

Le traitement des mamelons douloureux chez les femmes allaitantes dans un service de post-partum

Autor(en): **Avignon, Valérie**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch**

Band (Jahr): **116 (2018)**

Heft 6

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-949511>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Le traitement des mamelons douloureux chez les femmes allaitantes dans un service de post-partum

Les douleurs au mamelon constituent un trouble qui peut influencer la durée de l'allaitement, mais les traitements sont le plus souvent empiriques. Valérie Avignon, sage-femme et chargée de projet au CHUV, a interrogé la littérature pour trouver les solutions les plus adaptées à proposer sur le terrain.

Valérie Avignon

Le lait maternel représente la nutrition optimale pour un enfant (Ip et al., 2017; Turck et al., 2013) et est recommandé pendant les six premiers mois (Dennis et al., 2014). Cependant, la douleur au mamelon se rencontre dans 11% à 96% des cas au début de la lactation (Marrazzu et al., 2015) et peut affecter l'allaitement maternel et les taux de durée d'allaitement maternel exclusif (Dennis et al., 2014). Des traitements multiples sont utilisés par les femmes allaitantes de manière souvent empirique selon les préférences des soignants et des mères (lanoline, lanoline et plantes, thé de fenouil, argile verte, coque en argent...). Il semble donc important de rechercher dans la littérature les traitements éprouvés scientifiquement et de les mettre en place dans les unités pour favoriser l'allaitement maternel. Deux revues de la littérature récentes ont été faites sur ce sujet:

La revue Cochrane (Dennis et al., 2014, p. 2) conclut que: «Ne rien mettre ou appliquer seulement du lait maternel exprimé peut être tout aussi voire plus bénéfique dans l'expérience à court terme de la douleur du mamelon que l'application d'une pommade telle que la pommade à la lanoline».

La revue du Johanna Briggs Institute (JBI, 2009) propose, en plus du lait maternel, l'utilisation de compresses chaudes. Cependant, la revue Cochrane (Dennis et al., 2014) conclut quant à elle à l'inefficacité de cette technique. La revue JBI (2009) conclue également à l'importance de la prévention prénatale sur le bon positionnement de l'enfant lors de la mise au sein, ainsi qu'une éducation postnatale précoce pour réduire la douleur

du mamelon. La suite de cet article va décrire comment vont être transférées ces connaissances dans la pratique et les difficultés rencontrées sur le parcours.

Modèle de transfert de connaissance

Ce travail a été réalisé dans le contexte d'une formation en Leadership Clinique du JBI. Le modèle de transfert de connaissance sera donc celui du JBI.

Ce modèle consiste à:

1. Etablir une équipe pour le projet et entreprendre un audit de base établi sur des critères probants;
2. Réfléchir aux résultats de l'audit de base, concevoir et mettre en œuvre des stratégies pour améliorer les résultats de l'audit de base, conformément au cadre GRIP (*Getting Research into Practice*) du JBI;
3. Réaliser un audit de suivi pour évaluer les résultats des interventions mises en œuvre afin d'améliorer la pratique et identifier les problèmes de pratique futurs qui seront traités lors des audits ultérieurs.

Des analyses complémentaires ont été effectuées avec IBM® SPSS® Statistics 23.

Evaluation initiale

Un questionnaire à destination des mères a été créé pour cette évaluation. Il reprenait une série de questions pour évaluer trois critères importants validés par le JBI.

1. La patiente reçoit-elle une information adéquate dans les 48 heures? Evaluer si les règles de positionnement sont correctement expliquées*, si le changement de position d'allaitement est conseillé, si l'usage du colostrum est recommandé et ceci dans les premières 48 heures. On est dans le dire.
2. La patiente reçoit-elle un soutien adéquat pendant le séjour? Evaluer si les soignants ont montré les règles de positionnement, ont observé une tétée, ont montré une position d'allaitement différente, ont montré comment mettre le colostrum ou le lait maternel durant le séjour. On est dans le faire.
3. La patiente reçoit-elle une prise en charge adéquate si elle ressent de la douleur (Echelle Visuelle Analogique (EVA)>3)? En cas de douleur supérieure à trois et jugée intolérable par la mère, une téterelle ou un tire-lait doit être proposé sans adjonction de produit. On est dans l'agir.

* «Règles d'or»

- La tête, l'épaule et la hanche du bébé sont alignées
- Le ventre du bébé est tourné contre le ventre de la mère
- La tête de bébé est en légère extension, nez dégagé, menton contre poitrine
- Les lèvres du bébé sont retroussées

Allaitement: douleurs au mamelon /traumatismes

Critère

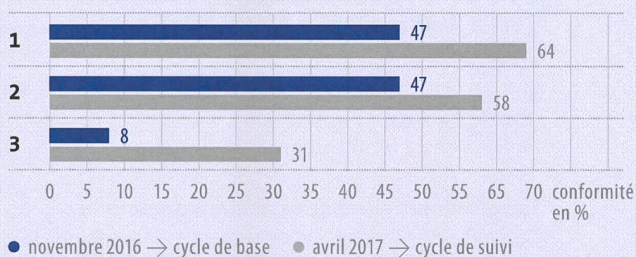


Fig. 1

Conformité aux critères de vérification des meilleures pratiques dans la vérification de suivi par rapport à la vérification de base (%)

1. Les parents ont reçu une formation concernant le positionnement correct de l'allaitement et la prévention de la douleur et des traumatismes du mamelon (55 des 55 échantillons prélevés).
2. L'évaluation de l'allaitement maternel (positionnement et fixation corrects) est effectuée par la sage-femme à chaque quart, si nécessaire (55 des 55 échantillons prélevés).
3. Si une femme a ressenti une douleur au mamelon, la sage-femme a proposé des options de gestion et un soutien à la femme.

Pourcentage de femmes ayant des mamelons douloureux (EVA>3) selon le jour du séjour

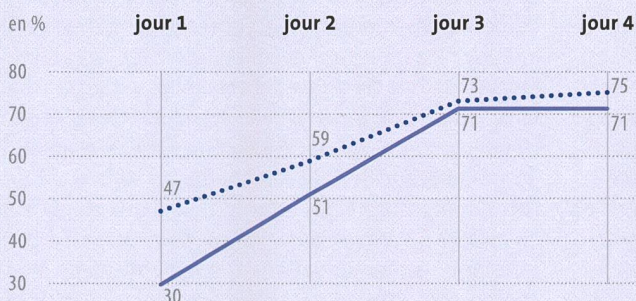


Fig. 2

Pourcentage de femmes ayant des mamelons douloureux (EVA>3) selon le jour du séjour dans l'audit de suivi par rapport à l'audit de base

- % EVA>3 ligne de base
- % EVA>3 suivi

Une évaluation de la douleur: évaluer à l'aide d'une EVA, à chaque tétée, c'est la douleur médiane qui est prise en compte.

Le questionnaire a obtenu la validation de la Commission d'évaluation du CHUV.

L'évaluation initiale a permis de mettre en évidence un taux de 47% de compliance aux critères un et deux et de 8% au critère trois. Concernant la douleur, le taux de patientes avec une EVA>3 varie de 47% au premier jour à 75% au quatrième jour. 41% des femmes sont sorties sans savoir exprimer le colostrum alors que 82% ont reçu une crème dès le premier jour. L'échantillon est petit (n=17) ce qui rend l'interprétation difficile.

Implantation

Un groupe de travail a été constitué pour favoriser l'implantation des nouvelles stratégies: amélioration de la prévention, utilisation du colostrum ou lait maternel seul pour le traitement de la douleur, prise en charge de la douleur.

Constitué de profils très différents, favorable ou non aux changements, ce groupe de travail a permis de mettre en évidence les difficultés et freins au changement et d'y adjoindre des solutions:

- La peur du changement: accompagner le changement avec la présence d'experts sur le terrain (consultantes en lactation, chargés de projet), planifier le changement pour limiter le nombre de changements en même temps;

- Le doute face à l'*Evidence Based Medicine* (EBM): donner des exemples où l'EBM est déjà en place, rappeler que le changement sera soumis à évaluation;
- Le manque de connaissances: fournir les informations nécessaires lors de l'information avant le déploiement, s'appuyer sur les consultantes en lactation;
- Le manque de temps: le temps actuellement utilisé en curatif (pertes de poids >10%, mamelons trop douloureux au troisième jour) sera utilisé en prévention au premier jour. Il s'agit d'un transfert de temps.
- Le changement vu comme une économie: à aborder en fonction de l'équipe. Le but n'est pas d'économiser mais d'avoir un traitement efficace.
- Et si la mère n'a pas de colostrum? Références à deux pays n'utilisant pas d'autres traitements que le lait maternel avec des taux d'allaitement comparables à la Suisse (Dratva et al., 2014): Canada (Gouvernement du Canada SC, 2013) et Danemark (Base de données sur la famille de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2009).
- La non compliance aux changements: après accord des infirmiers chefs d'unité de soins, suppression des produits en stock et des lignes de commandes en pharmacie.

Un colloque de service a été programmé pour présenter le projet et les résultats de l'audit initial. La réaction des équipes était plutôt positive, bien qu'ayant fait remarquer le peu de validité de l'audit de base.

Auteure



Valérie Avignon, sage-femme MSc et chargée de projet, maternité, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), Lausanne.

Suivi de l'implantation

L'audit de suivi a permis de mettre en évidence une amélioration pour les trois critères (voir fig. 1, page 9). La douleur quant à elle n'a pas été augmentée ni en fréquence (voir fig. 2, page 9) ni en intensité. La compliance au retrait des produits est bonne (91,3%). Il s'agit de deux patientes qui ont reçu un conseil de produit de la part d'un soignant. Cependant, il n'y a pas d'augmentation significative dans la compliance à la recommandation de montrer à la mère comment exprimer et utiliser le colostrum même si seulement 28,5% des femmes sont sorties sans savoir exprimer le colostrum contre 41% en pré-implantation. La petite taille des échantillons (n=55 en suivi) ne permet pas de trouver des différences significatives.

Principale limite

L'objectif de ce projet était de mettre en place des soins fondés sur des données probantes concernant le traitement de la douleur au mamelon. Des lignes directrices montrent que la prévention et l'utilisation du colostrum/lait maternel à la place des produits donnent le meilleur résultat. Cette mise en œuvre a donc consisté à éliminer les produits des unités tout en améliorant l'information et le soutien offert aux mères allaitantes.

La principale limite de ce travail est un faible taux de réponse, plus faible que lors d'une précédente enquête dans l'unité (27%). La conformité des soignants avec cette étude pourrait être en jeu puisque la culture de recherche n'est pas très développée dans les unités. Donner et expliquer un questionnaire représente une charge de travail supplémentaire qui n'est pas nécessairement considérée comme utile ou perçue comme une évaluation de leur performance individuelle.

Mais, plus probablement, il peut être lié, comme l'ont dit certaines mères, à la difficulté de réfléchir à ce questionnaire pendant le séjour tout en se concentrant sur l'allaitement maternel et les soins du bébé. En effet, les mères sont un partenaire qui n'a pas été pris en compte dans l'analyse des difficultés et freins à la mise en place du projet. Cela aurait pu permettre d'interroger la faisabilité du questionnaire et de le concevoir éventuellement dans une version plus simple et plus courte.

On peut se demander si ce résultat sur un si petit échantillon est représentatif. Cependant, Henderson et al. (2001), dans un essai contrôlé randomisé australien sur l'impact d'un soutien personnalisé pour le positionnement correct du bébé pendant l'allaitement, trouve un résultat similaire sur le taux de mamelons douloureux dans son groupe témoin (aucune intervention, aucune utilisation décrite de crème sur les mamelons) avec un échantillon légèrement plus grand (n=79).

Taux toujours élevé de mamelons douloureux

Concernant la prise en charge des mamelons douloureux, le questionnaire a évalué l'utilisation par les mères de tétérilles ou de tire-laits et non pas si cela leur avait été proposé. Dans une évaluation à venir, ceci devrait être pris en compte pour déterminer si le manque de prise en charge de la douleur (critère trois) est lié au non-respect des soignants ou au refus des mères d'utiliser des tétérilles ou des tire-laits.

Le principal résultat de cet audit est que le retrait des produits n'augmente pas le pourcentage de mamelons douloureux ni la douleur moyenne journalière. Cela confirme les conclusions des études. Cependant, le taux de mamelons douloureux reste élevé le premier jour par rapport à Henderson et al. (2001) (30% contre 8%). Cela peut être dû à un défaut de prise en charge en salle d'accouchement (non incluse dans ce projet) ou à un retard de prise en charge à l'arrivée dans l'unité postnatale. La conformité aux recommandations a augmenté dans les trois critères sans atteindre les objectifs prévus (80%). Cependant, chaque paramètre de chaque critère a été amélioré à l'exception d'un: l'information sur les «règles d'or»: Cependant, ces règles ont été montrées plus fréquemment par les soignants. Le commentaire d'une mère a permis de mettre en évidence un manque de communication adéquate autour du retrait des produits. C'est un point à revoir avec l'équipe dans une prochaine étape. Un soutien plus fort des soignants est également à prévoir pour qu'ils n'aient plus l'impression de ne «rien faire» en ne proposant plus de crème. Ce sentiment d'impuissance est en lien avec le syndrome du Zorro, comme le décrit Vigneras (2014). Cette impression de sauver la patiente de la douleur en lui donnant une crème (un traitement) est fort chez certains soignants, le lait maternel ou le colostrum n'étant pas encore vu comme un traitement car il est produit par la mère et non donné par les soignants. Cet état d'esprit devra être travaillé pour limiter le sentiment de frustration des soignants.

Améliorations et future évaluation

Ce projet a permis d'améliorer le traitement des mamelons douloureux en se basant sur des données probantes. Tous les paramètres ont été améliorés tandis que la douleur reste stable malgré le retrait des produits. Une autre évaluation semble nécessaire plus tard pour consolider et améliorer ces résultats en tenant compte des difficultés rencontrées tant aux niveaux des patientes que des soignants.

Retrouvez toutes les références de cet article sur notre site www.sage-femme.ch

Proposées par Christelle Kaech, assistante HES à la Haute école de Santé Vaud, Lausanne

Organisation mondiale de la santé (OMS) (2006)

Bridging the «Know-Do gap». Meeting on knowledge translation in global health

OMS, Genève. www.measureevaluation.org

L'OMS considère que l'écart entre les connaissances scientifiques et la pratique clinique est un problème à surmonter pour améliorer les soins de santé. Lors d'une réunion à ce sujet en 2005, les principales barrières au transfert de savoirs vers la pratique ont été désignées: notamment un manque de communication entre chercheurs et professionnels de santé, ainsi que des enjeux politiques et financiers. Parmi les éléments facilitateurs, on relève la formation et le dialogue, ainsi que le rôle clef des *guidelines* issus de la recherche pour informer les politiques de santé.

L'OMS recommande de poursuivre la recherche sur l'amélioration des méthodes de synthèse et d'échange de la littérature et de développer des stratégies d'évaluation du transfert de savoirs en pratique.

Nilsen, P. (2015)

Making sense of implementation theories, models and frameworks

«Implementation science», 10(53), 1-13. doi:10.1186/s13012-015-0242-0

Il n'y a que peu de consensus autour des diverses théories et modèles de transfert des savoirs scientifiques vers la pratique et de leur organisation. Dans cet article, l'auteur propose une façon de classer les modèles en catégories, afin de faciliter la sélection d'une approche adéquate et favorise la compréhension des similarités et différences entre les diverses approches.

L'auteur souligne et décrit de manière abordable trois des buts principaux de ces théories: décrire et guider le transfert de savoirs, comprendre les facteurs qui influencent le transfert vers la pratique et enfin évaluer les conséquences concrètes de ces transferts sur les soins de santé. Cet article donne un bon aperçu de la complexité et de la diversité des approches théoriques existantes autour du transfert de savoirs vers la pratique.

Kennedy, H. P. et al. (2012)

«The midwifery two-step»: A study on evidence-based midwifery practice

«Journal of midwifery & women's health», 57, 454-460. doi: 10.1111/j.1542-2011.2012.00174.x

Cette étude qualitative américaine vise à comprendre le rapport des sages-femmes à la pratique fondée sur les preuves scientifiques.

Cet article, dont la généralisabilité est limitée par la petite taille de l'échantillon et sa restriction à une communauté de sages-femmes, est néanmoins intéressant. Il souligne des barrières auxquelles les sages-femmes peuvent être confrontées lors du processus de transfert de savoirs scientifiques vers la pratique, telles que l'influence de personnes d'autorité, l'aspect financier ainsi

que les ressources disponibles. Les stratégies citées par les sages-femmes pour surmonter ces barrières étaient par exemple: pratiquer selon leurs convictions de manière discrète ou choisir leurs priorités afin de cibler leur énergie. A la lecture de cet article, l'utilité d'un réseau interprofessionnel de chercheurs et sages-femmes de terrain prend tout son sens.

Henshall, C. et al. (2018)

Improving the quality and content of midwives' discussions with low-risk women about their options for place of birth: co-production and evaluation of an intervention package

«Midwifery», 59, 118-126. doi: 10.1016/j.midw.2018.01.016

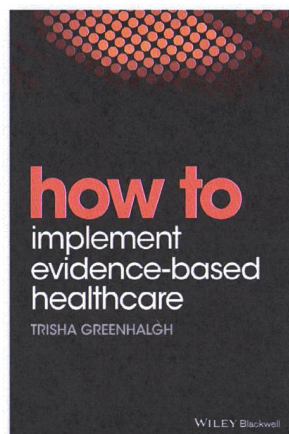
Cette étude menée au Royaume-Uni est un bon exemple de transfert de savoirs dans la pratique sage-femme. Elle décrit trois étapes du processus: le développement, l'implémentation et l'évaluation d'outils visant à améliorer la qualité des discussions entre sages-femmes et femmes à bas risque autour du choix de lieu de naissance.

Un point intéressant ressort de cette étude: l'implication des sages-femmes au niveau de la recherche et du développement des outils de travail favorise l'environnement d'apprentissage et facilite concrètement les changements de pratique.

Greenhalgh, T. (2018)

How to implement evidence-based healthcare

Oxford, UK: Wiley Blackwell



Pour toutes celles et ceux qui souhaiteraient aller plus loin, cet ouvrage très complet explore de manière pointue la question du processus actif de transfert des savoirs scientifiques vers la pratique ainsi que les divers composants et éléments importants dont il faut tenir compte dans cette démarche.