

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 21 octobre 2019 à Poitiers  
par **Madame Maud DURÉCU**

Freins à l'allaitement maternel chez les mères  
de grands prématurés qui souhaitent allaiter :  
Enquête prospective qualitative

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT

**Membres** : Monsieur le Professeur Denis ORIOT  
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL  
Madame le Docteur Charlotte LUCAS

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Denis ORIOT



# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2019

### **THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE  
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 21 octobre 2019 à Poitiers  
par **Madame Maud DURÉCU**

Freins à l'allaitement maternel chez les mères  
de grands prématurés qui souhaitent allaiter :  
Enquête prospective qualitative

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT

**Membres** : Monsieur le Professeur Denis ORIOT  
Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL  
Madame le Docteur Charlotte LUCAS

**Directeur de thèse** : Monsieur le Professeur Denis ORIOT

*Le Doyen,*

Année universitaire 2018 - 2019

**LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE**
**Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie (**retraite 09/2019**)
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale (**retraite 09/2019**)
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie

- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie (**retraite 09/2019**)
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation (**en mission 1 an**)
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie (**en mission 1 an**)
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PALAZZO Paola, neurologie (**pas avant janvier 2019**)
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

**Professeur des universités de médecine générale**

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

### **Professeurs associés de médecine générale**

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

### **Maîtres de Conférences associés de médecine générale**

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- VICTOR-CHAPLET Valérie

### **Enseignants d'Anglais**

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- GAY Julie, professeur agrégé

### **Professeurs émérites**

- DORE Bertrand, urologie (08/2020)
- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2020)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2020)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

### **Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Frédéric MILLOT,**

Je vous remercie de me faire l'honneur d'accepter de présider ce jury. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance pour l'intérêt que vous portez à ce travail.

### **A Monsieur le Professeur Denis ORIOT,**

Je vous remercie de m'avoir permis de réaliser ce projet. Merci pour votre aide, vos précieux conseils, votre soutien et votre disponibilité tout au long de la réalisation de ce travail.

### **A Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL,**

Je vous remercie de me faire l'honneur de bien vouloir juger ce travail. Merci de l'intérêt que vous portez à cette recherche.

### **A Madame le Docteur Charlotte LUCAS,**

Je te remercie d'être présente aujourd'hui pour juger ce travail. Merci pour tes précieux conseils et pour les heures passées à lire et annoter les entretiens... C'est avec grand plaisir de te voir ici, toi qui me suit depuis mon premier stage d'internat à Niort.

Je tiens à remercier également le personnel du service de néonatalogie du CHU pour leur aide précieuse et leur soutien.

Un merci tout particulier aux mamans qui ont accepté de participer à cette étude et de me raconter leurs aventures de mamans...

A ma famille, merci pour tout le soutien que vous m'avez porté depuis le début de ces études.

A ma belle-famille, pour toutes les attentions que vous m'avez témoignées ces dernières années.

A mes amis d'enfance, Elsa, Lucile, Margaux, Marjolaine, vous m'avez vu grandir, pleurer, rire... Je ne serais pas la même sans vous. Elsa, pour ta joie le jour des résultats de l'ECN. Lulu, pour toutes les heures de pauses à l'arrêt de bus en P1. Marjolaine, pour ton rire, pour nos séances potins à la piscine du lundi soir. Et Margaux, j'ai une pensée pour nos allers-retours à vélo à la fac en P1, pour ces années de complicité, pour les bons mais aussi les mauvais moments, et pour toutes ces soirées à Nancy...

A mes amies d'externat, Laura, Cyrielle, qu'aurais-je fait sans vous ! Laura, je repense à nos pauses dej' le samedi midi en Vieille Ville à Nancy et aux verres de 'boubou' aux restos du samedi soir en D4... Cyrielle, à notre rencontre dans la file d'attente du WEI, à tes arrivées magistrales à la BU « le matin à 16h » et aux chutes les soirs de post-exams...

A mes amies d'internat, Sophie, ma licorne brasseuse d'air préférée, Audrey, Olympe, Quitterie et Déborah, vous m'avez portée jusqu'ici grâce à nos fous rires, nos débats, vos attentions ! Je suis heureuse de notre amitié qui dépasse aujourd'hui largement les murs de l'hôpital !

Et à tous ceux dont j'ai croisé la route durant ces dix années d'études, à Nancy, Poitiers, Niort, La Rochelle ou Saintes, merci pour vos rires, vos moments de joies partagées qui m'ont menée jusqu'ici !

A mes grands-parents, Mémé, Mamie, Pépé, elle est pour vous cette thèse. J'aurais aimé que vous soyez à mes côtés pour célébrer la fin de ces longues études.

Et à toi, Papi, très heureuse de te présenter cette thèse. Ta bonne humeur raisonne en moi.

A ma sœur et à mon frère, pour votre soutien depuis le début de ces dix années d'études... pour avoir enduré les heures de récitation de mes cours de P1, pour m'avoir entendu râler (si peu), et pour notre complicité d'aujourd'hui. Merci.

A mes parents, que dire à part un ENORME MERCI, pour votre soutien inébranlable, vos encouragements, votre présence sans faille depuis toutes ces années. Si je ne devais avoir qu'une pensée, Papa, pour tes bras réconfortants lors de l'ECN, Maman, pour toutes tes attentions pendant l'externat.

Enfin, à Maxime, un énorme merci, merci pour ta présence, ton épaule, les heures que tu passes à m'écouter chaque jour, tes rires, les attentions que tu me portes tous les jours. Merci d'être toi et d'être là.

## TABLE DES MATIERES

ABREVIATIONS .....	11
INTRODUCTION.....	12
METHODES.....	14
1- Etude.....	14
2- Objectifs.....	14
3- Population.....	14
4- Intervention.....	15
5- Outils de mesure et critères de jugement.....	17
6- Schéma général de l'étude.....	17
RESULTATS .....	19
1- Population.....	19
2- Analyse en double aveugle.....	19
3- Caractéristiques des mères interrogées .....	19
4- Résultats concernant l'objectif principal .....	20
a- Le défaut d'informations avant la naissance sur l'allaitement maternel .....	20
b- Le manque d'informations reçues pendant l'hospitalisation des nouveau-nés.....	21
c- Un lien mère-enfant difficile à établir .....	22
d- D'autres facteurs inhibiteurs pouvaient être relevés. ....	24
5- Résultats concernant les critères de jugement secondaires .....	24
a- Un environnement familial et culturel soutenant .....	24
b- Le soutien des équipes hospitalières .....	25
c- Typologie : décision du fait de la prématurité, vécu .....	25
d- Rappel à 3 mois .....	26
DISCUSSION .....	27
1- Résultats principaux .....	27
2- Limites de l'étude .....	27
3- Discussion en rapport avec l'objectif principal.....	28
4- Discussion en rapport avec les objectifs secondaires .....	31
5- Validité externe .....	31
CONCLUSION .....	33
BIBLIOGRAPHIE .....	34
ANNEXE 1 : Lettre d'information.....	38
ANNEXE 2 : Guide d'entretien .....	39
ANNEXE 3 : Données médicales .....	41
ANNEXE 4 : Paroles de mamans .....	42

MOTS-CLES .....	45
RESUME .....	46
ABSTRACT .....	47
SERMENT .....	49

## **ABREVIATIONS**

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

ATCD : Antécédents

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNIL/RGPD : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés/Règlement Général sur la Protection des Données

DIULHAM : Diplôme Inter-Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel »

IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant

NIDCAP : Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program

SA : Semaines d'Aménorrhée

## INTRODUCTION

L'allaitement maternel est considéré comme la meilleure alimentation pour les nouveau-nés et l'allaitement exclusif, défini comme l'alimentation exclusive du nouveau-né par le lait de sa mère sans autre liquide (1), est recommandé par la Société Française de Pédiatrie (2) et l'Organisation Mondiale pour la Santé jusqu'à 6 mois (3).

Les naissances prématurées - avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) -, représentent un nombre de naissances de plus en plus important (4). Parmi elles, les naissances de grands prématurés (nés avant 33 SA), ont été multipliées par 3 en 12 ans, passant de 0,5% en 1994 à 1,7% en 2006 selon la base de données AUDIPOG (5). Ces données sont confirmées par les différentes enquêtes nationales périnatales menées de 1995 à 2016 (3). Ainsi, chaque année en France, environ 60 000 enfants naissent prématurés dont 12 000 avant 33 SA (grands prématurés) (6). Pour ces grands prématurés, les bénéfices de l'allaitement sont encore plus importants (7,8), avec un risque moindre d'infections (9), une meilleure tolérance digestive (10), la réduction du taux d'entérocolite ulcéro-nécrosante (11), du taux de rétinopathie du prématuré (12) et à long terme, une amélioration du développement psychomoteur (13).

Cependant, en dépit de ces connaissances et recommandations, la prévalence et la durée d'allaitement sont souvent moins importantes chez les prématurés. En effet, le taux d'allaitement des prématurés est plus faible que celui des nouveau-nés à terme en bonne santé (14). En France, l'enquête nationale périnatale de 2003 rapportait chez les enfants nés avant 36 SA, un taux d'allaitement maternel exclusif à la naissance de 43,6 % contre 51,3 à 60,1% chez les enfants nés après 37 SA (15). En 2011, dans la cohorte Epipage-2, le taux d'allaitement maternel chez les grands prématurés était de 47% à la sortie d'hospitalisation (16), contre 60% chez les nouveau-nés à terme la même année (17). De plus, la durée moyenne d'allaitement était

plus courte (18) avec 36 jours pour les grands prématurés et 112 jours pour les enfants nés à terme (19).

Il paraissait donc essentiel de connaître les raisons de ce paradoxe entre, d'une part, l'intérêt d'un allaitement maternel chez les enfants grands prématurés et d'autre part, le faible taux observé. Des études quantitatives ont étudié les facteurs démographiques et socio-économiques, facilitateurs et inhibiteurs, à la poursuite de l'allaitement maternel des enfants prématurés (20–23). Ainsi, le statut socioéconomique de la famille, le statut marital, ou le niveau d'éducation maternel étaient des facteurs clés dans la poursuite de l'allaitement maternel des enfants prématurés.

Des études qualitatives, basées sur l'expérience et le vécu maternel de l'allaitement de leur enfant prématuré ont également été menées (24–26). Aussi, le soutien familial et la capacité d'adaptation aux besoins de l'enfant étaient des facteurs facilitant la poursuite de l'allaitement (27). A l'inverse, des conseils inadéquats par l'équipe soignante, des problèmes matériels liés à l'expression du lait, les allers-retours vers l'hôpital ont été rapportés comme des facteurs limitant la poursuite de l'allaitement (27–29).

Dans le contexte particulièrement stressant qu'est la naissance d'un enfant grand prématuré et l'hospitalisation prolongée qui en découle, il semble intéressant de se concentrer sur l'avis des mères d'enfants grand prématurés pour connaître ce qui les incite à ne pas initier ou maintenir leur allaitement.

Le but de cette étude était d'identifier les facteurs inhibiteurs de l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés. Il s'agissait d'une enquête prospective qualitative par entretiens utilisant un questionnaire semi-directif.

## **METHODES**

### *1- Etude*

Il s'agissait d'une étude prospective qualitative monocentrique réalisée au centre hospitalier universitaire (CHU) de Poitiers. La durée prévue de l'étude était de 4 mois, jusqu'à l'obtention de saturation des réponses.

L'étude a été inscrite au registre des traitements CNIL/RGPD du CHU de Poitiers sous le numéro CHU86-R2018-10-06. Un enregistrement auprès de l'ANSM s'est fait sous le numéro ID-RCB 2018-A03105-50.

Toutes les participantes ont signé un formulaire de non-opposition à l'étude et les données ont été anonymisées.

### *2- Objectifs*

L'objectif principal était d'identifier les facteurs inhibiteurs de l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés

Les objectifs secondaires chez les mères d'enfants grands prématurés étaient : 1) la recherche des facteurs facilitateurs d'allaitement maternel ; 2) le recueil des expériences passées d'allaitement maternel ; 3) le recueil à 3 mois de vie du mode d'alimentation de leur nourrisson.

### *3- Population*

La population étudiée répondait aux critères d'inclusion suivants : mères d'enfants nés grands prématurés entre 24 SA et 32 SA + 6 jours d'âge gestationnel de naissance au CHU de Poitiers pendant la période de l'étude, dont les parents souhaitaient un allaitement maternel à la naissance, ayant pu bénéficier d'une information sur l'étude et après recueil de leur non-opposition.

Étaient exclues les mères de nouveau-nés grands prématurés présentant une contre-indication à l'allaitement maternel (pathologies ou traitement maternels...), les mères ne souhaitant pas d'allaitement maternel à la naissance, n'ayant pas signé le formulaire de non-opposition ou encore celles dont les enfants seraient transférés avant la sortie d'hospitalisation dans un autre hôpital de la région pour rapprochement familial.

#### *4- Intervention*

Il s'agissait de réaliser une enquête par entretiens individuels semi-directifs chez des mères d'enfants grands prématurés, souhaitant allaiter, visant à identifier les freins à la poursuite de l'allaitement maternel.

Le CHU de Poitiers est une maternité universitaire de niveau III.

Les professionnels de santé des services de réanimation néonatale et néonatalogie ne bénéficient pas d'une formation reconnue sur l'allaitement maternel. Seule une puéricultrice est titulaire du Diplôme Inter Universitaire Lactation Humaine et Allaitement Maternel (DIULHAM). D'autre part, deux puéricultrices et une pédiatre sont formées au programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) (30), programme de soins de développement individualisé basé sur la théorie synactive du développement de Als (31).

Une première rencontre avec les mères s'effectuait durant l'hospitalisation de leur enfant en néonatalogie et permettait de délivrer une information sur l'étude ; il était bien indiqué que les résultats de l'entretien ne modifieraient en rien la prise en charge de l'enfant. Une feuille d'informations était remise à cette occasion (*Annexe 1*). Le contact était repris dans le service en fin d'hospitalisation. Si les mères souhaitaient participer, elles étaient incluses dans l'étude, signaient un formulaire de non-opposition et un temps et lieu de rencontre étaient définis pour réaliser l'entretien.

Si les parents ne souhaitaient pas participer à l'étude, la raison de leur refus était colligée.

L'entretien suivait un guide préalablement établi selon la méthodologie de recherche qualitative (32,33). Ce guide avait été élaboré à partir des données de la littérature et explorait différents thèmes assez larges laissant place au dialogue libre avec les mères (*Annexe 2*).

Le guide d'entretien avait été relu et approuvé par la psychologue du service, s'agissant d'un sujet sensible et potentiellement délicat à évoquer pour les mères.

Suite au recueil de la non-opposition des participants, la situation médicale, sociale et familiale des patients étaient colligées via le dossier médical (dossier AUDIPOG) des participantes (*Annexe 3*).

Les entretiens étaient effectués dans un endroit neutre et à un moment adapté, pour optimiser la richesse de la collecte de données. Il s'agissait d'une salle de parents dans le service de néonatalogie du CHU de Poitiers.

L'entretien était enregistré sur dictaphone pour retranscrire au mieux le verbatim.

L'entretien s'arrêtait après avoir exploré tous les axes à évoquer.

Le co-investigateur rappelait les mères à 3 mois de vie de leur enfant, après retour à domicile, pour effectuer un bref retour sur le mode d'alimentation de leur enfant et leur parcours après la sortie de néonatalogie.

Tous les résultats recevaient un numéro d'anonymat suivant le code suivant : numéro d'inclusion - initiales du nom - initiales du prénom.

L'entretien était ensuite retranscrit intégralement manuellement sur ordinateur afin de constituer le verbatim de l'entretien.

L'analyse du contenu se faisait ensuite par extraction de sens, à partir d'une liste préétablie de thèmes, néanmoins ouverte à de nouveaux thèmes non pressentis.

Un codage axial des verbatims était alors effectué, classant ainsi le texte selon différentes catégories. Ces dernières ont ensuite été regroupées en thématiques plus générales, évolutives

en fonction des données retrouvées dans les différents verbatims successifs. Une analyse descriptive était ensuite réalisée.

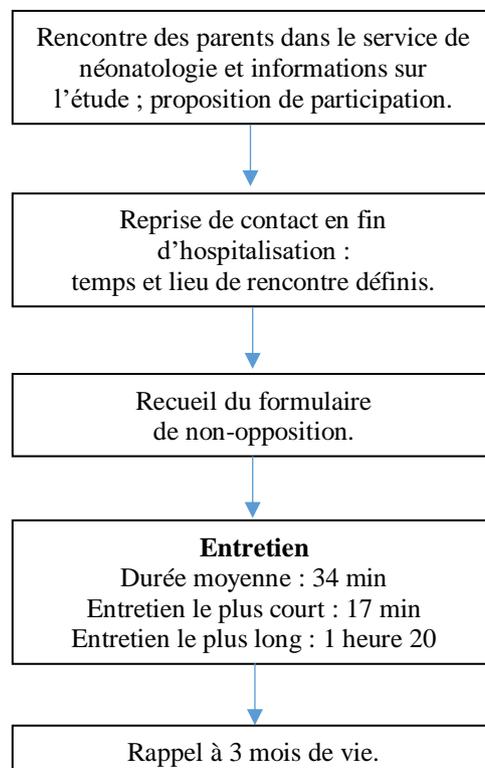
Une double analyse par les deux co-investigateurs, de manière indépendante et en aveugle était réalisée, ainsi qu'une analyse de la concordance inter-observateur afin de s'assurer de la fiabilité de l'analyse.

#### *5- Outils de mesure et critères de jugement*

Le critère de jugement principal était le nombre et la nature des facteurs inhibiteurs.

Les critères de jugement secondaires étaient le nombre et la nature des facteurs facilitateurs, la typologie des expériences des mères et le mode d'alimentation du nourrisson à 3 mois de vie (allaitement maternel exclusif, mixte ou artificiel).

#### *6- Schéma général de l'étude*



*Figure 1: Schéma général de l'étude*

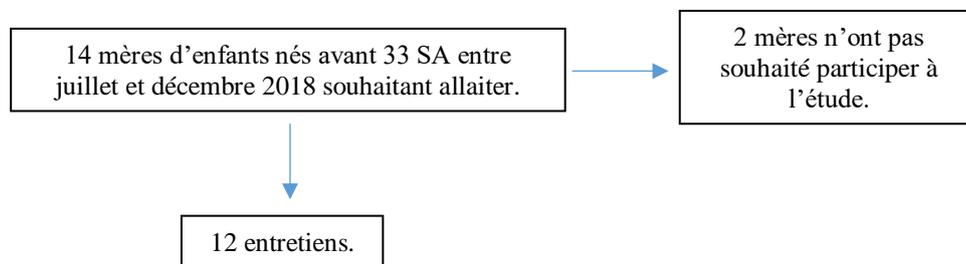
La fin de la recherche correspondait à l'arrivée au point de saturation, lorsque les réponses recueillies apparaissaient redondantes et semblaient ne plus rien apporter de nouveau. A partir de ce moment, deux autres patientes étaient incluses de façon à ne pas méconnaître d'autres éléments et en cas de persistance de redondance, les inclusions étaient arrêtées.

## RESULTATS

### *1- Population*

De juillet 2018 à décembre 2018, quatorze propositions de participation ont été formulées. Douze mères d'enfants grands prématurés ont été incluses dans l'étude, deux mères n'ayant pas souhaité participer à l'étude (*Figure 2*). Ces dernières ne souhaitaient pas évoquer le mode d'alimentation de leur enfant, celui-ci étant vécu comme un choix de raison du fait de la prématurité de leur enfant, et non comme une priorité.

Le point de saturation a été obtenu après 10 entretiens.



*Figure 2: Inclusions.*

### *2- Analyse en double aveugle*

L'analyse des données des verbatims en double aveugle était concordante et retrouvait trois principaux facteurs inhibiteurs de l'allaitement maternel :

- Le défaut d'informations sur l'allaitement en anténatal
- Le manque d'informations reçues durant l'hospitalisation des nouveau-nés
- La difficulté d'établissement du lien mère-enfant

### *3- Caractéristiques des mères interrogées*

La moyenne d'âge des mères était de 30,6 ans, allant de 24 à 39 ans (*Annexe 3*). Elles vivaient toutes en couple et exerçaient toutes une profession.

Il s'agissait d'un premier enfant pour 66,6% des mères et d'un premier allaitement pour 75% d'entre elles. Il y avait deux mamans de jumeaux.

Deux mères avaient décidé de ne plus poursuivre leur allaitement lors de la réalisation de l'entretien.

La grossesse était induite dans 16,6% des cas et la prématurité induite dans 16,6%.

Le terme moyen de naissance était de 29,9 SA pour un poids moyen à la naissance de 1449 grammes.

#### *4- Résultats concernant l'objectif principal*

Des « paroles de mamans » sont exposées en annexe (*Annexe 4*) pour illustrer ces résultats.

##### a- Le défaut d'informations avant la naissance sur l'allaitement maternel

###### Pendant le suivi de la grossesse

Une seule mère interrogée avait reçu des informations sur l'allaitement maternel durant le suivi de sa grossesse. Celle-ci exprimait fortement l'intérêt d'avoir pu en discuter pendant la grossesse avec sa sage-femme : « *Oui disons qu'elle a fini de nous convaincre... avec le livre qu'elle nous a conseillé, les paroles qu'elle a su nous apporter, elle a vraiment eu un rôle important* ».

Pour toutes les autres, le sujet était abordé par la simple question « *Vous voulez allaiter ? Oui/non. D'accord.* » mais n'était pas plus approfondi.

La plupart des mères regrettait ce manque d'informations : « *En fait j'ai eu toutes les infos en décalé, j'aurais pu anticiper sinon* ». Elles expliquaient ce manque d'informations par le manque de temps dû à la naissance trop prématurée de leur enfant, n'ayant pu aborder le sujet avec les professionnels de santé ou suivre les cours de préparation à l'accouchement pendant lesquels l'allaitement est abordé : « *J'ai pas eu le temps, ma sage-femme m'avait dit, si vous avez besoin d'en parler, on insistera là-dessus mais il est né trop tôt* ».

###### Lors d'une éventuelle hospitalisation en grossesse pathologique

Parfois, les complications de la grossesse impliquaient une hospitalisation en Obstétrique, dans le service des grossesses pathologiques. Durant cette hospitalisation, un entretien pédiatrique

prénatal réalisé par un pédiatre était effectué. Dans ce cas également, on notait un défaut d'informations des mères quant au mode d'alimentation de leur enfant prématuré à naître. Les mères qui avaient pu bénéficier d'un entretien expliquaient que la priorité de l'information n'était pas donnée à l'allaitement mais plutôt aux risques de la prématurité.

*« Oui mais on n'avait pas abordé l'allaitement, j'aurais bien aimé parce que du coup à la maternité, j'avais rien, [...] aucune technique [...], j'étais complètement démunie ».*

Ce manque global d'informations entravait jusqu'au choix même d'allaiter : *« Du coup comme ça avait pas du tout été abordé pendant la grossesse, je savais pas du tout si je voulais allaiter ou pas, je ne m'étais pas fait d'avis ».*

Les mères expliquaient qu'il aurait été plus facile d'*« avoir le bagage avant pour s'armer et passer le cap plus facilement sans que ce soit trop lourd en plus de la prématurité ».*

#### b- Le manque d'informations reçues pendant l'hospitalisation des nouveau-nés

Lors de leur hospitalisation à la maternité ou de l'hospitalisation de leur nouveau-né en réanimation néonatale ou néonatalogie, les mères étaient accompagnées dans leur allaitement par des professionnels de santé (auxiliaires de puériculture, puéricultrices, sages-femmes, internes, médecins). Elles pouvaient regretter que l'information délivrée dans ces services n'y soit pas complète et optimale : *« On m'a expliqué vite fait [...] que de toutes façons, du lait j'en aurais pas tout de suite, et qu'il fallait que je stimule pour en avoir, et du coup ben y'avait pas énormément d'informations sur ce qu'il en était ».*

Une mère a même jeté son colostrum à plusieurs reprises, avant que l'on ne lui explique que celui-ci était extrêmement bénéfique pour son enfant.

La plupart des mères expliquaient avoir reçu une aide pratique bénéfique mais peu d'informations théoriques sur l'allaitement, ses bénéfices, pour la mère ou pour l'enfant, (« *OK je voulais allaiter mais après on m'a pas expliqué plus, pourquoi c'est bien pour un bébé à terme mais surtout pourquoi c'est mieux pour un bébé prématuré* »), sur les techniques d'allaitement, sur les modalités d'expression du lait avec le tire-lait (« *Peut-être aussi avoir des infos sur les tire-laits, comment ils fonctionnent, moi je savais pas du tout régler la puissance par exemple* »).

Le manque d'informations personnalisées et adaptées à chaque mère, à chaque moment de l'allaitement, pouvait être source de stress : « *J'étais stressée parce qu'on m'avait dit que ça pouvait prendre du temps, peut-être 2-3 jours avant que le lait arrive, c'est vrai que le 3<sup>e</sup> jour, le lait était pas arrivé, c'est angoissant de se dire 'est-ce que je vais en avoir, est-ce que ça va fonctionner'* ».

Certaines mettaient en lumière l'intérêt d'une personne référente en allaitement maternel qui suivrait les mères tout au long de leur allaitement : « *On peut peut-être plus se projeter et puis arriver à se faire un peu plus une idée* » ; « *Ça aurait peut-être rassuré, être sûr qu'il y aurait quelqu'un pour nous épauler du début à la fin* » ; « *D'avoir une personne référente avec qui on s'entend, c'est-à-dire qu'on pourrait choisir* ».

Ainsi, les mères étaient désireuses d'un suivi plus rapproché et personnalisé de leur allaitement.

### c- Un lien mère-enfant difficile à établir

La prématurité a été vécue comme une véritable rupture du lien mère-enfant. Aussi, les mères dépeignaient un éloignement de leur enfant, difficile pour l'établissement d'un lien mère-enfant satisfaisant et ainsi, d'un allaitement maternel efficace.

La plupart des mères décrivait le premier contact avec leur enfant trop court et peu valorisé : « *Une seconde hein franchement une seconde, les pédiatres l'ont récupéré tout de suite* » ; « *On*

*s'est croisé dans le couloir, moi je remontais de la salle d'observation et lui montait dans sa chambre en réa » ; « Je ne l'ai même pas vu moi, il est monté directement, je ne l'ai même pas vu une seule seconde », avec la conséquence immédiate de ce constat « On se sent pas direct maman », « C'est un peu traumatisant ».*

Là aussi, quand un manque d'information existait, le premier contact pouvait être extrêmement traumatisant dans un contexte de prématurité inopinée et brutale : *« Ils l'ont posé sur moi, moi je voulais pas le voir, parce que (pleurs)...je savais pas s'il était viable, je savais même pas s'il était vivant, donc je voulais pas le regarder, je voulais pas m'attacher [...]. Comme ça s'est passé en une demi-heure, moi on m'a pas expliqué, on m'a pas dit ça peut très bien se passer pour lui ».*

C'est souvent lors du premier peau-à-peau qu'on voyait apparaître le « bonding », ce processus d'attachement entre parents et enfants. *« Oooooooooh ouais enfiiiiin » ; « On prend conscience du fait qu'il est vraiment là » ; « Le peau-à-peau, c'est important parce qu'au début y'a pas le lien, en fait même si y'a un lien, c'est pas le même lien ».*

Néanmoins, ce premier peau-à-peau apparaît souvent comme trop tardif dans la vie du nouveau-né prématuré, souvent après 24 heures de vie, voire plus, dans des contextes où l'état de santé de l'enfant prématuré ne justifie pas de repousser cette rencontre importante.

Durant la suite de leur séjour en réanimation ou néonatalogie, les mères exprimaient un manque de contact global avec l'enfant pour favoriser l'allaitement. Leur difficulté d'investir l'hôpital était souvent en cause : *« On avait peur de rester ici toute la journée, de trouver le temps long ».*

Les chambres n'étaient pas propices au repos, ce qui apparaissait comme essentiel dans ce long parcours de prématurité : *« J'avoue que ça me faisait du bien de rentrer chez moi dormir un peu, pour se ressourcer » ; « J'avais besoin de cette coupure, rentrer dormir dans mon lit, alors*

*qu'ici ça puise pas mal d'énergie* ». Le besoin de s'évader de l'hôpital « *pour pas être là constamment à ruminer* » était omniprésent.

De plus, l'accès aux chambres mère-enfants était souvent perçu comme trop tardif. Les mères auraient souhaité rester auprès de leur enfant : « *Moi j'aurais voulu quand j'ai accouché, ne pas partir de l'hôpital* ». Ceci pouvait être ressenti comme une entrave à une lactation de qualité. « *C'est difficile de juste tirer son lait avec une machine, de ne pas avoir le contact* » ; « *Il était pas là, donc je me réveillais [pour tirer] mais je me levais pas... y'avait rien de motivant aussi* ».

Ainsi, l'éloignement général qu'induit la prématurité avec une naissance perturbée et un contact peu fréquent étaient ressentis comme un frein à l'allaitement maternel.

d- D'autres facteurs inhibiteurs pouvaient être relevés.

Les douleurs ressenties lors de la mise en route de l'allaitement constituaient un réel obstacle à la poursuite de l'allaitement maternel : « *Les 3 premiers jours, c'était une corvée pour moi de tirer mon lait [...], je me disais 'est-ce que je vais y arriver, est-ce que je vais pas jeter l'éponge ?* » ; « *Ça faisait très mal et y'avait rien qui sortait, c'est très frustrant, donc au bout de 2 jours, j'avais envie d'arrêter* ».

##### 5- Résultats concernant les critères de jugement secondaires

a- Un environnement familial et culturel soutenant

Le contexte familial et culturel pouvait faciliter le choix d'allaitement maternel : « *Chez nous, en fait le sein tu le donnes automatiquement* ». De plus, avoir un modèle en allaitement, une personne de son entourage qui avait allaité et qui pouvait conseiller, facilitait le choix d'allaitement maternel. Il pouvait s'agir d'une sœur, d'une amie ou de leur propre mère : « *Et*

*puis ben d'avoir vu mes sœurs, de savoir que maman l'a fait, j'avais les modèles, c'est mes modèles qui m'ont poussé à allaiter* ». Le soutien du conjoint était également bénéfique quant à cette décision de couple : « *On le savait dès le départ, enfin je dis 'on' parce que mon mari... enfin c'est un choix à deux, dès le départ, on savait qu'on voulait allaiter* ».

#### b- Le soutien des équipes hospitalières

Les mères décrivaient un soutien et un encadrement bienveillant de la part des équipes hospitalières, qui étaient indissociables du succès de leur allaitement : « *une vraie écoute, une vraie présence, une vraie bienveillance* » ; « *On a toujours été guidé, rassuré, formé, vraiment une formation de parents* ».

#### c- Typologie : décision du fait de la prématurité, vécu

La décision d'allaitement maternel pouvait être ancrée de longue date mais pouvait également être prise lors de la naissance, du fait de la prématurité : « *Oui s'il était né à terme, je l'aurais pas allaité du tout* ».

La prématurité était décrite comme un fait extrêmement pesant, vécu comme une « *épée de Damoclès au-dessus de la tête* » quand l'enfant pouvait être en réanimation. L'allaitement pouvait se rajouter à la lourdeur du vécu : « *C'est vraiment un truc lourd qui vient se rajouter en plus de l'accouchement et de la prématurité, c'est vraiment un truc en plus à gérer, et en plus on se concentre pas sur ça, c'est pas le truc primordial, c'est d'abord notre bébé en priorité, nous après et après l'allaitement* ». D'autres mères voyaient en l'allaitement la seule expression de leur rôle de mère : « *C'est tout ce que je pouvais leur apporter en sachant qu'ils [les jumeaux] étaient dans leur couveuse* ».

#### d- Rappel à 3 mois

Sur les dix mères qui poursuivaient leur allaitement à la sortie de néonatalogie, quatre mères poursuivaient leur allaitement maternel à 3 mois de vie de manière exclusive, trois pratiquaient un allaitement mixte et trois avaient arrêté d'allaiter.

Pour ces trois dernières, une mère mettait en cause la mauvaise prise de poids de son enfant à domicile, une autre, mère de jumeaux, évoquait le manque de lait et la fatigue et la troisième mère décrivait un évènement personnel responsable d'une baisse de lactation.

## **DISCUSSION**

### *1- Résultats principaux*

Cette étude prospective, qualitative par entretiens semi-directifs auprès d'une population de dix mères d'enfants grands prématurés au CHU de Poitiers, rapporte que le manque d'informations sur l'allaitement maternel avant la naissance, le manque d'informations reçues pendant le séjour hospitalier des nouveau-nés et la difficulté de créer un lien mère-enfant étaient trois freins majeurs à la mise en place et à la poursuite d'un allaitement maternel efficace.

Ces trois notions ne sont pas nouvelles mais à notre connaissance, ces trois approches n'ont jamais été associées dans une étude qualitative française.

### *2- Limites de l'étude*

L'originalité de l'étude était basée sur sa nature qualitative, permettant d'exposer au mieux le vécu de ces mères d'enfants grands prématurés. Ce type d'étude est bien approprié au sujet puisqu'il s'agit de comprendre le vécu subjectif de ces mères. Une étude descriptive ou transversale par questionnaire n'aurait pas apporté la même validité sur ces propos.

Le codage indépendant et en aveugle des entretiens des deux co-investigateurs permettait par ailleurs d'améliorer l'analyse thématique et la validité des thèmes retrouvés.

Cependant, un biais a pu émaner du sujet lui-même - l'allaitement maternel -, sujet sensible et pouvant limiter les confidences si les mères ne se sentaient pas en confiance. En cherchant à explorer les expériences maternelles, il dépendait alors de l'enquêteur de créer lors des entretiens, un climat de confiance approprié aux déclarations. L'enquêteur était extérieur au service de néonatalogie, cette neutralité pouvait aider à la production de données.

La population de l'étude n'incluait pas les mères d'enfants transférés dans un hôpital de périphérie pour rapprochement familial. Ainsi, l'étude n'était pas proposée à toutes les mères d'enfants nés grands prématurés pendant la période de l'étude, et n'est donc pas représentative de toute cette population.

Deux mères répondant aux critères d'inclusion n'ont pas souhaité participer à l'étude. Il aurait été intéressant de connaître leur expérience dans leur contexte d'allaitement induit par la prématurité.

Les caractéristiques sociales des mères incluses étaient semblables ; bien qu'elles soient d'âge allant de 24 à 39 ans, elles avaient toutes le même profil, actives et en couple. La population de cette étude n'était donc pas représentative de la population générale.

### *3- Discussion en rapport avec l'objectif principal*

L'étude rapporte que le manque d'informations sur l'allaitement maternel avant la naissance était un frein principal à sa mise en place. Ainsi, seule une des douze mères avait pu bénéficier d'une information détaillée sur l'allaitement par une sage-femme avant la naissance.

De nombreuses études quantitatives ont mis en évidence qu'une information prénatale sur les bienfaits de l'allaitement maternel chez des mères d'enfants prématurés était liée à une prévalence plus importante d'allaitement et à une durée plus longue (34–37).

Dans l'étude de Sisk en 2005, si des informations sur les bénéfices de l'allaitement maternel étaient données aux mères d'enfants grands prématurés qui ne souhaitaient pas allaiter au cours des trois premiers jours de vie de leurs enfants, 85% des mères initiaient leur lactation et fournissaient 50% du lait donné à leur nourrisson durant les trois premières semaines de vie (34). De même dans l'étude de Friedman en 2004, lorsqu'une consultation prénatale au sujet de l'allaitement maternel informant sur les bienfaits de l'allaitement maternel, son importance chez le prématuré, où son déroulement avait lieu, les mères d'enfants prématurés allaitaient significativement plus longtemps, aussi bien à l'hôpital qu'après la sortie (35).

Cependant, dans la plupart des études qualitatives sur le sujet, ce frein n'était pas prédominant (24,27,28). Seul Rossman, en 2013, dans une étude tentant de caractériser ce que signifiait l'allaitement maternel pour les mères d'enfants de petit poids de naissance hospitalisés en soins intensifs le décrivait. La confiance des mères en les propriétés bienfaites de leur lait,

réduisant les complications de la prématurité, était le thème central de son analyse. Il faisait donc la promotion d'une information détaillée et précoce de l'allaitement maternel et ses bénéfices au cours de la grossesse (38).

Les freins retrouvés sont propres à la population étudiée, dans un hôpital donné, avec des habitudes de services données, pouvant donc expliquer les divergences entre les freins retrouvés dans la plupart des études qualitatives sur ce sujet.

Il apparaît cependant primordial au vu de la littérature et des résultats de cette étude, de valoriser une information prénatale détaillée et précoce sur l'allaitement maternel pendant la grossesse, au moyen par exemple d'une consultation spécifique dédiée précoce au cours de la grossesse ou lors de l'hospitalisation dans le service de grossesses pathologiques.

Le manque d'informations reçues lors de l'hospitalisation de leurs enfants était également un frein à la poursuite de leur allaitement, malgré un soutien certain, noté dans l'étude comme facteur facilitateur essentiel au succès de l'allaitement. Ainsi, l'intérêt d'une information complète et d'un suivi personnalisé par une personne référente, consultante dédiée et spécialisée dans l'allaitement maternel était reconnu.

Plusieurs études qualitatives (24,29,39) avaient isolé le soutien et l'information des patientes comme deux critères essentiels à la réussite de l'allaitement maternel. Les résultats de la présente étude montrent donc que ces deux critères sont indissociables à la bonne réussite d'un allaitement chez les mères de grands prématurés.

Quant à l'intérêt d'une consultante en lactation spécialisée, les études quantitatives le démontrant sont nombreuses (40–42). En 2010, Vessière-Varigny avait étudié le taux d'allaitement maternel chez les enfants prématurés au CHU de Brest, maternité universitaire dotée de consultantes en lactation formées IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) et du programme NIDCAP (30,31). Il retrouvait un taux exceptionnel de 96.3%

d'allaitement à la naissance chez des grands prématurés, 68% à la sortie d'hospitalisation et 48% à 3 mois (43).

Le CHU de Poitiers ne présente que très peu de professionnels de santé formés en allaitement (une puéricultrice titulaire du DIULHAM, et trois professionnelles formées aux soins NIDCAP), expliquant la prédominance de ce frein dans l'étude. Il apparaît donc essentiel de pouvoir proposer une information personnalisée aux mères d'enfants grands prématurés durant toute l'hospitalisation de leur enfant.

La difficulté de créer un lien mère-enfant était également notée comme frein à l'allaitement maternel pour les grands prématurés, du fait d'un premier contact trop court, d'un premier peau-à-peau souvent trop tardif et d'une difficulté à investir l'hôpital liée en partie à un accès aux chambres mère-enfants trop tardif.

Les contacts mère-enfant précoces, le peau-à-peau et l'accueil en chambre mère-enfant sont des facteurs favorisant l'allaitement bien connus et font d'ailleurs partie des dix recommandations émises par un groupe d'experts pour promouvoir l'allaitement maternel dans les unités de néonatalogie (44,45). Ils sont de même très présents dans les études qualitatives étudiant les expériences d'allaitement chez les mères d'enfants prématurés ou hospitalisés en néonatalogie (29,46–49). La difficulté de la séparation était très souvent notée comme frein à l'allaitement (47,48), noté comme souvent seule « connexion » (46) avec leur enfant, devenant ainsi une « mother-interrupted » (49) ou « mère en pointillée ». Ce sentiment semblait très marqué quelle que soit la population étudiée et il semblait donc indispensable d'y remédier afin de favoriser un allaitement maternel durable.

#### *4- Discussion en rapport avec les objectifs secondaires*

Dans la présente étude, le soutien de l'entourage et des équipes hospitalières étaient relevés comme facteurs facilitateurs à la mise en place et à la poursuite de l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés. En 1989, dans une étude évaluant l'influence d'un réseau social (entourage familial, amis et professionnels de santé) sur la durée d'allaitement de mères d'enfants prématurés, Kaufman démontrait que les mères n'ayant aucun soutien avaient six fois plus de risque de stopper leur allaitement que celles qui étaient très soutenues et avaient six personnes ressources (50). On retrouvait également le soutien de l'entourage et des professionnels de santé comme facilitateurs de l'allaitement maternel chez les grands prématurés dans plusieurs études qualitatives sur le sujet (24,27,29,39). Cette notion apparaît importante quelle que soit la population étudiée. Il semble donc nécessaire de veiller à soutenir ces mères et leur entourage tout au long de leur parcours.

Par ailleurs, la plupart des mères avait poursuivi leur allaitement jusqu'aux 3 mois de leur enfant, de manière mixte ou exclusive. La taille de cet échantillon était trop faible pour dégager une quelconque conclusion ; toutefois, malgré les freins évoqués, il semblait que les mères pouvaient trouver des ressources essentielles leur permettant de maintenir durablement leur allaitement.

#### *5- Validité externe*

Cette étude qualitative, réalisée auprès de mères d'enfants grands prématurés nés au CHU de Poitiers, reflétait une population et les pratiques d'un service, d'un hôpital universitaire unique pour une population de 1,8 millions d'habitants. Les résultats n'apparaissent transposables que dans les situations similaires.

Dans l'ex-région Poitou-Charentes, le taux d'allaitement maternel est plutôt faible (17) avec 57.5% d'allaitement maternel à la naissance (contre 65% en France), 34.1% à 3 mois (contre 38%) et 16% à 6 mois (contre 20%) (51). Dans la présente étude, la plupart des mères continuait

d'allaiter à 3 mois, mais l'échantillon était petit et donc non représentatif de la population générale des mères.

Par ailleurs, il semble que les politiques de service en matière d'allaitement maternel soient également responsables de ces variations, indépendamment des facteurs individuels (16).

Une étude européenne a évalué les pratiques de promotion d'allaitement maternel chez les grands prématurés dans trois régions différentes - française, italienne et anglaise. Elle a montré de fortes variations de taux d'allaitement maternel suivant les unités, fonction des pratiques professionnelles et des approches différentes de l'allaitement maternel dans chacune des unités (52).

Cette étude met donc en exergue les perspectives d'amélioration de prise en charge des enfants grands prématurés via des politiques de service favorisant l'allaitement maternel.

## CONCLUSION

Cette étude qualitative a mis en évidence que le manque d'informations anténatales et postnatales sur l'allaitement maternel, et la difficulté d'établir un lien mère-enfant au sein de l'hôpital étaient des freins à l'allaitement maternel pour des mères d'enfants grands prématurés. Bien que ces notions soient connues et décrites dans la littérature, elles sont apparues dans cette étude qualitative comme des freins majeurs.

Cette étude a aussi révélé les perspectives d'amélioration et valorisé les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour favoriser un allaitement maternel durable pour ces enfants afin d'améliorer leur pronostic fonctionnel et leur qualité de vie.

Les résultats de cette étude ont donc pointé des axes de travail pour les professionnels de santé, en favorisant la promotion de l'allaitement maternel avant la naissance lors d'entretiens spécifiques avec des sages-femmes ou pédiatres, en proposant aux parents d'être suivis par une consultante en lactation durant le séjour en néonatalogie de leur enfant et en veillant à la mise en place d'un lien mère-enfant pérenne grâce à un contact peau-à-peau précoce en salle de naissance, puis répété régulièrement, ainsi qu'à l'accès à une chambre mère-enfant.

Il pourrait être intéressant de réaliser des études qualitatives ou quantitatives après la mise en place de tels moyens pour en évaluer le bénéfice. Par ailleurs, une telle étude pourrait être proposée dans d'autres centres hospitaliers de la région Nouvelle Aquitaine afin de dégager des axes de travail régionaux.

## BIBLIOGRAPHIE

1. World Health Organization (WHO). Indicators for assessing infant and young child feeding practices: conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington D.C., USA. 2008. <https://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241596664/en/> [Consulté le 10 févr 2019]
2. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, Turck D, Vidailhet M, et al. Breastfeeding: health benefits for child and mother. *Arch Pediatr.* 2013;20 Suppl 2:S29-48.
3. Kramer MS, Kakuma R. Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;(8):CD003517.
4. Blondel B, Coulm B, Bonnet C, Goffinet F, Le Ray C. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016: Results from the French National Perinatal Surveys. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2017;46(10):701-13.
5. Morin M, Arnaud C, Germany L, et al. Preterm birth : Evolution 1994 to 2006. *Gynécol Obstet Fertil.* 2012;40(12):746-52.
6. Torchin H, Ancel P-Y, Jarreau P-H, Goffinet F. Epidemiology of preterm birth: Prevalence, recent trends, short- and long-term outcomes. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015;44(8):723-31.
7. Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics.* 1999;103(6 Pt 1):1150-7.
8. Schanler RJ. The Use of Human Milk for Premature Infants. *Pediatr Clin North Am.* 2001;48(1):207-19.
9. Hylander MA, Strobino DM, Dhanireddy R. Human Milk Feedings and Infection Among Very Low Birth Weight Infants. *Pediatrics.* 1998;102(3):E38.
10. Shulman RJ, Schanler RJ, Lau C. Early feeding, feeding tolerance, and lactase activity in preterm infants. *J Pediatr.* 1998;133(5):645-9.
11. Lucas A, Cole TJ. Breast milk and neonatal necrotising enterocolitis. *Lancet Lond Engl.* 1990;336(8730):1519-23.
12. Hylander MA, Strobino DM, Pezzullo JC, et al. Association of human milk feedings with a reduction in retinopathy of prematurity among very low birthweight infants. *J Perinatol Off J Calif Perinat Assoc.* 2001;21(6):356-62.
13. Lucas A, Morley R, Cole TJ. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet.* 1992;339(8788):261-4.

14. Hackman NM, Alligood-Percoco N, Martin A, Zhu J, Kjerulff KH. Reduced Breastfeeding Rates in Firstborn Late Preterm and Early Term Infants. *Breastfeed Med Off J Acad Breastfeed Med.* 2016;11:119-25.
15. Bonet M, Foix L'Hélias L, Blondel B. Exclusive and mixed breastfeeding in maternity unit: Situation in France in 2003. *Arch Pédiatrie.* 2008;15(9):1407-15.
16. Mitha A, Piedvache A, Glorieux I, Zeitlin J, Roué J-M, Blondel B, et al. Unit policies and breast milk feeding at discharge of very preterm infants: The EPIPAGE-2 cohort study. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2019;33(1):59-69.
17. INSERM, DREES. French perinatal national survey. 2016 record. Births and institutions. Situation and evolution since 2010. 2017. [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf) [consulté le 10 févr 2019].
18. Callen J, Pinelli J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care.* 2005;5(2):72-88; quiz 89-92.
19. Killersreiter B, Grimmer I, Bühner C, et al. Early cessation of breast milk feeding in very low birthweight infants. *Early Hum Dev.* 2001;60(3):193-205.
20. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr.* 2007;96(8):1126-30.
21. Barois J, Grognet S, Tourneux P. Maternal and neonatal factors associated with successful breastfeeding in very preterm infants. *Arch Pédiatr.* 2013;20(9):969-73.
22. Morag I, Harel T, Leibovitch L. Factors Associated with Breast Milk Feeding of Very Preterm Infants from Birth to 6 Months Corrected Age. *Breastfeed Med.* 2016;11(3):138-43.
23. Meedya S, Fahy K, Kable A. Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: a literature review. *Women Birth.* 2010;23(4):135-45.
24. Myers D, Rubarth LB. Facilitating Breastfeeding in the Neonatal Intensive Care Unit: Identifying Barriers. *Neonatal Netw.* 2013;32(3):206-12.
25. Lee T-Y, Lee T-T, Kuo S-C. The experiences of mothers in breastfeeding their very low birth weight infants. *J Adv Nurs.* 2009;65(12):2523-31.
26. Flacking R, Ewald U, Starrin B. « I wanted to do a good job »: experiences of “becoming a mother” and breastfeeding in mothers of very preterm infants after discharge from a neonatal unit. *Soc Sci Med.* 2007;64(12):2405-16.
27. Sisk P, Quandt S, Parson N, et al. Breast Milk Expression and Maintenance in Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Supports and Barriers. *J Hum Lact.* 2010;26(4):368-75.
28. Callen J, Pinelli J, Atkinson S, et al. Qualitative analysis of barriers to breastfeeding in very-low-birthweight infants in the hospital and postdischarge. *Adv Neonatal Care.* 2005;5(2):93-103.

29. Edmunds A, Nevill C. Breastfeeding and expressing for a sick or premature baby: An overview of 500 women's experiences. *J Neonatal Nurs*. 2008;14(5):139-43.
30. Als H, McAnulty GB. The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Curr Womens Health Rev*. 2011;7(3):288-301.
31. Als H. Toward a synactive theory of development: Promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Ment Health J*. 1982;3(4):229-43.
32. Blanchet A, Gotman A. *L'entretien*. Paris : Armand Colin Ed. 2015.
33. Alami S, Garabuau-Moussaoui I, Desjeux D. *Les méthodes qualitatives*. Paris : UF Ed.; 2013.
34. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG, et al. Lactation Counseling for Mothers of Very Low Birth Weight Infants: Effect on Maternal Anxiety and Infant Intake of Human Milk. *Pediatrics*. 2006;117(1):e67-75.
35. Friedman S, Flidel-Rimon O, Lavie E, et al. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr*. 2004;93(6):775-8.
36. Miracle DJ, Meier PP, Bennett PA. Mothers' Decisions to Change From Formula to Mothers' Milk for Very-Low-Birth-Weight Infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2004;33(6):692-703.
37. Sisk PM, Lovelady CA, Dillard RG. Effect of education and lactation support on maternal decision to provide human milk for very-low-birth-weight infants. *Adv Exp Med Biol*. 2004;554:307-11.
38. Rossman B, Kratovil AL, Greene MM, et al. « I have faith in my milk »: the meaning of milk for mothers of very low birth weight infants hospitalized in the neonatal intensive care unit. *J Hum Lact*. 2013;29(3):359-65.
39. Ikonen R, Paavilainen E, Kaunonen M. Preterm Infants' Mothers' Experiences With Milk Expression and Breastfeeding: An Integrative Review. *Adv Neonatal Care*. 2015;15(6):394-406.
40. Pietschnig B, Siklossy H, Göttling A, et al. Breastfeeding Rates of Vlbw Infants - Influence of Professional Breastfeeding Support. *Pediatr Res*. 1999;45(6):893.
41. Warren I, Tan G, Dixon P. Breastfeeding success and early discharge for preterm infants : the results of a dedicated breastfeeding program. *J Neonat Nurs*. 2000;6:43-8.
42. Alexandre C, Bomy H, Bourdon E, et al. Lactation counselling support provided to mothers of preterm babies who intend to breastfeed. Evaluation of an educational intervention in a level III perinatal unit. *Arch Pédiatrie*. 2007;14(12):1413-9.
43. Vessière-Varigny M, Garlantézec R, Gremmo-Feger G, et al. Breastfeeding in a population of preterm infants: A prospective study in a university-affiliated hospital. *Arch Pédiatrie*. 2010;17(10):1416-24.

44. Spatz DL. Ten steps for promoting and protecting breastfeeding for vulnerable infants. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2004;18(4):385-96.
45. Nyqvist KH, Häggkvist A-P, Hansen MN, et al. Expansion of the baby-friendly hospital initiative ten steps to successful breastfeeding into neonatal intensive care: expert group recommendations. *J Hum Lact.* 2013;29(3):300-9.
46. Sweet L. Expressed breast milk as « connection » and its influence on the construction of « motherhood » for mothers of preterm infants: A qualitative study. *Int Breastfeed J.* 2008;3:30.
47. Flacking R, Ewald U, Nyqvist K, et al. Trustful bonds: A key to “becoming a mother” and to reciprocal breastfeeding. Stories of mothers of very preterm infants at a neonatal unit. *Soc Sci Med.* 2006;62(1):70-80.
48. Lupton D, Fenwick J. « They’ve forgotten that I’m the mum »: constructing and practising motherhood in special care nurseries. *Soc Sci Med.* 2001;53(8):1011-21.
49. Hurst N, Engebretson J, Mahoney JS. Providing mother’s own milk in the context of the NICU: a paradoxical experience. *J Hum Lact.* 2013;29(3):366-73.
50. Kaufman KJ, Hall LA. Influences of the social network on choice and duration of breastfeeding in mothers of preterm infants. *Res Nurs Health.* 1989;12(3):149-59.
51. L’Observatoire Régional de la Santé Nouvelle-Aquitaine, Rouchaud A, Roche-Bigas B, et al. Mother and child health in Nouvelle-Aquitaine. 2017. [http://www.ors-limousin.org/publications/rapport/2017/Rapport\\_sante\\_mere\\_enfant\\_2017.pdf](http://www.ors-limousin.org/publications/rapport/2017/Rapport_sante_mere_enfant_2017.pdf) [consulté le 21 févr 2019]
52. Bonet M, Forcella E, Blondel B, et al. Approaches to supporting lactation and breastfeeding for very preterm infants in the NICU: a qualitative study in three European regions. *BMJ Open.* 2015;5(6):e006973.

## **ANNEXE 1 : Lettre d'information « ALLAITEMENT PREMA »**

### **Freins à l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés qui souhaitent allaiter : enquête prospective qualitative.**

Nous vous proposons de participer à l'étude « *Freins à l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés qui souhaitent allaiter : enquête prospective qualitative* » dont le CHU de Poitiers se porte promoteur et dont l'investigateur principal est le Professeur Denis ORIOT (Service médico-chirurgical de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers, 2 rue de la Milétrie 86021 POITIERS cedex, Tél : 05 49 44 38 07, E-mail : [denis.oriot@univ-poitiers.fr](mailto:denis.oriot@univ-poitiers.fr)) et les co-investigateurs sont le Docteur Charlotte LUCAS et Maud DURECU, interne en pédiatrie.

Cette étude rentre dans le cadre de la réalisation d'un mémoire de Diplôme d'Etudes Spécialisées de Pédiatrie.

Vous savez peut-être que l'allaitement maternel est considéré comme la meilleure alimentation pour les nouveau-nés et encore plus pour les enfants grands prématurés du fait de leur fragilité. Mais le taux et la durée d'allaitement maternel chez ces enfants sont souvent moins importants. Nous souhaitons donc comprendre pourquoi.

Pour cela, nous vous proposons de participer à un entretien d'une quarantaine de minutes concernant votre expérience d'allaitement ou de non allaitement chez votre enfant prématuré. Cet entretien sera réalisé dans le service. Pour l'analyser au mieux, il sera enregistré avec un dictaphone. Je vous poserai donc quelques questions auxquelles vous pouvez choisir de répondre ou non. Notre objectif ne sera pas de vous juger, il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Les questions seront volontairement larges pour vous laisser répondre ce que vous souhaitez sans vous influencer. Nous prévoyons également de faire un point avec vous sur le mode d'alimentation de votre enfant à 3 mois ; pour cela, nous vous rappellerons à domicile pour un entretien de quelques minutes.

Vous choisissez librement et volontairement de participer à cette recherche. Vous pouvez retirer à tout moment votre consentement de participation à cette recherche sans avoir à vous justifier, ni à engager aucunement votre responsabilité. Ceci n'entraînera en aucune manière des conséquences sur la qualité des relations et des soins prodigués à votre enfant par les soignants.

Il n'y a aucun examen supplémentaire pour votre enfant lié à l'étude. Dans le cadre de cette étude, un traitement de vos données personnelles et de l'enregistrement de l'entretien sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats pour tenter de répondre à l'objectif présenté ci-dessus. Dans ce but, les données vous concernant ne seront transmises qu'au promoteur de la recherche ou aux personnes agissant pour son compte. Ces données seront anonymisées par un numéro de code.

Si vous avez des questions, n'hésitez à en faire part à l'investigateur ou aux co-investigateurs. Nous vous remercions pour la confiance que vous nous témoignez et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire concernant cette étude.

Maud DURECU, Co-investigateur

## **ANNEXE 2 : Guide d'entretien**

### **· Grossesse**

Parlez-moi de votre grossesse. Grossesse programmée/attendue ? Premier enfant ? De quel accompagnement avez-vous bénéficié ? Quels professionnels ? Avez-vous un entretien prénatal précoce (4<sup>e</sup> mois) ? Et des séances de préparation à la naissance où l'allaitement a été abordé ? Quel était votre ressenti ?

### **· Circonstances de la naissance/de la prématurité**

Parlez-moi de la naissance de votre enfant. Vous étiez-vous préparée à une naissance prématurée ?

Après la naissance, que s'est-il passé ?

Avez-vous pu toucher votre enfant dès la naissance, sinon à quel moment avez-vous pu le faire pour la 1<sup>ère</sup> fois

Pouvez-vous me parler du séjour en réanimation néonatale de votre enfant ? En néonatalogie ?

Avez-vous pu avoir accès à une chambre mère-enfant ? Si oui, à quel moment ?

Quels sont les premiers contacts que vous avez eus avec votre bébé ? Quand a pu être réalisé le premier peau-à-peau ? La première mise au sein ?

### **· Enfance/fratrie ?**

Avez-vous des frères et sœurs ? Savez-vous si vous avez été allaitée ? Avez-vous vu votre mère allaiter vos frères et sœurs ? Y a-t-il d'autres personnes autour de vous qui ont allaité (tante, belle-mère...) ? [modèle identificatoire]

Pour vos autres enfants, comment s'étaient passées les grossesses ? Les naissances ?

Avez-vous allaité vos autres enfants ? Si oui : combien de temps ? Dans quelles circonstances s'est produit l'arrêt ? Etait-ce une bonne expérience ? Aviez-vous une durée d'allaitement que vous souhaitiez atteindre ?

Si non : aviez-vous pensé à l'allaitement maternel pour votre précédent enfant avant sa naissance ?

### **· Décision d'allaiter**

Etait-ce votre choix d'allaiter votre enfant ? Quand avez-vous décidé d'allaiter votre enfant prématuré ? Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez décidé d'allaiter ? Projetez-vous d'allaiter votre enfant au retour à domicile ? Idéalement, jusqu'à quel moment vouliez-vous allaiter votre enfant ?

En avez-vous parlé à votre conjoint ? Quel était son avis concernant l'allaitement maternel ? Vous a-t-il encouragé ou freiné dans votre souhait d'allaiter ?

En avez-vous parlé à d'autres proches ? A votre mère ? A vos ami(e)s ? Vous ont-ils encouragée dans votre choix d'allaiter ?

### **· Avis général sur l'allaitement maternel**

Que pensez-vous de l'allaitement maternel ? Quelle perception en avez-vous ?

### **· Informations sur l'allaitement maternel avant la naissance**

Avez-vous reçu des informations sur l'allaitement maternel (des médias, des revues, de la famille, des associations...) ? Quand ? Par qui ou quels moyens ?

Ces informations ont-elles influencé votre décision d'allaiter ?

### **· Informations sur l'allaitement maternel après la naissance**

Vous a-t-on parlé du mode d'alimentation de votre enfant prématuré après sa naissance ?

Quand ? Quelles informations vous ont été données sur son alimentation ? Vous a-t-on orientée ou conseillée ?

Vous a-t-on informée sur la prématurité, son évolution : l'âge des premières suctions ? De l'acquisition de la succion-déglutition ? De l'autonomie alimentaire ?

Vous a-t-on informée du fait qu'en cas de refus d'allaiter, votre bébé recevrait du lait de mères donneuses ?

Est-ce que cela a influencé votre choix d'allaiter ?

#### · **Mise en route de l'allaitement**

Considérez-vous que la mise en route de votre allaitement se soit bien passée ?

Pensez-vous avoir rencontré des difficultés ou obstacles lors de la mise en route de l'allaitement ? Comment vous a-t-on aidée à mettre en route l'allaitement ?

[Expression mécanique du lait, 1<sup>er</sup> accès au tire-lait]

Par quels moyens a-t-il commencé à apprendre à téter (sonde gastrique, DAL, doigt-paille, à la cuiller) ? Qu'avez-vous ressenti lors de cette phase ? Y a-t-il eu une phase d'allaitement maternel au biberon ?

#### · **Aide à l'allaitement**

L'accompagnement des professionnels de santé au sujet de votre allaitement a-t-il correspondu à ce que vous souhaitiez ?

Vous êtes-vous sentie encouragée par le personnel soignant à la maternité ? Puis durant votre séjour en réanimation et néonatalogie ?

Vous a-t-on aidée pour les premières mises au sein ? Vous a-t-on aidée à reconnaître les signes de faim de votre bébé ? A reconnaître les signes de succion efficace ?

Des outils ont-ils été mis à votre disposition (score PIBBS selon Nyqvist, fleur de lait) ?

Communiquez-vous facilement avec l'équipe ?

Aviez-vous confiance en votre capacité à allaiter ?

Pensez-vous avoir rencontré des difficultés dans le suivi de votre allaitement ?

#### · **Suggestions**

Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la poursuite de l'allaitement maternel chez les enfants prématurés ?

Votre regard sur l'allaitement maternel a-t-il changé depuis votre expérience d'allaitement ?

Changeriez-vous quelque chose ?

### ANNEXE 3 : Données médicales

Age (moyenne)	30,6 ans
Statut marital	100% en couple
Profession	100% en activité
Niveau d'études	33,3 % : avant baccalauréat ou niveau CAP <sup>a</sup> /BEP <sup>b</sup>
	50% : niveau baccalauréat
	16,7 % : niveau master ou plus
Gestité	50% : primigeste
	16,7% : deuxième geste
	16,7% : troisième geste
	8,3% : quatrième geste
	8,3% : sixième geste
Parité	66,6% : primipare
	16,7% : deuxième pare
	16,7 % : troisième pare
Comorbidités durant la grossesse	58,3 % : aucune
	8,3% : métrorragies
	25% : rupture prématurée des membranes
	8,3% : retard de croissance intra-utérin
Grossesse spontanée ou induite	83,3% : spontanée
	16,7% : induite
Prématurité spontanée ou induite	83,3% : spontanée
	16,7% : induite
Terme de naissance (moyenne)	29,9 SA
Poids de naissance (moyenne)	1449 grammes
APGAR <sup>c</sup> à 1 minute de vie	6,9
Comorbidités et complications de la prématurité	66,7% : aucune
	33,3% : sepsis
	16,7% : dysplasie bronchopulmonaire
	8,3% : hémorragie intra-ventriculaire
Bilan à 3 mois	50 % : allaitement artificiel
	25% : allaitement maternel
	25% : allaitement mixte
Durée entretien (moyenne)	34 minutes
ATCD allaitement	75 % : premier allaitement
	25% : un antécédent d'allaitement

<sup>a</sup> CAP : Certificat d'Aptitudes Professionnelles

<sup>b</sup> BEP : Brevet d'Etudes professionnelles

<sup>c</sup> APGAR : score (1953) proposé par Virginia Apgar évaluant l'adaptation à la vie extra-utérine du nouveau-né

## ANNEXE 4 : Paroles de mamans

### Sur le défaut d'informations avant la naissance

Mère 1 : « L'allaitement ? Non je n'en avais jamais parlé, c'était prévu après la naissance avec la sage-femme ; en fait d'avoir les cours au 7<sup>e</sup> mois, c'est nul, on sait jamais quand on va accoucher donc faudrait le faire dès le début. »

Mère 2 : « J'ai pas besoin d'en parler parce que, je sais ce que je veux faire avec mon enfant, je sais que je vais l'allaiter, j'ai pas besoin d'avis, c'était décidé. »

Mère 3 : « L'allaitement ? Non, j'ai accouché trop tôt, je commençais les séances de préparation à l'accouchement la semaine d'après. Ma sage-femme m'avait dit, si vous avez besoin d'en parler, on insistera là-dessus mais il est né trop tôt »

M4 : « Pas trop, justement pour les cours de prépa je voulais un cours sur ça mais j'ai pas eu le temps de l'avoir ; j'étais carrément dans l'inconnu, c'est vraiment l'inconnu (rires). »

M5 : « Non c'était prévu pour la séance d'après. »

M6 : « Du coup comme ça avait pas du tout été abordé pendant la grossesse, je savais pas du tout si je voulais allaiter ou pas, je m'étais pas du tout fait d'avis. J'avais eu un entretien avec un pédiatre à la maternité mais on n'avait pas abordé l'allaitement... En fait j'ai eu toutes les infos en décalé, j'aurais pu anticiper sinon. »

M7 : « Non, aucune info, j'en ai juste eu par mon entourage, mon cercle d'amis. »

M8 : « Oui, vite fait avec ma gynéco, mais elle n'en a pas parlé tant que ça, c'est vrai qu'elle suivait plus ma grossesse, elle m'a dit 'vous êtes renseignée, je vous raconte pas tout'. »

M9 : « Le seul truc qu'on a pu discuter avec quelqu'un c'est 'est-ce que vous voulez allaiter/oui/d'accord', et après juste les politiques d'usage, pas boire, pas de drogues, etc.. »

M10 : « On avait même pas abordé le sujet comme j'ai accouché au 6<sup>e</sup> mois. »

M11 : « Du tout, parce que moi au début je voulais pas allaiter. »

M12 : « Oui, dès le départ avec la sage-femme. »

### Sur le défaut d'informations après la naissance

M1 : « Ok je voulais allaiter mais après on m'a pas expliqué plus, pourquoi c'est bien pour un bébé à terme mais surtout pourquoi c'est mieux pour un bébé prématuré »

M4 : « A la maternité, j'ai pas vu vraiment de professionnels de l'allaitement »

M6 : « Ben c'est pas le truc qu'on parle aux premiers abords, on est plus concentré sur le bébé, ses petits soins, ses examens... » ; « Si j'étais bien partie dès le début, si j'avais eu tous les trucs, je pense que ça aurait été moins galère » ;

Suggestions : « plus informer à la maternité, des conseils, des techniques... » ; « peut-être aussi avoir des infos sur les tire-laits, comment ils fonctionnent, moi je savais pas du tout régler la puissance par exemple » ; « et puis des dépliants, parce que du coup en grossesse patho ou à la maternité, en réa, on a du temps pour lire (*NB : parce que*) quand on les a, la lactation est déjà en place » ; « avoir le bagage avant pour s'armer et passer le cap plus facilement sans que ce soit trop lourd en plus de la prématurité » ; « c'est vraiment quand j'étais confrontée (*NB : à quelque chose*) que forcément, les questions arrivent »

M7 : « L'allaitement ? Elles (*NB : les sages-femmes*) nous en ont pas trop parlé à la maternité, c'est plus en réa que j'en ai entendu parler. J'étais stressée parce qu'on m'avait dit que ça pouvait prendre du temps, peut-être 2-3 jours avant que le lait arrive, c'est vrai que le 3<sup>e</sup> jour, le lait était pas arrivé, c'est angoissant de se dire 'est-ce que je vais en avoir, est-ce que ça va fonctionner'. »

M9 : « Toutes les questions que j'ai eu à poser, j'avais pas de réponses, c'était hyper frustrant. On m'a expliqué vite fait [...] que de toutes façons, du lait j'en aurais pas tout de suite,

et qu'il fallait que je stimule pour en avoir, et du coup ben y'avait pas énormément d'informations sur ce qu'il en était » ;

M10 : « Le problème c'est l'information, en fait on se serait tous concertés pour savoir comment faire, prendre l'avis de toutes les infirmières, ça aurait peut-être été différent » ;

Personne référente : « avec une référente on peut peut-être plus se projeter et puis arriver à se faire un peu plus une idée « ; « d'avoir une personne référente avec qui on s'entend, c'est-à-dire qu'on pourrait choisir »

### **Sur la difficulté d'établissement du lien mère-enfant**

M1 : Premier contact : « Je ne l'ai même pas vu moi, j'aurais aimé le voir, il est monté directement, je ne l'ai même pas vu une seule seconde [...] du coup, on se sent pas direct maman. » ; « C'est difficile de juste tirer son lait avec une machine, de ne pas avoir le contact.

Moi j'aurais voulu quand j'ai accouché, ne pas partir de l'hôpital »

M3 : Premier contact : « On s'est croisé dans le couloir, moi je remontais de la salle d'observation et lui montait dans sa chambre en réa, ils ont ouvert la couveuse donc j'ai pu le toucher et le voir pour la première fois. J'ai pas réalisé en fait que je ne l'ai ni vu ni entendu. »

Premier peau à peau au quatrième jour : « Oooooooooh ouais enfiiiiin !!! On prend conscience du fait qu'il est vraiment là. »

Difficultés à rester à l'hôpital : « J'avoue que ça me faisait du bien de rentrer chez moi dormir un peu, pour se ressourcer. »

M4 : Premier contact : « J'ai pu la toucher tout de suite, ils l'ont mis en peau à peau directement, c'était bien, ça m'a rassuré. »

M5 : Premier contact : « Je l'ai vu dès la naissance, il m'a fait 'coucou maman !' (rires) donc j'ai vu qu'il bougeait, qu'il était pas si petit que ça donc déjà ça m'a rassuré, et puis ils l'ont emmené »

Manque de contact : « Je l'aurais eu avec moi à mon sein, ça aurait été complètement différent... Le contact m'a manqué... Il était pas là, donc je me réveillais [*NB : pour tirer mon lait*] mais je me levais pas... y'avait rien de motivant aussi. » ; « Le fait d'avoir un autre enfant à la maison, j'arrivais pas du tout à gérer les choses, je profitais ni de l'un ni de l'autre. D'avoir les 2 [*ensemble*], ça aurait été plus simple »

M6 : « Le premier contact ? Très très rapide, je l'ai vu très rapidement [...] ils l'ont pris vite pour être un peu réanimée et puis je l'ai vu après elle était dans la couveuse, branchée de partout. »

Difficultés à rester à l'hôpital : « J'avais besoin de cette coupure, rentrer dormir dans mon lit, alors qu'ici [*NB : à l'hôpital*] ça puise pas mal d'énergie. »

M7 : Premier contact : « Quand ils l'ont posé sur moi [*NB : pour la première fois*], moi je voulais pas le voir, parce que (pleurs)...je savais pas s'il était viable, je savais même pas s'il était vivant, donc je voulais pas le regarder, je voulais pas m'attacher... Comme ça s'est passé en une demi-heure, moi on m'a pas expliqué, on m'a pas dit 'ça peut très bien se passer pour lui'. »

Accès à la chambre parents-enfant : « Ce qui est dommage c'est que quand l'un (*NB : des parents*) l'a en peau à peau, l'autre peut pas se reposer, donc on attendait d'avoir la chambre mère-enfant pour avoir des temps de repos plus facilement. »

M8 : Premier contact : « Une seconde hein franchement une seconde, les pédiatres l'ont récupéré tout de suite... C'est un peu traumatisant. »

Accès à la chambre parents-enfant : « J'aurais aimé l'avoir plus tôt, » « c'est vrai que on dort pas beaucoup »

M9 : Premier peau à peau : « C'est important parce qu'au début y'a pas le lien, en fait même si y'a un lien, c'est pas le même lien, c'est plus un lien d'inquiétude que le lien parental. »

Difficultés à rester à l'hôpital : « Je saurais pas trop dire... Ça permet de prendre un peu de distance sur les choses aussi, de pas être là constamment à ruminer. »

### **Sur les douleurs**

M2 : « Ça fait mal, c'est pas pareil que la bouche de l'enfant. »

M3 : « Les trois premiers jours, c'était une corvée pour moi de tirer mon lait, je me disais : 'est-ce que je vais y arriver, est-ce que je vais pas jeter l'éponge ?'. »

M6 : « Ça faisait très mal et y'avait rien qui sortait, c'est très frustrant, donc au bout de deux jours, j'avais envie d'arrêter. »

M8 : « Avant [*NB : qu'il tète*] déjà j'avais mal et après qu'il ait fini de téter, on est en feu, c'était vraiment très douloureux... A la fin je pleurais, j'en pouvais plus de cette douleur. »

### **Sur le poids culturel, importance de l'environnement familial**

M8 : « La question ne s'est pas posée, on savait » ; « et puis ben d'avoir vu mes sœurs, de savoir que maman l'a fait, j'avais les modèles, c'est mes modèles qui m'ont poussé à allaiter. »

### **Sur le soutien des équipes**

M2 : « Toujours rassurant et toujours rassurée. J'avais bien peur pour elle (*NB : sa fille*) mais en même temps bien accompagnée donc euh, ça fait que la peur avait diminué »

M3 : « On est hyper bien encadré, une vraie écoute, une vraie présence, une vraie bienveillance... Y'a beaucoup de bienveillance dans la manière d'expliquer les choses... C'est le soutien des puéricultrices qui m'a porté, parce que là j'étais prête à me dire, ça marche plus, j'arrête. »

M5 : « Elles [*NB : les puéricultrices*] m'ont beaucoup soutenue, c'est grâce à elles que j'ai pu accepter l'idée [*NB : d'arrêter*] sans trop culpabiliser. »

M7 : « On a toujours été guidé, rassuré, formé, vraiment une formation de parents. »

### **Sur la prématurité**

M6 : « C'est vraiment un truc lourd (*NB : l'allaitement*) qui vient se rajouter en plus de l'accouchement et de la prématurité, c'est vraiment un truc en plus à gérer, et en plus on se concentre pas sur ça, c'est pas le truc primordial, c'est d'abord notre bébé en priorité, nous après et après l'allaitement. »

M7 : Prématurité : « L'angoisse... On nous a dit que y'aurait des hauts, mais aussi des bas, et on avait très peur des moments qui auraient pu être plus compliqués. Et une fois qu'on a quitté la réa, beaucoup de risques sont déjà enlevés, c'était bon, c'était 'Oufffff, l'épée de Damoclès qui était au-dessus de sa tête, ouuuf elle était partie'. »

Allaitement : « Le lactarium me disait, tirez bien (*NB : votre lait*), mais du coup oui faut tirer, mais faut aussi dormir et faut aussi manger ! »

M9 : Prématurité : « En gros, c'est comme si on vivait la fin de la grossesse mais qu'on la voyait à travers une bulle, la couveuse. »

## **MOTS-CLES**

Grands prématurés

Allaitement maternel

Freins

Information du patient

Etude qualitative

## **RESUME**

### **INTRODUCTION**

Les bénéfices de l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré sont nombreux. Cependant, la prévalence et la durée d'allaitement chez ces enfants sont plus faibles que chez les nourrissons à terme. Dans le contexte stressant qu'est la naissance d'un enfant prématuré, il semble intéressant de se concentrer sur le ressenti des mères pour connaître ce qui les incite à ne pas initier ou maintenir leur allaitement. Le but de ce travail était d'explorer les freins à l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés par une méthode qualitative.

### **METHODE**

Il s'agissait d'une étude prospective qualitative monocentrique par des entretiens individuels semi-directifs chez des mères ayant accouché au CHU de Poitiers d'enfants grands prématurés durant la période de l'étude et souhaitant allaiter.

L'objectif principal était d'identifier les facteurs inhibiteurs de l'allaitement maternel chez ces mères. Les objectifs secondaires étaient l'étude des facteurs facilitateurs d'allaitement maternel, le recueil d'expériences d'allaitement de ces mères et le recueil à 3 mois de vie du mode d'alimentation de leur nourrisson.

### **RESULTATS**

Douze mères ont participé à l'étude de juillet à décembre 2018. Trois facteurs inhibiteurs principaux ont été mis en évidence : le défaut d'informations anténatales sur l'allaitement, le manque d'informations reçues durant l'hospitalisation des nouveau-nés et la difficulté d'établissement du lien mère-enfant.

### **CONCLUSION**

Les principaux freins à l'allaitement ressentis par les mères démontraient l'importance de la promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, de disposer d'un personnel formé en allaitement responsable de l'information durant l'hospitalisation de leurs enfants et de favoriser un contact mère-enfant précoce et prolongé pour permettre l'établissement du lien.

## **ABSTRACT**

### **INTRODUCTION**

Breastfeeding health benefits have been widely reported. However, the prevalence and duration of breastfeeding of these children are lower than in term infants. In the stressful context that is the birth of a premature child, it seems interesting to focus on the feeling of the mothers to see what incite them not initiate or not maintain their breastfeeding. The aim of this study was to identify the barriers to breastfeeding very preterm infants by a qualitative analysis.

### **METHODS**

We conducted of a single-site prospective qualitative study with semi-structured individual interviews with mothers who gave birth of very preterm infants in Poitiers hospital, and wishing to breastfeed during the study period.

The main objective was to identify barriers of breastfeeding among these mothers. Secondary objectives were to highlight facilitating factors of breastfeeding, the typology of breastfeeding experiences of these mothers and the infants feeding mode at 3 months of life.

### **RESULTS**

Twelve mothers were included in the study from July to December 2018. Three main barriers have been identified: the lack of antenatal information about breastfeeding, the lack of information received during hospitalization of newborns and the difficulty in establishing the mother-infant bond.

### **CONCLUSION**

Main barriers of breastfeeding reported by mothers showed the importance of promotion of breastfeeding during pregnancy, of availability of health care professionals trained in lactation responsible of information during infants hospitalization and to promote early and longer contact to establish bonding.

### **KEY WORDS**

Very preterm infants, breastfeeding, barriers, patient's information, qualitative study.





UNIVERSITE DE POITIERS

*Faculté de Médecine et de Pharmacie*



---

## SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



# **Freins à l'allaitement maternel chez les mères de grands prématurés qui souhaitent allaiter : Enquête prospective qualitative**

## **RESUME**

### **INTRODUCTION**

Les bénéfices de l'allaitement maternel chez l'enfant prématuré sont nombreux. Cependant, la prévalence et la durée d'allaitement chez ces enfants sont plus faibles que chez les nourrissons à terme. Dans le contexte stressant qu'est la naissance d'un enfant prématuré, il semble intéressant de se concentrer sur le ressenti des mères pour connaître ce qui les incite à ne pas initier ou maintenir leur allaitement. Le but de ce travail était d'explorer les freins à l'allaitement maternel chez les mères d'enfants grands prématurés par une méthode qualitative.

### **METHODE**

Il s'agissait d'une étude prospective qualitative monocentrique par des entretiens individuels semi-directifs chez des mères ayant accouché au CHU de Poitiers d'enfants grands prématurés durant la période de l'étude et souhaitant allaiter.

L'objectif principal était d'identifier les facteurs inhibiteurs de l'allaitement maternel chez ces mères. Les objectifs secondaires étaient l'étude des facteurs facilitateurs d'allaitement maternel, le recueil d'expériences d'allaitement de ces mères et le recueil à 3 mois de vie du mode d'alimentation de leur nourrisson.

### **RESULTATS**

Douze mères ont participé à l'étude de juillet à décembre 2018. Trois facteurs inhibiteurs principaux ont été mis en évidence : le défaut d'informations anténatales sur l'allaitement, le manque d'informations reçues durant l'hospitalisation des nouveau-nés et la difficulté d'établissement du lien mère-enfant.

### **CONCLUSION**

Les principaux freins à l'allaitement ressentis par les mères démontraient l'importance de la promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, de disposer d'un personnel formé en allaitement responsable de l'information durant l'hospitalisation de leurs enfants et de favoriser un contact mère-enfant précoce et prolongé pour permettre l'établissement du lien.

## **MOTS-CLES**

Grands prématurés ; Allaitement maternel ; Freins ; Information du patient ; Etude qualitative