécu de la montée de lait est évalué vers le 7^{ème} jour du post partum alors qu'elle n'est pas forcément encore finie. L'étude menée est de type unicentrique, cela a limité les biais de sélection par une meilleure homogénéité de la population. Il aurait été intéressant de réaliser cette étude sur différents sites avec des populations différentes afin de comparer les résultats. La taille de l'échantillon étudié (n = 79) est relativement faible, cela diminue donc la puissance de l'étude.

De plus, l'étude a été menée dans un établissement se préparant au label « Initiative Hôpital Amis des Bébé », il se peut que cela soit à l'origine de biais notamment dans la proportion des cas de mise au sein précoce.

Enfin, la question concernant la prise de traitement peut porter à confusion, en effet la formulation « avez-vous eu recours à des traitements durant cette période ? » comprend les traitements contre la montée de lait mais également ceux qui ont pu être utilisés afin de soulager d'autres douleurs (sutures, tranchées...). Cela peut être à l'origine de biais d'information.

- **Généralisation de l'étude**

La population étudiée correspond à la situation périnatale française. D'après l'Insee (2021), l'âge moyen des femmes ayant accouché en 2020 était de 30,8 ans et en 2019 l'indicateur conjoncturel de fécondité était à 1,87 enfant par femme (Insee, 2020). La population à l'étude avait des caractéristiques proches de la population nationale avec un âge moyen de 31 ans et environ 1,7 enfant par femme. Cependant, d'une part l'étude unicentrique rend difficile la généralisation des résultats à une population plus large et, d'autre

part la césarienne qui était un critère de non-inclusion, représente 20% des accouchements en France (Inserm et DREES, 2017). Le taux d'accouchements par césarienne à la maternité de l'Hôpital Saint Joseph était de 17%. Il s'agit donc d'une partie de la population non étudiée dans ce travail. Les résultats de l'étude pourraient être étendus à la population de femmes ayant eu une césarienne tout en restant vigilant puisque l'utilisation d'antalgiques et d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est souvent plus importante par rapport à un accouchement par voie basse. De plus, la possibilité de réaliser du peau-à-peau et une mise au sein précoce en salle de césarienne varie énormément selon les maternités.

II – Discussion

La douleur de la montée de lait serait donc plus intense pour les mères ayant réalisé la mise au sein précoce et elles en garderaient un souvenir plus douloureux. L'utilisation de traitement antalgique (paracétamol et anti-inflammatoire non stéroïdien) est également plus importante lorsque la mise au sein précoce a été réalisée. Une mise au sein décrite comme gênante ou douloureuse est plus à risque d'entraîner de forte douleur de la montée de lait. Enfin l'information reçue sur la montée de lait durant le post partum, de la part des sages-femmes, semble être moyennement suffisante à pas du tout suffisante pour les femmes ayant réalisé la mise au sein précoce.

- **La montée de lait est physiologique**

Il est important de rappeler qu'au cours de l'étude, aucune femme n'a déclaré ne pas avoir eu de montée de lait et que cette montée de lait a été à l'origine de douleur, au minima faible, pour toutes les femmes. La montée de lait reste donc un phénomène physiologique qui a lieu et qui peut être à l'origine de douleur chez toutes les mères, peu importe si la mise au sein précoce est pratiquée ou non.

L'ensemble des femmes déclare avoir eu, au moins, une tension mammaire légère et des douleurs faibles liées à la montée de lait. Pour une grande majorité, un écoulement lacté a pu être observé. Cependant 14 femmes (18%) disent ne pas avoir eu de montée de lait lorsqu'elles sont questionnées sur le vécu de cette dernière. Cela porte à confusion et mène à croire qu'une partie des accouchées ne connaissent pas les signes ou symptômes de la montée de lait.

- **Douleur, vécu et traitement de la montée de lait**

L'échelle numérique de la douleur permet une auto-évaluation de l'intensité de la douleur où, selon la HAS (2019) :

- 0/10 équivaut à une absence de douleur
- 1 à 3/10 équivaut à une douleur faible
- 4 et 5/10 équivaut à une douleur modérée
- 6 et 7/10 équivaut à une douleur forte
- 8 à 10/10 équivaut à une douleur insupportable

La pratique de la mise au sein précoce pourrait être à l'origine de douleur forte de la montée de lait (7/10). Pour les mères n'ayant pas réalisé la mise au sein précoce, la douleur médiane de la montée de lait est faible (3/10).

Les résultats concernant la prise d'antalgique et le vécu de la montée de lait découlent naturellement du résultat sur la douleur de la montée de lait. En effet, si une montée de lait est plus douloureuse, la prise d'antalgique sera plus importante et le vécu de cette montée de lait sera forcément moins bon.

- **Information sur la mise au sein précoce et la montée de lait**

Dans la grande majorité, ce n'est pas le personnel soignant qui propose la réalisation de la mise au sein précoce mais ce sont les femmes qui en évoquent le désir. De plus l'étude a montré que la pratique de la mise au sein précoce n'était pas influencée par les cours de préparation à la naissance et à la parentalité. En effet, il n'existe pas de différence de participation aux

cours de préparations à la naissance et à la parentalité entre les deux groupes à l'étude.

La connaissance de la mise au sein précoce est transmise en majorité par les sages-femmes et/ou les cours de préparation ainsi que par les proches de la femme enceinte. Ces résultats montrent qu'il n'y a pas d'incitation, par le personnel en salle de naissance, à la réalisation de cette mise au sein précoce chez les femmes sans désir d'allaiter.

L'information transmise sur la mise au sein précoce n'influence pas la décision des mères quant à sa réalisation. Cependant, cela tend à s'interroger sur la globalité de cette information : sont-elles informées des potentiels bienfaits de la mise au sein précoce, de ses conditions de réalisation et de ses caractéristiques ? Mais aussi sur sa potentielle stimulation de la lactation et notamment l'augmentation de la douleur de la montée de lait. Dans l'étude menée, seulement 3 femmes (7%) n'ont pas réalisé la mise au sein précoce car elles voulaient éviter toute stimulation de la lactation. Cela représente une faible proportion des mères, ce qui mène à penser que l'information d'une mise au sein précoce simulatrice de la lactation n'est que très peu donnée.

Les patientes ayant fait la mise au sein précoce disent avoir reçu une information sur la montée de lait moyennement suffisante à pas du tout suffisante dans plus de 60% des cas. Ces données peuvent montrer que les femmes ne sont pas assez préparées à la montée de lait, ne connaissent pas les symptômes et les moyens possibles pour la limiter ou la soulager. D'un autre point de vue, les femmes qui font la mise au sein précoce ont une montée de lait plus algique et la vivent moins bien. Par conséquent, elles peuvent trouver que l'information donnée n'est pas suffisante ou en inadéquation avec ce qu'elles ressentent.

Il est important de rappeler que la transmission d'informations est un phénomène complexe mettant en jeu un émetteur (personnel soignant) et un receveur (patiente) (Picard, 1992). L'information a pu être donnée par l'émetteur mais non reçue ou non complètement intégrée par le receveur. Il

peut exister aussi un défaut d'information de la part de l'émetteur ou l'utilisation d'un canal de transmission inadéquate.

- **Caractéristiques de la mise au sein précoce**

L'étude n'a pas permis de mettre en avant les éléments de la mise au sein précoce qui pourrait influencer la douleur de la montée de lait. Cependant lorsque cette dernière était décrite comme gênante ou douloureuse, la douleur de la montée de lait était plus importante. Il est important de rappeler que l'ensemble des femmes disent être satisfaites d'avoir réalisé cette mise au sein précoce.

- **Appellations de la mise au sein précoce**

La pratique de la mise au sein précoce est universelle, elle consiste à mettre son nouveau-né au sein dans l'heure qui suit la naissance (OMS, 2018). Cependant cette pratique semble se perdre parmi les nombreuses appellations qui lui sont données, notamment lorsque celle-ci est pratiquée en dehors d'un allaitement maternel. Ces appellations ont pu prendre leur origine dans les raisons pour lesquelles la mise au sein précoce est réalisée ; de nombreuses femmes disent la réaliser pour « essayer », un lien peut se faire avec la nomination de « tétée d'essai ». Les appellations comme « tétée d'accueil » ou « tétée de bienvenue » stigmatisent les femmes qui ne souhaitent pas réaliser la mise au sein précoce car il peut être sous-entendu qu'un nouveau-né qui n'a pas eu de « tétée d'accueil » ou « de bienvenue » est un nouveau-né moins bien accueilli ou bienvenu qu'un autre. Mais la stigmatisation touche également celles qui optent pour la réalisation de cette mise au sein précoce sans poursuivre sur un allaitement maternel. Ces appellations ne devraient plus être utilisées.

- **Données actuelles de la science et perspective des résultats**

Les données actuelles concernant le taux de mise au sein précoce chez les mères non allaitantes sont très peu présentes et celles trouvées sont très

variables : entre 10 et 60% (Durand, 2014) (Mathiot et Branger, 2014). L'étude menée a révélé un taux de réalisation de mise au sein précoce de 45,5%. De plus, aucune recommandation spécifique n'est donnée quant à la réalisation de cette mise au sein en cas de non-allaitement.

Les données concernant la douleur de la montée de lait datent de 1997 où le CNGOF rappelait qu'il peut y avoir jusqu'à 40% de douleurs. Selon Durand P. (2014), environ 48% des femmes ressentent des douleurs liées à la montée de lait au 3^{ème} jour du post partum. Dans la population étudiée, 65% déclarent avoir eu des douleurs modérées à insupportables ($\geq 6/10$) et 35% des douleurs faibles (1 à 3/10). Toutes les femmes ont donc ressenti des douleurs liées à la montée de lait. Cette différence avec les données de la littérature peut être due à la différence d'utilisation des inhibiteurs de la lactation. En effet, en 1997, la montée de lait pouvait être inhibée par des agonistes dopaminergiques. Ces traitements étaient à l'origine de rares complications cardiovasculaires et leurs utilisations ont été limitées depuis plusieurs années. Il est donc possible que la montée de lait soit à l'origine de douleurs pour un plus grand nombre de femmes aujourd'hui car elle est beaucoup moins inhibée comparativement aux dernières décennies.

Cette étude a permis de rendre compte d'un phénomène très répandu mais très peu explicité dans la littérature scientifique. En effet, la mise au sein précoce est beaucoup réalisée chez les femmes qui ont fait le choix de ne pas allaiter. Cependant cette mise au sein stimule l'aire aréolo-mamelonnaire et par conséquent stimule la montée de lait. Le CNGOF rappelait en 1997 que la non-présentation du sein au nouveau-né permet l'inhibition de la lactation en 1 à 2 semaines (Berrebi, 1997). L'étude a montré que la douleur de la montée de lait était plus importante chez les mères ayant fait la mise au sein précoce. Il faudrait donc donner une information plus claire et plus complète sur cette mise au sein précoce stimulatrice de la lactation. Il est notamment nécessaire d'insister sur le caractère plus douloureux afin qu'elles y soient mieux préparées. Il est aussi important de rappeler que la douleur peut être soulagée grâce aux antalgiques. L'information concernant la mise au sein précoce et la montée de lait fait partie intégrante du rôle de la sage-femme.

Aujourd'hui, il existe très peu de communication autour de l'alimentation par préparations pour nourrissons en comparaison à l'allaitement maternel. En effet les patientes ressentent un défaut d'information concernant la montée de lait, que ce soit en pré ou post natal. L'information que les sages-femmes et autres professionnels de santé peuvent donner au cours des suivis de grossesses, des préparations à la naissance, à la parentalité et en post natal, est un point fondamental pour préparer ces femmes à cette montée de lait, à ses symptômes et à ses moyens d'inhibition. Cette information permet aux femmes d'anticiper la venue de la montée de lait, de sa douleur et des antalgiques qu'elles peuvent demander. L'information doit être répétée en post natal et adaptée aux questions et attentes de chaque femme.

Il est également important, pour la sage-femme en service de suites de couches, de connaître qui a réalisé une mise au sein précoce pour anticiper la potentielle nécessité d'antalgique.

III – Conclusion générale

Chez les mères non allaitantes, la mise au sein précoce qui consiste à mettre son nouveau-né au sein durant l'heure qui suit la naissance, entraîne une montée de lait plus douloureuse ($p < 0,0001$). L'étude n'a pas permis de mettre en évidence les caractéristiques de la mise au sein qui pourraient influencer cette douleur, néanmoins une mise au sein précoce décrite comme gênante ou douloureuse par la patiente est à risque d'entraîner une douleur de la montée de lait plus importante ($p = 0,004$).

L'information donnée aux femmes concernant la mise au sein précoce et la montée de lait doit être claire et complète. La notion de mise au sein stimulatrice de la lactation doit être évoquée, ainsi que le caractère douloureux de la montée de lait dont l'intensité peut augmenter lorsque la mise au sein précoce est réalisée.

Un des biais de l'étude était d'évaluer le vécu de la montée de lait alors qu'elle n'était pas terminée. En effet, il est communément admis qu'en l'absence de stimulation, elle se stoppe dans les 15 jours suivant la naissance. Il serait donc intéressant d'étudier l'influence de la mise au sein précoce sur la durée de la montée de lait.

Une seconde perspective de recherche serait d'étudier le taux de changement d'un projet de non-allaitement en anténatal, vers un allaitement maternel grâce à la mise au sein précoce.

Les différentes appellations de la « mise au sein précoce » peuvent prendre leur origine à partir des raisons pour lesquelles elle est réalisée. Elles stigmatisent les mères non allaitantes car le fait de ne pas donner une tétée « de bienvenue » ou « d'accueil » peut sous-entendre que son nouveau-né n'est pas le bienvenu ou moins bien accueilli qu'un autre. Elles sont sources de stigmatisations et rendent difficile la définition de cette pratique.

Bibliographie

BERREBI A., GASSITA L., COHEN M., AYOUBI J.-M., FOURNIÉ A. 1997. « Inhibiteurs de la lactation ». CNGOF, Mise à jour en Gynécologie et Obstétrique – Tome XXI.

DURAND P., 2014. « Évaluation de la montée de lait chez les femmes non allaitantes qui n'ont pas reçu de traitement inhibiteur de la lactation ». Angers : École de sages-femmes René ROUCHY. Mémoire Sage-femme.

GREMMO-FEGER G. 2015. « Anatomie et physiologie de la lactation humaine ». La Lettre du Sénologue n°68.

HAS, 2019. « Liste d'échelles validées pour mesurer la douleur ». Haute Autorité de Santé.

HOUBEDINE L.-M., 2007. « Biologie de la lactation ». Gynécologie obstétrique 5 - 008 - A 30.

INSEE, 2021. « Âge de la mère à l'accouchement ». Données annuelles de 1994 à 2020.

INSEE, 2020. « Tableaux de l'économie française ». Collection Insee Références, Edition 2020, pages 30 et 31.

INSERM ET DREES, 2017. « Enquête nationale périnatale – Rapport 2016 »

KERSUZAN C., GOJARD S., TICHIT C., THIERRY X., WAGNER S., NICKLAUS S., GEAY B., CHARLES M.-A., LIORET S., De LAUZON-GUILLAIN B., 2014. « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête Elfe maternité, France métropolitaine, 2011 ». 7 octobre 2014. Bulletin épidémiologique hebdomadaire n°27, p.440-449.

MATHIOT A., BRANGER B., 2014. « Études des choix de l'alimentation des nouveau-nés en maternité et sevrage précoce ». 7^{ème} journée régionale de l'allaitement maternel – Réseau Sécurité Naissance.

MESCAM J. 2015. « Prise en charge de la montée de lait en cas d'alimentation artificielle du nouveau né : quelle satisfaction des patientes ? ». Brest : École de Sages-femmes, UFR de médecine et science de la santé. Mémoire Sage-femme.

MOORE ER, ANDERSON GC, BERGMAN N. 2007. « Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants». Cochrane Database of Systematic Reviews.

OMS, 2003. « Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ». Genève, 2003.

PEAKER M., WILDE C., 1996. « Feedback control of milk secretion from milk ». Journal of Mammary Gland Biology and Neoplasia, Volume 1, Pages 307 – 315.


PICARD D, 1992. « De la communication à l'interaction : l'évolution des modèles ». Communication et langages, n°93, pp. 69-83.

SENAT M.-V., SENTILHES L., BATTUT A., BENHAMOU D., BYDLOWSKI S., CHANTRYF A., DEFFIEUX X., DIERS F., DORET M., DUCROUX-SCHOUWEY C., FUCHS F., GASCOIN G., LEBOT C., MARCELLIN L., Plu-BUREAU G., RACCAH-TEBEKA B., SIMON E., BRÉART G., MARPEAU L., 2015. « Post partum : recommandations pour la pratique clinique ». Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 44, n°10, p.1157—1166.

UNICEF, OMS, 2018. « Saisir le moment – La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né ». Juillet 2018.

Annexes

Annexe I : Questionnaire à la maternité

N° :			Faculté des sciences médicales et paramédicales Aix-Marseille Université
Date et heure de l'accouchement :			
Date de sortie :			

1. Quel est votre âge ?
2. Vous êtes ?
 - Agricultrice
 - Artisan, commerçante, cheffe d'entreprise
 - Sans profession
 - Cadre et profession intellectuelle supérieure
 - Employée
 - Étudiante
 - Ouvrière
 - Profession intermédiaire
 - Autres : ...
3. Avez-vous eu un suivi avec une sage-femme libérale ?
 - Oui
 - Non
4. Avez-vous pu suivre des cours de préparation à la naissance et à la parentalité ?
 - Oui
 - Non
5. Comment avez-vous accouché ?
 - Voie basse
 - Césarienne
6. Combien d'enfant avez-vous (cette naissance y compris) :
 - 1 enfant
 - 2 enfants
 - 3 enfants
 - 4 enfants et plus
7. a. Si vous avez plus de 2 enfants, quelle était l'alimentation de votre/vos enfant/s à la naissance ? (AA, AM, MASP faite ?)
 - 1^{er} :
 - 2^{ème} :
 - 3^{ème} :

b. Si un de vos enfants a été nourrit par lait artificiel dès la naissance, quel souvenir gardez-vous de la montée de lait ?

 - Pas de montée de lait
 - Gênante
 - Douloureuse
 - Pas de désagrément
8. Fumez-vous ?
 - Oui
 - Non
9. Avez-vous été allaitée à la naissance ?
 - Oui
 - Non
 - Je ne sais
10. L'alimentation de votre enfant au biberon est un choix :
 - Personnel
 - Du couple
 - De votre conjoint/e
 - Préoccupation esthétique
 - Tabagisme
 - Médical : précisez ...
 - Autres : précisez ...
11. Ce choix s'est fait :
 - Avant la grossesse
 - Pendant la grossesse
 - Au moment de l'accouchement

N° :

12. a. Connaissez-vous la tétée précoce dite « d'accueil » ou « de bienvenue » ?
 Oui
 Non
- b. Si oui, qui vous en a parlé ?
 SFL / PNP
 Sage-femme en salle de naissance
 Amies / Famille
 Livre
 Internet
13. a. Avez-vous réalisé la tétée d'accueil ou de bienvenue en salle de naissance ?
 Oui
→ Quelles étaient vos motivations ?
 Non
→ Pourquoi ?
- b. Si oui, comment décriez-vous cette tétée ?
 Durée :
 Succion :
 Vécu :
 Comment évalueriez-vous cette tétée :
0 agréable _____ 5 _____ 10 désagréable
- c. Si oui, êtes-vous satisfaite de la tétée que vous avez réalisée ?
 Pas du tout satisfaite
 Insatisfaite
 Satisfaite
 Très satisfaite
14. La tétée d'accueil vous a-t-elle été proposée par le personnel soignant en salle de naissance ?
 Oui
 Non
15. Avez-vous fait du peau-à-peau en salle de naissance ?
 Oui
 Non (→ Pourquoi ?)
16. a. Avez-vous reçu des informations sur la montée de lait durant votre grossesse ?
 Oui
 Non
- b. Si oui, l'information vous a été donné majoritairement par :
 La famille / amis
 Internet
 Livre
 Le personnel soignant
 Autres : ...
- c. Trouvez-vous que l'information reçue sur la montée de lait est suffisante ?
 Pas du tout suffisante
 Moyennement suffisante
 Suffisante
 Très suffisante
17. Quelles techniques non médicamenteuses connaissez-vous pour limiter la montée de lait ?
(cochez une ou plusieurs cases)
 Aucune méthode
 Bandage serré de la poitrine
 Maintien par soutien-gorge adapté
 Applications de packs glacés
 Applications de compresses chaudes
 Massage, vidange de la poitrine
 Restriction Hydrique
 Acupuncture
 Homéopathie
 Autres :

Acceptez-vous que je vous recontacte dans la semaine après votre sortie de la maternité ?

- Oui
 Non

N° de téléphone :

Annexe II : Questionnaire téléphonique

N° :

Questionnaire téléphonique

1. Date de sortie de la maternité :
 2. Votre poitrine a-t-elle été tendue ?
 - Non tendue
 - Légèrement tendue
 - Tendue
 - Très tendue
 3. Comment évalueriez-vous la douleur de votre montée de lait sur une échelle de 0 à 10 ?
0 = absence de douleur _____ 5 _____ 10 = douleur insupportable
 4. Avez-vous eu un écoulement de liquide par les mamelons ?
 - Oui
 - Non
 5. Avez-vous pris des médicaments durant cette période ? *(cochez une ou plusieurs cases)*
 - Non, aucun médicament
 - Oui un anti-inflammatoire (ibuprofène)
 - Oui du paracétamol (doliprane)
 - Oui un inhibiteur de la lactation (dostinex)
 6. Depuis votre sortie de la maternité, avez-vous consulté pour une complication mammaire ?
 - Oui : précisez _____
 - Non
 7. Durant votre séjour à la maternité, comment décrieriez-vous l'information reçue sur la montée de lait ?
 - Pas du tout suffisante
 - Moyennement suffisante
 - Suffisante
 - Sans avis
 8. Si vous avez ressentie une montée de lait, quel souvenir en gardez-vous ? *(cochez une ou plusieurs cases)*
 - Bien vécu
 - Mal vécu
 - Gênante
 - Inconfortable
 - Douloureuse
 - Handicapant au quotidien
 - Autre
- Si la mise au sein précoce a été faite en salle de naissance :
9. A posteriori, comment avez-vous vécu la tétée réalisée en salle de naissance ?
.....
 10. Conseillerez-vous cette tétée à vos amies, à vos proches ?
 - Oui
 - Non

Résumé – Abstract

Introduction : La mise au sein précoce consiste à présenter le sein au nouveau-né dans l'heure qui suit la naissance. Elle permet une bonne mise en place de l'allaitement maternel mais depuis quelques années cette pratique est aussi largement répandue chez les mères non allaitantes et souvent connue sous le nom de « tétée d'accueil/de bienvenue ». La montée de lait est hormono-dépendante et son intensité augmente avec la stimulation de l'aire aréolo-mamelonnaire. Il est communément admis qu'en l'absence de stimulation des mamelons, la lactation s'inhibe en quelques semaines. **Objectifs** : Evaluer la douleur de la montée de lait et son vécu chez les mères non allaitantes ayant réalisé une mise au sein précoce. Étudier les caractéristiques de la mise au sein précoce. **Méthodes** : étude prospective, descriptive et comparative, entre des mères non allaitantes et des mères non allaitantes ayant fait une mise au sein précoce. Étude menée à la maternité de l'Hôpital Saint Joseph à Marseille. **Résultats** : La douleur de la montée de lait était significativement plus intense pour les femmes ayant réalisé la mise au sein précoce, le vécu était également plus douloureux et l'utilisation d'antalgique plus importante. Une mise au sein précoce décrite comme gênante ou douloureuse est plus à risque d'entraîner une montée de lait douloureuse. **Conclusion** : malgré une douleur de la montée de lait ressentie plus forte, les femmes étaient toutes satisfaites d'avoir pu réaliser cette mise au sein précoce. **Mots-clés** : mise au sein précoce, non-allaitement, alimentation artificielle, montée de lait.

Introduction: Early initiation of breastfeeding involves presenting the breast to the newborn within an hour of birth. It allows a good initiation of breastfeeding but in recent years this practice has also been widely used among no-breastfeeding mothers. The rise of milk is hormone-dependent, and its intensity increases with stimulation of the areolo-nipple area. It is commonly believed that in the absence of nipple stimulation, the lactation is inhibited within a few weeks. **Objectives**: To evaluate the pain of the rise of milk and its experience in no-breastfeeding mothers who have had early initiation of breastfeeding. To study the characteristics of early initiation of breastfeeding. **Methods**: prospective, descriptive, and comparative study, between no-breastfeeding mothers and no-breastfeeding mothers with early initiation of breastfeeding. Study conducted at the maternity ward of Saint Joseph Hospital in Marseille. **Results**: The pain of milk rising was significantly more intense for women who had a breastfeeding early initiation, the experience was also more painful and the use of analgesics more important. An early initiation of breastfeeding that is described as embarrassing or painful is more likely to cause painful milk rising. **Conclusion**: Despite a stronger pain of the milk rise, the women were all satisfied to have been able to carry out this early initiation of breastfeeding. **Keywords**: early initiation of breastfeeding, no-breastfeeding, artificial feeding, rise of milk.