

2015-2016

# THÈSE

pour le

## DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MÉDECINE GÉNÉRALE

# Devenir et vécu de l'allaitement de l'enfant prématuré après le retour à domicile

Étude qualitative auprès de mères d'enfants nés prématurés  
et hospitalisés en néonatalogie au CHU d'Angers

**ROURA Emmanuelle**

Née le 09 juillet 1986 à Nantes (44)

Sous la direction de Madame le Professeur BARON-HAURY Céline

### Membres du jury

|                                           |           |
|-------------------------------------------|-----------|
| Madame le Professeur GASCOIN Géraldine    | Président |
| Madame le Professeur BARON-HAURY Céline   | Directeur |
| Madame Le Docteur DE CASABIANCA Catherine | Membre    |
| Madame le Docteur MERCIER Marie-Bénédicte | Membre    |

Soutenue publiquement le :  
20 octobre 2016



UFR SANTÉ



# ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Roura Emmanuelle  
déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une  
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,  
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.  
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées  
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **19/09/2016**

# LISTE DES ENSEIGNANTS DE L'UFR SANTÉ D'ANGERS

---

**Directeur de l'UFR :** Pr Isabelle RICHARD

**Directeur adjoint de l'UFR et directeur du département de pharmacie :** Pr Frédéric LAGARCE

**Directeur du département de médecine :** Pr Nicolas LEROLLE

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

|                             |                                                    |           |
|-----------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| ABRAHAM Pierre              | Physiologie                                        | Médecine  |
| ASFAR Pierre                | Réanimation                                        | Médecine  |
| AUBE Christophe             | Radiologie et imagerie médicale                    | Médecine  |
| AUDRAN Maurice              | Rhumatologie                                       | Médecine  |
| AZZOUZI Abdel Rahmène       | Urologie                                           | Médecine  |
| BARON-HAURY Céline          | Médecine générale                                  | Médecine  |
| BARTHELAIX Annick           | Biologie cellulaire                                | Médecine  |
| BATAILLE François-Régis     | Hématologie ; transfusion                          | Médecine  |
| BAUFRETON Christophe        | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire           | Médecine  |
| BEAUCHET Olivier            | Gériatrie et biologie du vieillissement            | Médecine  |
| BENOIT Jean-Pierre          | Pharmacotechnie                                    | Pharmacie |
| BEYDON Laurent              | Anesthésiologie-réanimation                        | Médecine  |
| BIZOT Pascal                | Chirurgie orthopédique et traumatologique          | Médecine  |
| BONNEAU Dominique           | Génétique                                          | Médecine  |
| BOUCHARA Jean-Philippe      | Parasitologie et mycologie                         | Médecine  |
| BRIET Marie                 | Pharmacologie                                      | Médecine  |
| CAILLIEZ Eric               | Médecine générale                                  | Médecine  |
| CALES Paul                  | Gastroentérologie ; hépatologie                    | Médecine  |
| CAMPONE Mario               | Cancérologie ; radiothérapie                       | Médecine  |
| CAROLI-BOSC François-Xavier | Gastroentérologie ; hépatologie                    | Médecine  |
| CHABASSE Dominique          | Parasitologie et mycologie                         | Médecine  |
| CHAPPARD Daniel             | Cytologie et histologie                            | Médecine  |
| CONNAN Laurent              | Médecine générale                                  | Médecine  |
| COUTANT Régis               | Pédiatrie                                          | Médecine  |
| COUTURIER Olivier           | Biophysique et médecine nucléaire                  | Médecine  |
| CUSTAUD Marc-Antoine        | Physiologie                                        | Médecine  |
| DARSONVAL Vincent           | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine  |
| DE BRUX Jean-Louis          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire           | Médecine  |
| DESCAMPS Philippe           | Gynécologie-obstétrique                            | Médecine  |
| DIQUET Bertrand             | Pharmacologie                                      | Médecine  |
| DUVAL Olivier               | Chimie thérapeutique                               | Pharmacie |
| DUVERGER Philippe           | Pédopsychiatrie                                    | Médecine  |
| ENON Bernard                | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire         | Médecine  |
| EVEILLARD Mathieu           | Bactériologie-virologie                            | Pharmacie |
| FANELLO Serge               | Épidémiologie ; économie de la santé et prévention | Médecine  |
| FAURE Sébastien             | Pharmacologie physiologie                          | Pharmacie |
| FOURNIER Henri-Dominique    | Anatomie                                           | Médecine  |
| FURBER Alain                | Cardiologie                                        | Médecine  |
| GAGNADOUX Frédéric          | Pneumologie                                        | Médecine  |
| GARNIER François            | Médecine générale                                  | Médecine  |
| GARRE Jean-Bernard          | Psychiatrie d'adultes                              | Médecine  |
| GASCOIN Géraldine           | Pédiatrie                                          | Médecine  |
| GOHIER Bénédicte            | Psychiatrie d'adultes                              | Médecine  |
| GRANRY Jean-Claude          | Anesthésiologie-réanimation                        | Médecine  |
| GUARDIOLA Philippe          | Hématologie ; transfusion                          | Médecine  |

|                          |                                                    |           |
|--------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| GUILET David             | Chimie analytique                                  | Pharmacie |
| HAMY Antoine             | Chirurgie générale                                 | Médecine  |
| HUEZ Jean-François       | Médecine générale                                  | Médecine  |
| HUNAUULT-BERGER Mathilde | Hématologie ; transfusion                          | Médecine  |
| IFRAH Norbert            | Hématologie ; transfusion                          | Médecine  |
| JARDEL Alain             | Physiologie                                        | Pharmacie |
| JEANNIN Pascale          | Immunologie                                        | Médecine  |
| JOLY-GUILLOU Marie-Laure | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière     | Médecine  |
| LACCOURREYE Laurent      | Oto-rhino-laryngologie                             | Médecine  |
| LAGARCE Frédéric         | Biopharmacie                                       | Pharmacie |
| LARCHER Gérald           | Biochimie et biologie moléculaires                 | Pharmacie |
| LASOCKI Sigismond        | Anesthésiologie-réanimation                        | Médecine  |
| LAUMONIER Frédéric       | Chirurgie infantile                                | Médecine  |
| LEFTHERIOTIS Georges     | Physiologie                                        | Médecine  |
| LEGRAND Erick            | Rhumatologie                                       | Médecine  |
| LERMITE Emilie           | Chirurgie générale                                 | Médecine  |
| LEROLLE Nicolas          | Réanimation                                        | Médecine  |
| LUNEL-FABIANI Françoise  | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière     | Médecine  |
| MARCHAIS Véronique       | Bactériologie-virologie                            | Pharmacie |
| MARTIN Ludovic           | Dermato-vénéréologie                               | Médecine  |
| MENEI Philippe           | Neurochirurgie                                     | Médecine  |
| MERCAT Alain             | Réanimation                                        | Médecine  |
| MERCIER Philippe         | Anatomie                                           | Médecine  |
| MILEA Dan                | Ophtalmologie                                      | Médecine  |
| PAPON Nicolas            | Parasitologie mycologie                            | Pharmacie |
| PASSIRANI Catherine      | Chimie générale                                    | Pharmacie |
| PELLIER Isabelle         | Pédiatrie                                          | Médecine  |
| PICHARD Eric             | Maladies infectieuses ; maladies tropicales        | Médecine  |
| PICQUET Jean             | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire         | Médecine  |
| PODEVIN Guillaume        | Chirurgie infantile                                | Médecine  |
| PROCACCIO Vincent        | Génétique                                          | Médecine  |
| PRUNIER Fabrice          | Cardiologie                                        | Médecine  |
| REYNIER Pascal           | Biochimie et biologie moléculaire                  | Médecine  |
| RICHARD Isabelle         | Médecine physique et de réadaptation               | Médecine  |
| RICHOMME Pascal          | Pharmacognosie                                     | Pharmacie |
| RODIEN Patrice           | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques   | Médecine  |
| ROHMER Vincent           | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques   | Médecine  |
| ROQUELAURE Yves          | Médecine et santé au travail                       | Médecine  |
| ROUGE-MAILLART Clotilde  | Médecine légale et droit de la santé               | Médecine  |
| ROUSSEAU Audrey          | Anatomie et cytologie pathologiques                | Médecine  |
| ROUSSEAU Pascal          | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique | Médecine  |
| ROUSSELET M.-Christine   | Anatomie et cytologie pathologiques                | Médecine  |
| ROY Pierre-Marie         | Thérapeutique ; médecine d'urgence                 | Médecine  |
| SAINT-ANDRE Jean-Paul    | Anatomie et cytologie pathologiques                | Médecine  |
| SAULNIER Patrick         | Biophysique pharmaceutique et biostatistique       | Pharmacie |
| SENTILHES Loïc           | Gynécologie-obstétrique                            | Médecine  |
| SERAPHIN Denis           | Chimie organique                                   | Pharmacie |
| SUBRA Jean-François      | Néphrologie                                        | Médecine  |
| UGO Valérie              | Hématologie ; transfusion                          | Médecine  |
| URBAN Thierry            | Pneumologie                                        | Médecine  |
| VENIER Marie-Claire      | Pharmacotechnie                                    | Pharmacie |
| VERNY Christophe         | Neurologie                                         | Médecine  |
| WILLOTEAUX Serge         | Radiologie et imagerie médicale                    | Médecine  |
| ZAHAR Jean-Ralph         | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière     | Médecine  |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

|                            |                                                             |           |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------|
| ANNAIX Véronique           | Biochimie et biologie moléculaires                          | Pharmacie |
| ANNWEILER Cédric           | Gériatrie et biologie du vieillissement                     | Médecine  |
| AUGUSTO Jean-François      | Néphrologie                                                 | Médecine  |
| BAGLIN Isabelle            | Pharmaco-chimie                                             | Pharmacie |
| BASTIAT Guillaume          | Biophysique et biostatistique                               | Pharmacie |
| BEAUVILLAIN Céline         | Immunologie                                                 | Médecine  |
| BELIZNA Cristina           | Médecine interne                                            | Médecine  |
| BELLANGER William          | Médecine générale                                           | Médecine  |
| BENOIT Jacqueline          | Pharmacologie et pharmacocinétique                          | Pharmacie |
| BIGOT Pierre               | Urologie                                                    | Médecine  |
| BLANCHET Odile             | Hématologie ; transfusion                                   | Médecine  |
| BOISARD Séverine           | Chimie analytique                                           | Pharmacie |
| BOURSIER Jérôme            | Gastroentérologie ; hépatologie                             | Médecine  |
| CAPITAIN Olivier           | Cancérologie ; radiothérapie                                | Médecine  |
| CASSEREAU Julien           | Neurologie                                                  | Médecine  |
| CHEVAILLER Alain           | Immunologie                                                 | Médecine  |
| CHEVALIER Sylvie           | Biologie cellulaire                                         | Médecine  |
| CLERE Nicolas              | Pharmacologie                                               | Pharmacie |
| CRONIER Patrick            | Chirurgie orthopédique et traumatologique                   | Médecine  |
| DE CASABIANCA Catherine    | Médecine générale                                           | Médecine  |
| DERBRE Séverine            | Pharmacognosie                                              | Pharmacie |
| DESHAYES Caroline          | Bactériologie virologie                                     | Pharmacie |
| DINOMAS Mickaël            | Médecine physique et de réadaptation                        | Médecine  |
| DUCANCELLE Alexandra       | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière              | Médecine  |
| FERRE Marc                 | Biologie moléculaire                                        | Médecine  |
| FLEURY Maxime              | Immunologie                                                 | Pharmacie |
| FORTRAT Jacques-Olivier    | Physiologie                                                 | Médecine  |
| HELESBEUX Jean-Jacques     | Chimie organique                                            | Pharmacie |
| HINDRE François            | Biophysique                                                 | Médecine  |
| JEANGUILLAUME Christian    | Biophysique et médecine nucléaire                           | Médecine  |
| JOUSSET-THULLIER Nathalie  | Médecine légale et droit de la santé                        | Médecine  |
| KEMPF Marie                | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière              | Médecine  |
| LACOEUILLE Franck          | Biophysique et médecine nucléaire                           | Médecine  |
| LANDREAU Anne              | Botanique                                                   | Pharmacie |
| LE RAY-RICHOMME Anne-Marie | Valorisation des substances naturelles                      | Pharmacie |
| LEPELTIER Elise            | Chimie générale Nanovectorisation                           | Pharmacie |
| LETOURNEL Franck           | Biologie cellulaire                                         | Médecine  |
| LIBOUBAN Hélène            | Histologie                                                  | Médecine  |
| MALLET Sabine              | Chimie Analytique et bromatologie                           | Pharmacie |
| MAROT Agnès                | Parasitologie et mycologie médicale                         | Pharmacie |
| MAY-PANLOUP Pascale        | Biologie et médecine du développement et de la reproduction | Médecine  |
| MESLIER Nicole             | Physiologie                                                 | Médecine  |
| MOUILLIE Jean-Marc         | Philosophie                                                 | Médecine  |
| NAIL BILLAUD Sandrine      | Immunologie                                                 | Pharmacie |
| PAPON Xavier               | Anatomie                                                    | Médecine  |
| PASCO-PAPON Anne           | Radiologie et imagerie médicale                             | Médecine  |
| PECH Brigitte              | Pharmacotechnie                                             | Pharmacie |
| PENCHAUD Anne-Laurence     | Sociologie                                                  | Médecine  |
| PETIT Audrey               | Médecine et santé au travail                                | Médecine  |
| PIHET Marc                 | Parasitologie et mycologie                                  | Médecine  |
| PRUNIER Delphine           | Biochimie et biologie moléculaire                           | Médecine  |
| RIOU Jérémie               | Biostatistique                                              | Pharmacie |

ROGER Emilie  
SCHINKOWITZ Andréas  
SIMARD Gilles  
TANGUY-SCHMIDT Aline  
TRICAUD Anne  
TURCANT Alain

Pharmacotechnie  
Pharmacognosie  
Biochimie et biologie moléculaire  
Hématologie ; transfusion  
Biologie cellulaire  
Pharmacologie

Pharmacie  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Médecine

#### AUTRES ENSEIGNANTS

AMIARD Stéphane  
AUTRET Erwan  
BRUNOIS-DEBU Isabelle  
CAVAILLON Pascal  
CHIKH Yamina  
FISBACH Martine  
LAFFILHE Jean-Louis  
LETERTRE Elisabeth  
O'SULLIVAN Kayleigh

Informatique  
Anglais  
Anglais  
Pharmacie Industrielle  
Économie-Gestion  
Anglais  
Officine  
Coordination ingénierie de formation  
Anglais

Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine  
Pharmacie  
Médecine  
Médecine

# REMERCIEMENTS

A Madame le Professeur GASCOIN, merci de me faire l'honneur d'assurer la présidence du jury.

A Madame le Professeur BARON-HAURY qui a accepté de diriger ma thèse, je vous remercie de vos conseils avisés et de votre disponibilité qui m'ont permis de mener à bien ce travail qui me tenait à cœur.

A Madame le Docteur DE CASABIANCA, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt porté à mon travail.

A Madame le Docteur MERCIER, merci d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt porté à mon travail.

A Madame Coneau, merci pour votre précieuse aide et le temps que vous m'avez accordé.

A toutes les mamans qui ont accepté de participer à mon étude et m'ont permis de réaliser ce projet.

A mes parents pour leur soutien de jour comme de nuit (souvenir du Bac!), merci d'avoir toujours cru en moi et d'avoir fait de moi l'adulte que je suis aujourd'hui, vous êtes mes modèles.

A ma sœur adorée Camille, c'est un peu toi qui a fait naître ma vocation de médecin et mon beau-frère Maxime.

A ma belle-famille, merci de m'avoir accueilli à bras ouverts chez les Velly et en particulier à Solène «Tata Tinique » pour sa relecture.

A Laly ma super nounou, j'ai pu vous confier mes enfants en toute confiance ce qui m'a permis de poursuivre mon internat sereinement, merci pour tous vos bons conseils vous nous manquez.

A mes amis, merci d'être toujours là dans les bons et moins bons moments.

- Pauline, Sandra, Sandrine, Bichon, Julie : mes vieilles branches pour notre belle amitié et nos fous rires depuis les bancs de la maternelle et du collège

-Sido, Ronan, JB, Aude, Jérem, Mélanie, Audrey (et les chaussures de Mimi), et tous leurs loupiots : à nos soirées jeux et raclette qui doivent maintenant se terminer avant 23h !!

-Marcus, Lady Gaga, Fabien pour nos Quick D du mercredi sur fond de nanards télévisuels véritable pause détente pendant nos longues études !!

-Angie, ma chef de picnic préférée qui est vraiment partie trop loin!

-les mamounes pour cette belle aventure et merci Narjes pour tes talents de traductrice.

-Dani ma super prof de sport, je suis sûre que tu deviendras un excellent médecin.

Aux 4 hommes de ma vie : Damien mon futur mari et mes enfants Sacha, Naël, Silas ma source d'inspiration pour cette thèse, je vous aime profondément.



## Liste des abréviations

[illegible]

# Plan

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

## INTRODUCTION

## MÉTHODES

## RÉSULTATS

1. Caractéristiques de la population
2. La décision d'allaiter influencée par la prématurité mais peu éclairée par une information en prénatal
  - 2.1. La décision d'allaiter était influencée par la prématurité
  - 2.2. La question de l'allaitement avait été peu abordée au cours de la grossesse et ses bénéfices chez le prématuré rarement énoncés pour les mères concernées malgré leurs attentes
3. Une mise en place de l'allaitement souvent difficile mais motivée par la prématurité et facilitée par une expérience d'allaitement antérieur
  - 3.1. La prématurité était source de difficultés particulières exigeant un fort investissement maternel
  - 3.2. Une expérience moins satisfaisante que celle attendue
  - 3.3. Un allaitement maintenu avec force pour le bien de l'enfant
  - 3.4. Une expérience facilitée par un allaitement antérieur mais compliquée par l'aspect moins « naturel » et les inquiétudes en lien avec la fragilité du bébé
4. Le maintien de l'allaitement favorisé par l'accompagnement lors de l'hospitalisation et un suivi souhaité à domicile
  - 4.1. Le temps d'hospitalisation permettait de répondre aux interrogations des femmes et de fournir les conseils nécessaires
  - 4.2. L'unité mère enfant (UME) et le passage en chambre maman accompagnante étaient des facteurs favorisant l'allaitement et préparant le retour à domicile
  - 4.3. Un suivi de l'allaitement n'était pas proposé de manière systématique à la sortie malgré les attentes
5. Le retour à domicile, à la fois attendu et source d'inquiétudes : une transition d'un allaitement encadré vers une personnalisation du soin maternel
  - 5.1. Il était vécu comme un soulagement permettant de profiter de l'allaitement et d'investir d'avantage la relation mère-enfant
  - 5.2. Un retour à domicile parfois angoissant après une hospitalisation encadrée mais soutenu par l'entourage et les professionnels
  - 5.3. Le poids de l'enfant était au centre des préoccupations maternelles avec un recours à la pesée nécessaire mais adapté
  - 5.4. L'évolution des modalités d'allaitement était fortement liée aux motivations initiales des mères
6. Une complexité du parcours d'allaitement fortement compensée par les bénéfices émotionnels
  - 6.1. L'allaitement un vecteur du lien mère-enfant
  - 6.2. Les mères rapportaient une satisfaction de donner à leur enfant une alimentation saine naturelle et adaptée
  - 6.3. Les côtés pratique et financier étaient aussi évoqués
  - 6.4. Les apports de l'allaitement étaient supérieurs aux efforts fournis

7. Les principales attentes des mères étaient un désir de soutien, d'encouragements de la part de l'entourage et des professionnels de santé et un souhait d'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie

7.1. Les mères s'appuyaient sur le soutien de l'entourage et en particulier sur celui du père et de sa participation

7.2. Les mères attendaient des professionnels de santé un soutien, des conseils basés sur des connaissances et une écoute non jugeante qui accompagnent leur choix

7.3. Il existe une attente quant à l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie

## **DISCUSSION ET CONCLUSION**

1. Forces et biais de l'étude

2. Discussion des principaux résultats

2.1. La décision d'allaiter était peu éclairée par une information en prénatal

2.2. Le maintien de l'allaitement était favorisé par l'accompagnement lors de l'hospitalisation, il existait néanmoins une attente concernant l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie

2.3. Un suivi de l'allaitement n'était pas systématiquement proposé à la sortie malgré les attentes maternelles

2.4. A domicile, le poids de l'enfant était au centre des préoccupations maternelles

2.5. L'allaitement était favorisé par une expérience d'allaitement antérieur et son évolution fortement liée aux motivations initiales des mères

2.6. L'allaitement vecteur de bénéfices émotionnels

2.7. L'entourage avait un rôle majeur dans le soutien de l'allaitement

2.8. Conclusion

## **BIBLIOGRAPHIE**

## **LISTE DES FIGURES**

## **TABLE DES MATIÈRES**

## **ANNEXES**

# INTRODUCTION

L'OMS recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et sa poursuite associée à la diversification jusqu'à 2 ans ou plus [1], ces préconisations sont reprises par différentes instances nationales et internationales comme la Société Française de Pédiatrie, le Plan National Nutrition Santé (PNNS), la Haute Autorité de Santé (2002).

Les différentes recherches scientifiques s'accordent quant à la supériorité du lait maternel, celui-ci s'adaptant parfaitement à la croissance de l'enfant. Les bénéfices pour l'enfant et la mère sont bien établis [2] : diminution de l'incidence et de la gravité des infections ORL, digestives et respiratoires, réduction du risque allergique chez les nourrissons à risque, prévention de l'obésité, chiffres tensionnels et cholestérolémie inférieurs à l'âge adulte, favorisation du lien mère-enfant. Chez la mère on observe une perte de poids plus rapide et une diminution des hémorragies génitales après l'accouchement, une réduction des cancers du sein et des ovaires avant la ménopause, et un moindre risque ostéoporotique après la ménopause.

Chez les nouveaux nés prématurés le lait maternel est également le lait de référence [3]. Des bénéfices spécifiques à cette population ont été et continuent d'être démontrés par de nombreuses études [4,5]. Elles relèvent les avantages suivants :

- diminution de l'incidence et de la gravité des entérocolites ulcéronécrosantes [6,7] et des infections,
- amélioration du développement neurologique avec augmentation des scores de performance intellectuelle et effet dose dépendant [8-11],
- réduction du risque de rétinopathie du prématuré [12],
- meilleure stabilité physiologique au sein [13],
- meilleure croissance post natale si retard de croissance intra-utérin.

L'allaitement maternel permet surtout à la mère de se sentir plus active dans les soins de son bébé dans ce contexte difficile et très médicalisé de la prématurité et de favoriser ainsi l'établissement du lien mère-enfant [14].

Cependant, la prévalence et durée d'allaitement semblent plus faibles chez les enfants prématurés notamment en France. En effet, dans l'étude MOSAIC de 2003, sa prévalence en France à la sortie d'hospitalisation chez les prématurés était la plus basse d'Europe : 19% en Bourgogne, 26% en Ile de France contre 70% au Lazio en Italie [15].

L'allaitement du prématuré est difficile : l'apprentissage des tétées parfois long nécessite une certaine stabilité physiologique de l'enfant et les mères doivent le plus souvent initier la lactation en tirant leur lait. Le stress parental important en cas de naissance prématurée peut freiner le désir d'allaitement. De plus les services hospitaliers ne sont pas toujours organisés pour répondre aux besoins d'un allaitement maternel du fait de la séparation physique mère-enfant, d'une mise au sein tardive ou du manque de formation du personnel [5]. Une enquête réalisée au CHU de Toulouse en 2002 auprès de 56 mères montrait que si 85 % des femmes souhaitaient allaiter avant la naissance de leur enfant, 43 % initiaient la lactation et seulement 25 % continuaient à tirer leur lait dans les premières semaines. Le taux d'allaitement à la sortie de l'unité était de 19 % [16].

La prévalence de l'allaitement maternel et de son devenir chez les enfants prématurés après la sortie d'hospitalisation restent mal connus notamment en France. Malgré un désir important de la mère on constate souvent qu'il a été arrêté au retour à domicile [17].

Une étude qualitative réalisée aux USA en 1993 auprès de 20 mères un mois après l'hospitalisation de leur enfant prématuré, mettait en évidence l'apparition de préoccupations maternelles spécifiques. La crainte principale était que leur enfant de petit poids de naissance soit insuffisamment nourri. [18] Dans un article, PP Meier précise que «les prématurés ne sont pas des enfants à terme en plus petit» et qu'en conséquence les stratégies d'allaitement utilisées doivent être adaptées pour être efficaces et non nocives. Les comportements alimentaires des prématurés différant, il est nécessaire de faire du soutien spécifique et individualisé une priorité [19].

Le retour à domicile de l'enfant prématuré est souvent très attendu, mais après une hospitalisation parfois longue, entourée d'un personnel soignant très cadrant il semble important de savoir comment se poursuit l'allaitement à domicile.

## MÉTHODES

Il s'agissait d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés auprès de 12 mères d'enfants nés prématurément (< 37 semaines d'aménorrhée) ayant été hospitalisés en néonatalogie au CHU d'Angers. La population était constituée de mères poursuivant leur allaitement maternel à la sortie d'hospitalisation sous quelque forme que ce soit : exclusif, partiel, tire-allaitement.

Le recrutement a été fait selon un échantillonnage à variation maximale concernant la parité, l'existence d'un allaitement antérieur, l'âge maternel et l'âge gestationnel de naissance.

Le premier contact avec les mères correspondant aux critères d'inclusion se faisait par le biais de la puéricultrice référente en lactation du service de néonatalogie du CHU d'Angers dans les jours précédant la sortie d'hospitalisation. Elle leur remettait une lettre d'information expliquant l'étude et prenait les coordonnées des mères acceptant de participer.

Les mères volontaires étaient recontactées par la thésarde par téléphone afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien au cours du deuxième mois après le retour à domicile de l'enfant.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir des données de la littérature. Les thèmes principaux d'exploration portaient sur le devenir de l'allaitement à domicile, le vécu et l'expérience de l'allaitement, les attentes maternelles. Un premier entretien test a été relu avec la directrice de thèse afin de s'assurer de sa pertinence.

Les entretiens se sont déroulés de novembre 2015 à juin 2016. La thésarde rencontrait les participantes à leur domicile après recueil de leur consentement écrit. Les entretiens d'une durée moyenne de 26 minutes étaient enregistrés par dictaphone puis intégralement retranscrits sur ordinateur constituant le verbatim de l'étude. Les données ont été anonymisées, un chiffre a été attribué à chaque entretien.

Les données ont été codées manuellement par l'investigatrice et par la puéricultrice référente en lactation du CHU puis analysées sous forme thématique. Le choix du codage a été générique, reposant sur une liste de thèmes établis à priori mais laissant la possibilité de découvrir des thèmes insoupçonnés.

# RÉSULTATS

## 1. Caractéristiques de la population

La population se composait de 12 mères ayant accouché au CHU d'Angers d'un enfant prématuré (<37 semaines d'aménorrhée) et ayant maintenu l'allaitement jusqu'à la sortie d'hospitalisation de leur enfant.

Toutes étaient de nationalité française.

Elles vivaient toutes en couple : 3 étaient mariées et 9 vivaient en concubinage.

L'âge des participantes allait de 22 à 33 ans avec une moyenne d'âge de 28,75 ans

La parité allait de 1 à 4 enfants. Il y avait 2 mamans de jumeaux.

Il s'agissait pour 6 des mères d'un premier allaitement, les 6 autres avaient déjà allaité par le passé.

Le niveau d'études des mères était variable allant d'un niveau CAP/BEP à un niveau Bac+5.

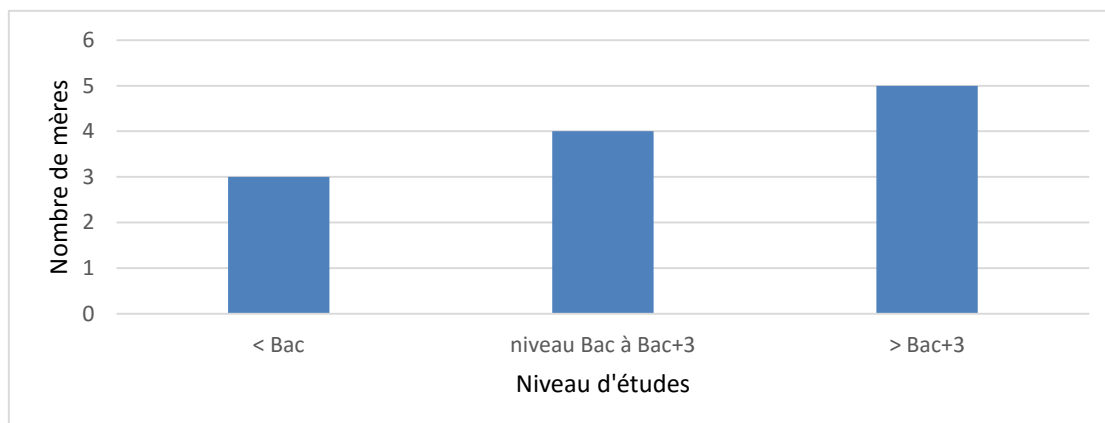


Figure 1 : Niveau d'études maternel

1 des enfants relevait de l'extrême prématurité (<28 semaines d'aménorrhée), 2 de la grande prématurité (entre 28 et 32 Sa) et 9 de la prématurité moyenne (entre 32 et 37 sa).

3 mères avaient sevré leur enfant lors de l'entretien, 4 allaitaient de manière mixte (dont 2 qui allaitaient exclusivement à la sortie de l'hôpital) et 5 allaitement exclusivement (dont une par tire-allaitement).

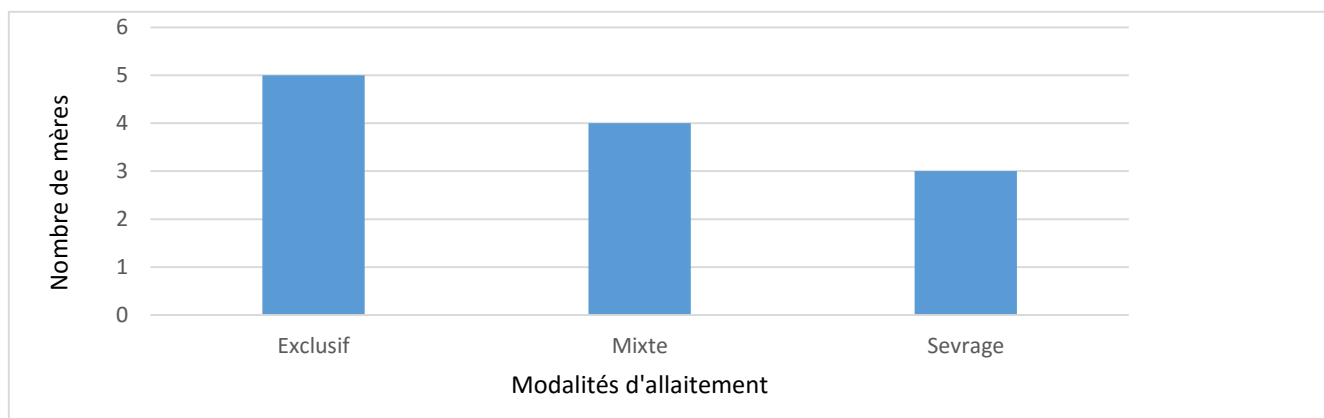


Figure 2 : Modalités d'allaitement lors de l'entretien

## 2. La décision d'allaiter influencée par la prématurité mais peu éclairée par une information en prénatal

### 2.1. La décision d'allaiter était influencée par la prématurité

Souvent elle était prise avant la naissance mais renforcée par la prématurité.

« E2 : le fait qu'ils soient prématuré, j'avais encore plus envie d'allaiter et au moins de tirer mon lait qu'ils aient mon lait pour les faire démarrer au niveau de leur poids[...] ça a vraiment renforcé en me disant y'en a 2 voilà ils sont prématurés, il faut vraiment que je leur donne le plus de choses possibles »

C'est parfois la prématurité qui a motivé l'allaitement.



*« E12 : Au départ j'étais pas vraiment pour [...] c'est déjà du fait qu'il soit né plus tôt qu'il soit plus fragile plus petit. On s'est dit que du coup allaiter c'était lui donner un peu plus de chances pour qu'il puisse grandir et bénéficier déjà de tout ce qu'il y a de bon dans mon lait »*

Un âge gestationnel plus important favorisait l'allaitement maternel.

*« E5 : moi j'ai eu la chance d'arriver sur la fin de la prématurité, parce qu'à 33 semaines ça aurait eu trop de conséquences je pense pour que ce soit un allaitement simple avec en plus tous les enjeux de la prématurité...Non je pense que je ne me serais pas forcément sentie de continuer »*

La décision d'allaiter était motivée par des bénéfices sur la santé de l'enfant notamment sur le plan immunitaire.

*« E8 : l'allaitement c'est ce qu'il y a de mieux au niveau des défenses immunitaires ; je me suis dit bah oui rien que ça il faut qu'il parte dans la vie avec un maximum de capital santé »*

## **2.2. La question de l'allaitement avait été peu abordée au cours de la grossesse et ses bénéfices chez le prématuré rarement énoncés pour les mères concernées malgré leurs attentes**

L'allaitement restait un sujet peu abordé au cours de la grossesse par les différents professionnels.

*« E9 : j'avais été suivie par mon généraliste, je faisais mes échographies auprès d'une sage-femme [...] mais on n'avait pas du tout parlé de l'allaitement »*

Malgré des hospitalisations en prénatal dans le service de grossesses pathologiques pour certaines, il n'y avait pas eu d'information orale sur les bénéfices de l'allaitement chez le prématuré.

*« E3 : Non par contre ils en parlent pas. C'est plus le jour où j'allais accoucher c'est moi qui ai demandé, oui moi je voudrais allaiter ça se passe comment, après ça par contre ils en parlent pas du tout... »*

*« E8 : non j'ai pas eu d'info... Après j'imaginai que ça devait être bénéfique pour eux mais personne n'est venu non du tout »*

Les mères se saisissaient des documents écrits mis à disposition mais ceux-ci n'avaient pas été commentés par les professionnels.

*« E2 : j'ai pas reçu vraiment d'information, c'est dans la fameuse plaquette qu'on nous donne à l'hôpital donc c'est qu'une fois qu'on accouche qu'on le sait »*

Le manque d'informations argumentées était regretté des mères.

*« E5 : À la maternité on est peut-être pas assez face aux difficultés qu'on peut avoir. Je pense que peut être un peu plus de détails, un peu plus d'explications et peut être justement un peu plus de pourquoi c'est si bénéfique pour l'enfant et des vraies raisons pour pas s'arrêter à la première difficulté [...] peut être qu'on nous explique pas assez à quel point c'est positif pour l'enfant et à quel point c'est important de continuer et je pense que ce serait bien »*

### **3. Une mise en place de l'allaitement souvent difficile mais motivée par la prématurité et facilitée par une expérience d'allaitement antérieur**

#### **3.1. La prématurité était source de difficultés particulières exigeant un fort investissement maternel**

L'initiation de la lactation passait souvent par le tire-lait par nécessité, une étape vécue comme contraignante, désagréable et non souhaitée.

*« E4 : tirer son lait en permanence c'est un peu contraignant... Bah voilà c'est pas ce qu'il y a de plus agréable non plus »*

La séparation mère-enfant lors de l'hospitalisation entravait la mise en place de la lactation en l'absence du bébé.

*« E1 : ici à la maison sur le coup le fait de ne pas l'avoir 24h sur 24 j'avais pas eu une montée de lait »*

Les enfants étaient plus fatigables et devaient être particulièrement stimulés.

*« E8 : c'était pas un bébé classique il s'endormait facilement ; encore aujourd'hui il s'endort très facilement au sein on est obligé de pas mal le stimuler »*

La transition entre l'alimentation entérale ou le biberon et le sein était parfois source de difficulté de succion ou de confusion sein/tétine.

*« E4 : c'est vraiment la mise au sein qui reste difficile et puis là il a repris des forces mais je pense qu'il s'est un peu habitué aux tétines »*

### **3.2. Une expérience moins satisfaisante que celle attendue**

Elle était moins « naturelle » et moins simple qu'imaginée parfois source de frustration ou de culpabilité.

*« E4 : j'ai toujours imaginé l'allaitement comme quelque chose de très simple, de naturel en fait et finalement c'est un peu une déception c'est pas si simple. Alors après est-ce que ça vient de moi ? Je ne sais pas [...] c'est un peu voilà une grande frustration le fait que ça puisse pas marcher comme je le souhaite »*

### **3.3. Un allaitement maintenu avec force pour le bien de l'enfant**

La prématurité motivait la poursuite de l'allaitement malgré les difficultés rencontrées.

« E9 : ça m'a encouragé encore plus à tenir surtout, parce qu'arrivée à la maison plusieurs fois j'ai voulu arrêter et je me disais que non il fallait continuer elle est encore petite voilà »

### **3.4. Une expérience facilitée par un allaitement antérieur mais compliquée par l'aspect moins « naturel » et les inquiétudes en lien avec la fragilité du bébé**

Un allaitement antérieur était rassurant :

« E2 : c'est un deuxième allaitement en plus du coup je pense que je suis plus sereine qu'un premier »

Un allaitement différent de l'expérience antérieure qui a des enjeux :

« E7 : le retour à la maison on a l'impression que c'est les jours à la maternité en fait...donc oui forcément on les vit différemment parce que l'angoisse c'est pas la même, parce que derrière il y a des enjeux »

## **4. Le maintien de l'allaitement favorisé par l'accompagnement lors de l'hospitalisation et un suivi souhaité à domicile**

### **4.1. Le temps d'hospitalisation permettait de répondre aux interrogations des femmes et de fournir les conseils nécessaires**

La durée plus longue d'hospitalisation permettait aux mères d'acquérir les connaissances nécessaires avant le retour à domicile.

« E2 : j'ai quand même été hospitalisée 3 semaines avec eux ce qui fait que toutes mes questions je les posais aussi au fur et à mesure et que j'aurais peut-être été que 5 jours en maternité j'aurais eu

*beaucoup plus de questions. Voilà là en 3 semaines j'ai eu le temps de mettre l'allaitement en place, le temps de poser mes questions le temps de voir comment ils réagissaient... »*

#### **4.2. L'unité mère enfant (UME) et le passage en chambre maman accompagnante étaient des facteurs favorisant l'allaitement et préparant le retour à domicile**

L'UME par la proximité physique et psychique qu'elle apportait à la dyade mère-enfant permettait une mise en place facilitée de l'allaitement.

*« E5 : je pense que ça favorise l'allaitement et le lien envers l'enfant quand même, déjà que c'est pas évident ce genre de chose... Donc non je pense que c'est important »*

La chambre mère accompagnante permettait aux mères qui n'avaient pu bénéficier de l'UME de préparer activement le retour à domicile en se rassurant sur leurs capacités à nourrir leur enfant.

*« E6 : Je regrette pas car ça a accéléré les choses [...] ça facilite l'allaitement oui clairement et du coup je pense que ça te rassure et ça te met à l'aise pour rentrer à la maison »*

#### **4.3. Un suivi de l'allaitement n'était pas proposé de manière systématique à la sortie malgré les attentes**

Souvent les coordonnées téléphoniques du service ou le mail de la conseillère en lactation étaient donnés aux mères en cas de problèmes.

*« E2 : La référente en allaitement toujours sur le CHU du coup m'a donné son mail si j'avais des questions c'est tout »*

*« E8 : on m'a dit que je pouvais appeler si j'en avais besoin [...] donc non on ne m'a pas forcément proposé de suivi »*

Certaines mères auraient souhaité un suivi systématique.

« E4 : non y'a pas eu de suivi [...] c'est vrai que peut être un suivi après quand même au moins pour voir au niveau de la mise au sein si ça évolue ou pas... »

« E11 : on n'a même pas suivi ma fille à la sortie pour dire que je suis déjà un peu déçue »

## **5. Le retour à domicile, à la fois attendu et source d'inquiétudes : une transition d'un allaitement encadré vers une personnalisation du soin maternel**

### **5.1. Il était vécu comme un soulagement permettant de profiter de l'allaitement et d'investir d'avantage la relation mère-enfant**

Il marquait la nécessité de se réapproprier l'allaitement.

« E8 : je me suis dit que j'allais un peu me faire confiance et prendre du recul [...] je me suis dit qu'il était temps que je me débrouille un peu toute seule [...] je crois qu'avant tout il faut faire aussi à l'instinct quand on a eu tous les conseils possibles et inimaginables sur comment ça marche après il faut faire confiance aussi à son petit bout il faut faire confiance à soi et puis voilà faire comme on l'entend »

Il permettait d'écouter le rythme de l'enfant et d'entrer dans une relation de plaisir.

« E2 : on est plus serein, on se prend moins la tête [...] à la maison c'est ce côté un peu plus naturel et plaisir qui arrive je trouve qu'on commence à profiter de l'allaitement, de la relation qu'on crée avec notre bébé [...] on laisse l'enfant faire ce qu'il veut... »

Il introduisait la place de l'enfant dans la famille.

« E7 : c'est aussi des moments en famille [...] ça amène des discussions en famille »

## 5.2. Un retour à domicile parfois angoissant après une hospitalisation encadrée mais soutenu par l'entourage et les professionnels

Après une hospitalisation très encadrée se retrouver seule juge de l'efficacité de l'allaitement était vécu comme angoissant.

*« E5 : Rentrée chez vous c'est une bonne tétée c'est pas une bonne tétée ? Ah oui là j'ai un doute mais qu'est-ce que j'en fais de mon doute maintenant ? Et du coup voilà la différence c'est de savoir toute seule si oui ou non c'est bien ce qu'on fait »*

Les mères recherchaient du soutien et des conseils auprès des femmes expérimentées de leur entourage.

*« E3 : oui j'avais demandé à une cousine à moi [...] elle m'a donné des conseils vu qu'elle a eu 4 enfants 4 allaitements, sinon par rapport à l'allaitement j'ai pas encore demandé à des spécialistes »*

Plusieurs mamans ont contacté rapidement après la sortie la PMI notamment pour les pesées.

*« E8 : j'avais pris contact avec la PMI [...] j'ai appelé le lendemain de mon arrivée à la maison pour qu'elle puisse venir assez rapidement pour peser G. et pour établir un suivi car je trouve aussi que c'était bien pour avoir des conseils à la maison »*

La PMI contactait parfois directement les familles, démarche qui était appréciée des mères.

*« E7 : elles avaient appelé les PMI qui m'avait passé un petit coup de fil [...] si ça se passait pas bien on a pas le réflexe de prendre le téléphone tout ça...donc j'ai trouvé ça bien que ce soit eux qui appellent »*

Certaines mères ont consulté la puéricultrice référente en lactation du service mais c'était une démarche personnelle.

*« E4 : Je pense qu'on va reprendre contact avec Mme C. [...] c'est pour ça que je redemandais un rendez-vous cette semaine pour refaire le point »*

Les autres ressources étaient internet et les associations d'allaitement.

*« E8 : j'ai regardé un peu sur internet pour voir s'il y avait des personnes qui avaient le même problème »*

*« E9 : Avec des conseillères en allaitement qui sont disponibles aussi par téléphone »*

### **5.3. Le poids de l'enfant était au centre des préoccupations maternelles avec un recours à la pesée nécessaire mais adapté**

La principale inquiétude était que leur enfant soit insuffisamment nourri et hospitalisé de nouveau.

*« E5: c'était la peur qu'il ne grossisse pas et de me dire voilà moi ma seule inquiétude c'était s'il ne grossit pas et s'il maigrit c'est la néonate et comme la néonate était ma hantise...»*

La pesée un élément à double tranchant : les pesées systématiques à l'hôpital étaient vécues comme stressantes mais poursuivies à leur initiative régulièrement à but de réassurance.

*« E2 : à l'hôpital on les pèse avant après... donc on est un peu sur les chiffres [...] On garde un stress si on garde les pesées à la maison [...] j'ai quand même fait intervenir la PMI pour les peser 2 fois la première semaine... je les ai fait peser quand même pour me rassurer j'avais besoin de savoir qu'ils prenaient bien du poids »*

*« E5 : quand j'ai eu des doutes j'ai été chercher une balance à la pharmacie et du coup ça m'a permis de voir qu'effectivement même si on est inquiet enfin on connaît son enfant on doit connaître ses seins...j'étais assez rapidement capable d'estimer ce que bébé prenait [...] donc je pense que ça a été un bon moyen de me rassurer... après c'est quelque chose que j'ai rapidement arrêté car c'est aussi un facteur de stress si on commence à peser toutes les tétés »*



#### **5.4. L'évolution des modalités d'allaitement était fortement liée aux motivations initiales des mères**

Une fois l'allaitement bien mis en place, peu de difficultés étaient rapportées pour celles qui souhaitaient allaiter avant la naissance.

*« E7 : c'est vraiment l'hospitalisation plus que nécessaire qui a été difficile [...] mais après une fois qu'il a été capable non aucun soucis [...] c'est reparti naturellement comme ça aurait dû à la naissance en fait [...] c'était vraiment naturel pendant la grossesse j'allait »*

Le sevrage était souvent rapporté à un manque de lait ou à la fatigue et survenait chez les mères où le choix d'allaitement avait été largement influencé par la prématurité.

*« E6 : j'ai arrêté mardi de la semaine dernière parce que je n'avais plus de lait et puis la fatigue [...] c'est la prématurité [...] je l'ai fait plus pour eux quoi clairement par nécessité »*

*« E11 : les nerfs la fatigue...j'ai dit c'est pas possible j'ai pris la décision d'arrêter [...]Oui j'ai allaité parce qu'elle en avait vraiment besoin elle aurait pas eu besoin je sais pas si je l'aurais fait »*

### **6. Une complexité du parcours d'allaitement fortement compensée par les bénéfices émotionnels**

#### **6.1. L'allaitement un vecteur du lien mère enfant**

Il permettait un maintien du lien, aux mères se sentir actrices dans les soins de leur enfant et de s'isoler du monde très médicalisé de la néonatalogie.

*« E1 : Je trouvais ça très difficile tirer mon lait à la maison [...] et puis finalement j'ai réalisé que c'était quand même important c'était un lien finalement. On l'avait pas mais qu'à un moment dans la journée, même si on était pas là-bas, on avait un temps pour elle, ça m'a aidé de savoir que j'apportais quand même quelque chose alors que j'étais pas avec elle »*

Il permettait une valorisation du rôle de mère par le sentiment d'utilité.

*« E7 : on se sent encore plus utile [...] encore plus avec un bébé qui a été hospitalisé pour qui on a craint »*

*« E9 : j'étais fière de moi »*

Il permettait un rapprochement, une complicité avec l'enfant.

*« E9 : ça m'a apporté également une complicité un rapprochement je pense que oui je me suis rapprochée plus vite de ma fille que si j'avais pas du tout allaité »*

Il permettait une prise de conscience de la présence de l'enfant né parfois de manière brutale et inattendue.

*« E9 : surtout que mon accouchement j'ai eu du mal à réaliser qu'elle était là parce qu'en une heure elle était là...donc ça a été dur pour moi et en même temps ça m'a aidé le fait d'allaiter de me rendre compte qu'elle était vraiment là qu'elle n'était plus dans mon ventre »*

Il était pour certaines mères exprimé comme un besoin ou comme un moyen de déculpabilisation.

*« E2 : moi j'en avais envie, j'en avais besoin, on a eu du mal à les avoir c'était une FIV et donc voilà c'était important pour moi »*

*« E11 : c'est moi qui ai des problèmes de santé, on se sent responsable donc du coup je pense que c'est plus pour me rattraper »*

## **6.2. Les mères rapportaient une satisfaction de donner à leur enfant une alimentation saine, naturelle et adaptée**

Les mères étaient fières de donner « le meilleur » à leur enfant.

*« E2 : c'est le plaisir de savoir qu'on nourrit notre enfant, que le lait il est composé de toutes les bonnes choses pour leur âge »*

« E11 : c'était ça ma satisfaction: elle a eu pendant un mois elle a eu que le meilleur »

### **6.3. Les côtés pratique et financier étaient aussi évoqués**

Il apportait une facilité dans l'organisation quotidienne.

« E5 : Je trouve déjà que ça apporte une facilité parce que y'a pas de biberon à préparer, y'a pas de question de température, y'a pas d'histoire de cuillère de lait machin enfin de dosage quoi et y'a ce côté peu importe où je suis finalement il réclame il réclame c'est pratique »

Son faible coût financier était un avantage non négligeable.

« E10 : je voulais allaiter quand même parce que financièrement ça vaut le coup »

### **6.4. Les apports de l'allaitement étaient supérieurs aux efforts fournis**

Les mères en retiraient plus de bénéfices que de contraintes.

« E7 : donc oui ça prend beaucoup de temps mais ça vaut le coup donc... »

« E11 : je l'ai fait même si c'était compliqué je suis contente quand même de l'avoir fait pour elle »

## **7. Les principales attentes des mères étaient un désir de soutien, d'encouragements de la part de l'entourage et des professionnels de santé et un souhait d'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie**

### **7.1. Les mères s'appuyaient sur le soutien de l'entourage et en particulier sur celui du père et de sa participation**

L'entourage avait un rôle majeur dans le soutien à l'allaitement.

*« E7 : il faut un soutien familial [...] c'est tout un aménagement donc y'a besoin d'avoir la famille aussi prête pour la même chose »*

Les mères préféraient faire abstraction des discours moins soutenant.

*« E3 : y'a des personnes qui m'ont dit oui l'allaitement c'est pas terrible car on sait pas exactement ce que le bébé mange...enfin moi ça ne me fait rien c'est chacun son opinion je pense »*

Le soutien du père était un facteur favorisant à l'allaitement, il était souvent un choix de couple.

*« E7 : c'est des choix qui se font en couple [...] il faut que le papa soit prêt aussi à tout ça »*

*« E12 : c'est plutôt mon conjoint qui a insisté en fait [...] Il était plutôt pour à 200%. Il a toujours été présent même pour les premières tétées, oui c'était des moments qu'il a souhaité partager avec nous ; il a trouvé ça très émouvant »*

Le rôle du père était souvent rapporté comme une aide à la gestion du quotidien et des soins de l'enfant.

*« E5 : j'ai un conjoint qui est aussi très à l'écoute et très disponible voilà qui me laissait dormir, qui s'occupait de tout pour le bébé et qui m'amenait juste le bébé au moment de la tétée enfin qui était très présent...enfin voilà je pense que c'est important d'avoir quelqu'un à côté »*

Le biberon pouvait être donné en complément pour introduire le rôle du père dans l'allaitement.

*« E9 : au départ j'ai commencé à tirer un petit peu pour faire participer le papa »*

## **7.2. Les mères attendaient des professionnels de santé un soutien, des conseils basés sur des connaissances et une écoute non jugeante qui accompagnent leur choix**

Le choix des mots était important pour soutenir leur investissement.

*« E7 : « y'a besoin du choix des mots [...] il y a besoin d'entourer plus que ça et de dire à la maman qu'elle ne se trompe pas et qu'on va vraiment l'accompagner [...] plutôt des encouragements plutôt que de dire c'est pas grave laissez tomber »*

Les mères avaient parfois le sentiment d'une variabilité des discours du personnel soignant qui pouvait être vécu comme dérangeant ou permettant qu'elles prennent leur place et construisent leur jugement.

*« E7 : ce qui est un petit peu difficile c'est que tout le monde n'a pas le même discours [...] c'est ça qui était un peu difficile à gérer ce double discours une fois on accompagne dans l'allaitement ça change d'équipe d'un seul coup bah non j'arrive il est gavé... »*

*« E8 : elles sont de bons conseils après elles ont toutes des conseils différents donc après on se fait sa propre opinion aussi je trouve que ça aide à avoir sa propre opinion [...] c'est bien parce que c'est pas un discours lisse et carré c'est des conseils voilà donc tout conseil est bon à prendre après c'est bien car on prend aussi ce qu'on a envie...»*

Les mères étaient demandeuses d'encouragements et de solutions qui n'aillent pas dans le sens d'un sevrage.

*« E2 : je veux pas entendre bah vous pouvez arrêter maintenant... Parce que c'est vrai qu'à mon aîné aussi par exemple mon médecin traitant me disait oh mais c'est bon maintenant vous avez allaité un mois et demi c'est pas grave si vous avez moins de lait vous pouvez arrêter... Heu ça on a pas du tout envie de l'entendre on a envie d'aide qu'on nous apporte des solutions... mais pas que ça aille vers un arrêt de l'allaitement »*

### **7.3. Il existe une attente quant à l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie**

Les mères regrettaient un matériel peu adapté.

*« E7 : y'a quand même le niveau matériel de ce qu'il y a au CHU pour tirer son lait franchement c'est nul »*

L'intimité était limitée.

*« E11 : ce que j'ai pas aimé c'est qu'au niveau des chambres je trouve qu'il y avait trop de vis à vis après y'a des mamans que ça gênent pas mais moi au niveau de l'allaitement qui était un peu gênée... [...] ça m'a beaucoup déplu »*

Certaines mères exprimaient un besoin de formation plus important du personnel soignant.

*« E7 : j'ai eu la sensation d'avoir plus de connaissance par rapport à l'allaitement que la personne qui devait me conseiller en fait donc c'est un petit peu déstabilisant surtout dans le milieu médical et très médicalisé de la néonate [...] en fait niveau médical on a été soutenu à 200% pour l'allaitement je dirais c'est plus 70%. On sent qu'il y en a qui nage encore un peu en fait dans l'allaitement. Il y a des choses, des protocoles habituels qui ont besoin d'être chamboulés en fait je pense si on veut que le bébé préma soit allaité »*

# DISCUSSION ET CONCLUSION

## 1. Forces et biais de l'étude

Il n'existe que peu d'études concernant l'allaitement du nouveau-né prématuré après la sortie d'hospitalisation. Hormis l'étude américaine de Kavanaugh et al. [18] réalisée en 1995, la plupart des travaux réalisés sont quantitatifs et portent notamment sur l'évolution des taux et durées d'allaitement.

La nature qualitative de ce travail en fait son originalité, elle permet notamment d'étudier le vécu des mères et de mieux définir leurs attentes afin de nous fournir des pistes de travail pour mieux promouvoir l'allaitement en accord avec les recommandations de l'OMS.

Les participantes ont été sélectionnées en variation maximale selon la parité, l'existence d'un allaitement antérieur, l'âge maternel et l'âge gestationnel de naissance.

Un premier entretien test a permis d'étoffer les thèmes explorés et d'adapter les questions pour une meilleure compréhension. L'exploration du vécu de l'allaitement au cours de l'hospitalisation a enrichi l'analyse de la question posée ; il semblait pour les mères indissociable du vécu de l'allaitement à domicile.

Tous les entretiens se sont déroulés au domicile des patientes. Le fait d'être dans un lieu familier auprès de leur bébé a permis d'instaurer un climat de confiance et de laisser libre cours à leur expression.

Le double codage des entretiens par la puéricultrice référente en lactation du CHU d'Angers a permis d'améliorer l'analyse thématique en apportant un regard différent mais complémentaire.

L'une des principales limites de cette étude est la petite taille de l'échantillon. Malgré une période de recrutement de 8 mois ce dernier a été difficile, le nombre de prématurés encore allaités à la sortie d'hospitalisation étant limité. Le problème des nouveaux né transférés secondairement vers les centres hospitaliers de la région s'est également posé. Le devenir de l'allaitement à la sortie

d'hospitalisation n'étant alors pas connu et la distance géographique par rapport au lieu d'habitation de l'investigatrice font qu'ils n'ont pu être inclus.

Un autre de biais de sélection venait du refus de l'entretien par certaines mères correspondant aux critères d'inclusion lors de l'appel téléphonique de la thésarde. La cause évoquée était toujours le sevrage et le désir de ne plus parler allaitement. Il aurait pourtant été intéressant de connaître les causes qui les ont conduites au sevrage une fois à domicile.

## **2. Discussion des principaux résultats**

### **2.1. La décision d'allaiter était peu éclairée par une information en prénatal**

L'allaitement maternel est particulièrement important chez l'enfant prématuré mais il nécessite une motivation maternelle solide. Pour certaines mères le choix d'allaiter était antérieur à la naissance de l'enfant mais pour les autres la prématurité va précipiter ce choix qui sera alors souvent déterminé par le discours médical. Cependant dans cette étude, les mères n'avaient reçu que très peu d'information au cours de leur suivi sur les bénéfices de l'allaitement chez le prématuré. Celle-ci, quand elle existait, était uniquement sous forme de documents écrits. De même la question de l'allaitement restait quelque chose de peu abordée au cours de la grossesse.

Plusieurs études ont rapporté l'effet positif d'une information sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel chez le prématuré.

Friedman et al. ont étudié l'impact d'une consultation avec un néonatalogiste sur l'allaitement maternel chez le nouveau-né prématuré. Les enfants de mères ayant eu une consultation prénatale recevaient du lait maternel significativement plus longtemps aussi bien lors de l'hospitalisation qu'après la sortie [20]. Dans une autre étude, Sisk et al. rapportaient qu'après une information sur les bénéfices de l'allaitement maternel donnée aux mères qui ne souhaitaient pas allaiter, 85 % des



mères initiaient la lactation et elles fournissaient 50 % du lait donné à leur bébé le premier mois [21].

Il semble primordial pour encourager l'allaitement de délivrer une information orale adaptée aux mères concernant les bénéfices de l'allaitement maternel chez le prématuré d'autant que parmi elles beaucoup ne sont pas conscientes de l'importance du lait maternel pour ces enfants plus vulnérables. Celle-ci pourrait prendre la forme d'une consultation avec un professionnel de santé compétent dans le domaine, notamment en cas d'hospitalisation prénatale, afin que la mère puisse faire un choix éclairé.

## **2.2. Le maintien de l'allaitement était favorisé par l'accompagnement lors de l'hospitalisation, il existait néanmoins une attente concernant l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie**

L'allaitement du prématuré est souvent difficile et le rôle des soignants sera essentiel tout au long de l'hospitalisation pour aider les mères dans leur allaitement. La séparation mère-enfant inhérente à l'hospitalisation reste un obstacle important à sa mise en place.

Dans notre étude, quand l'état de santé et le terme de naissance le permettaient, certaines mères avaient pu bénéficier d'une hospitalisation en unité mère-enfant ce qui leur permettait de rester en permanence auprès de leur bébé. Toutes étaient unanimes pour dire que cela avait favorisé l'allaitement. Le passage en chambre mère accompagnante avaient permis aux autres mères de préparer activement le retour à domicile et se rassurer sur leurs capacités à nourrir leur enfant.

Les mères rapportaient également une attente quant à l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie que ce soit pour les conditions de tirage, l'intimité ou la formation du personnel soignant.

Il existe des programmes de soutien à l'allaitement maternel lors de l'hospitalisation qui ont fait leurs preuves comme l'Initiative Hôpital Ami de bébés (IHAB) ou le programme néonatal individualisé d'évaluation et de soutien au développement (NIDCAP) conçu par le Dr Als à l'université d'Harvard spécifique des prématurés. Le NIDCAP est « une approche globale des soins soutenant le

développement, individualisée car tenant compte des objectifs du nouveau-né et de son niveau de stabilité. Il vise également à soutenir les familles et les professionnels de santé qui s'occupent de ces nouveau-nés ». Les parents sont reconnus comme acteurs essentiels des soins de leur enfant. [22]

Une étude réalisée en Grande Bretagne a permis d'évaluer l'impact de l'implantation de ce programme où la collaboration d'une spécialiste certifiée NIDCAP et d'une consultante en lactation IBCLC a permis de faire passer le taux d'allaitement maternel à la sortie de 46 à 83% [23].

De même à Brest le taux d'allaitement des prématurés < à 32 semaines d'aménorrhée ayant reçu du lait de leur mère a progressé avec l'implantation du NIDCAP : 40% en 1998, 60% en 1999, 95% en 2002 [24].

On peut supposer que généraliser ces programmes à l'ensemble des services de néonatalogie du pays et améliorer la proximité mère-enfant lors de l'hospitalisation permettraient d'accroître la prévalence de l'allaitement du prématuré en France.

### **2.3. Un suivi de l'allaitement n'était pas systématiquement proposé à la sortie malgré les attentes maternelles**

Dans notre étude, les mères ne rapportaient pas de proposition systématique de suivi de l'allaitement à la sortie d'hospitalisation et le regrettaient. Souvent les coordonnées du service de néonatalogie ou de la référente en allaitement étaient laissées à disposition des parents. Certaines mères ont pu rencontrer la référente en lactation mais il s'agissait d'une démarche personnelle. Il existe en Pays de la Loire un suivi des enfants né prématurément avant 33 SA ou de poids inférieur à 1500 grammes via le réseau Grandir Ensemble mais il s'agit d'un suivi global et non spécifique de l'allaitement.

Dans son mémoire, Bouchereau Véronique consultante en lactation a étudié au moyen d'un questionnaire les besoins en matière d'accompagnement de l'allaitement du prématuré après la sortie de néonatalogie à l'hôpital de Dreux. 14 mères sur les 15 interrogées étaient favorables à la mise en place d'une consultation d'allaitement après la sortie, 10 à des appels téléphoniques et 6 à des visites à domicile [25].

Il existe une attente des mères en matière de suivi de l'allaitement et proposer systématiquement une consultation avec un spécialiste de la lactation après la sortie pourrait être une piste pour soutenir la poursuite de l'allaitement à domicile.

#### **2.4. A domicile, le poids de l'enfant était au centre des préoccupations maternelles**

Le retour à domicile marque un tournant dans l'évolution de l'allaitement. A la fois vécu comme un soulagement il est aussi source d'inquiétudes. Dans cette étude la principale crainte des mères était que leur enfant ne prenne pas la quantité de lait suffisante, qu'il ne prenne pas de poids.

Une étude de Kavanaugh et al. réalisée aux USA auprès de 20 mères un mois après la sortie d'hospitalisation de leur enfant prématuré mettait en évidence des préoccupations maternelles spécifiques: la principale préoccupation maternelle était de savoir si leur enfant prenait assez de lait, préoccupation qui différait du manque de lait rapporté par les mères d'enfants nés à terme [21].

Dans notre étude, les tests de pesées systématiques avant et après les tétées à l'hôpital étaient souvent vécus comme stressants et arrêtés après le retour à domicile au profit de pesées régulières dans un but de réassurance.

Ceci diffère du travail de Hurst et al. qui a comparé les sentiments et perceptions de mères poursuivant ou non les tests de pesées à la maison. Cette étude démontrait que les mères qui utilisaient les tests de pesées à domicile trouvaient cette technique aidante pour la transition de l'allaitement à domicile. Cette expérience n'augmentait pas le stress et ne compromettait pas la réussite de l'allaitement. Cependant il n'y avait pas de différence significative sur la durée d'allaitement pendant la période d'étude [26].

Cet outil de pesée pourrait être proposé de manière personnalisée, aux mères qui en expriment le besoin pour la transition entre l'hôpital et la maison période clé dans la poursuite de l'allaitement. Il est important d'offrir aux mères un maximum d'alternatives, de leur laisser le choix et d'écouter leurs demandes pour leur permettre de vivre leur allaitement sereinement.

## **2.5. L'allaitement était favorisé par une expérience d'allaitement antérieur et son évolution fortement liée aux motivations initiales des mères**

Dans notre étude, l'expérience d'un allaitement antérieur facilitait celui du nouveau-né prématuré et on observait que sa poursuite était conditionnée par les motivations initiales des mères. Le sevrage survenait, dans la plupart des cas, chez les mères pour qui la prématurité avait été le moteur de leur décision alors que les mères qui avaient prévu d'allaiter initialement étaient plus enclines à poursuivre.

Dans leur étude Purdy et al. observaient que la durée d'allaitement était significativement associée à celle des aînés. De plus, parmi les mères ayant allaité plus de 4 mois on retrouvait significativement plus de mères qui avait prédéterminé leur objectif d'allaitement avant la sortie de l'hôpital [27].

De même, le travail de Kaufmann et al. retrouvait que les mères qui avaient initialement planifié d'allaiter sur une longue durée le pratiquaient plus longtemps ainsi que celles qui avaient allaité antérieurement. Ils constataient de plus que les mères qui ne fournissaient plus de lait maternel à 4 mois étaient moins susceptibles de reconnaître les avantages du lait maternel sur le plan immunitaire [28].

Ceci nous suggère d'axer particulièrement le soutien et l'information chez les mères primo-allaitantes ou qui n'avaient initialement pas prévu d'allaiter pour accroître dans ce groupe, plus à risque de sevrage, la durée d'allaitement.

## **2.6. L'allaitement vecteur de bénéfices émotionnels**

De nombreuses études montrent l'impact favorable de l'allaitement maternel sur la santé du nouveau-né prématuré. Dans notre étude les mères rapportaient également des bénéfices émotionnels de l'allaitement non négligeables notamment dans le renforcement du lien mère-enfant.

L'étude qualitative réalisée par Kavanaugh et al. identifiait également 5 principaux bénéfices émotionnels rapportés par les mères : fournir l'alimentation la plus saine pour leur enfant, augmenter la proximité mère-enfant, percevoir la satisfaction et la tranquillité de leur enfant, se sentir indispensable, apprécier le côté pratique. Ces bénéfices étaient supérieurs aux efforts fournis [14]. Cette étude suggère que les bénéfices émotionnels de l'allaitement peuvent être également mis en avant pour promouvoir l'allaitement maternel chez le prématuré au même titre que les bénéfices sur la santé de l'enfant.

## **2.7. L'entourage avait un rôle majeur dans le soutien de l'allaitement**

Devant la complexité du parcours d'allaitement il est probable que les mères de prématurés aient un besoin accru de soutien et d'encouragements. Dans notre étude on pouvait voir que le support de l'entourage comme celui des professionnels de santé était essentiel pour soutenir leur investissement. Dans leur étude Kaufman et al. ont étudié l'influence du soutien du réseau social (professionnels de santé ou non) sur la durée d'allaitement. Les mères qui étaient très soutenues allaient significativement plus longtemps : les mères qui rapportaient n'avoir aucun soutien avaient une durée moyenne d'allaitement de 17 jours contre 270 jours chez les mères qui rapportaient 5 ou 6 personnes support [28].

Le soutien du père a un rôle majeur dans l'initiation et la poursuite de l'allaitement, les mères interviewées rapportaient bien souvent l'allaitement comme un choix de couple. Dans une étude australienne de Scott et al. 30% des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent ont maintenu l'allaitement jusqu'à 6 mois et 26% ont allaité exclusivement jusqu'à 3 mois contre 59% et 53%, respectivement, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable à l'allaitement [29].

Il faudra porter une attention particulière aux mères n'ayant que peu de personnes ressources dans leur entourage pour les aider au mieux dans leur allaitement. Il semble également important de veiller à ce que les pères soient également informés sur l'allaitement et peut être un peu plus

impliqués dans les préparations à la naissance afin de soutenir au mieux leurs compagnes face aux difficultés qu'elles pourront rencontrer.

## **2.8. Conclusion**

L'allaitement du prématuré est complexe tant dans son initiation que dans son maintien. Le retour à domicile marque une étape clé dans sa poursuite. Il semble donc essentiel de faire du soutien spécifique et individualisé une priorité afin d'accroître les taux et durées d'allaitement chez ces bébés fragiles pour qui les bénéfices du lait maternel sont encore plus importants.

En Pays de la Loire les enfants nés prématurément sont souvent suivis dans le Réseau Sécurité Naissance Grandir Ensemble par un médecin référent. Cependant différents professionnels hors réseau peuvent être amenés à rencontrer les familles dans le parcours de périnatalité : médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes... Il est important que ces acteurs veillent également à informer les parents sur les bénéfices de l'allaitement pour leur permettre un choix éclairé. Il semble aussi opportun qu'ils sollicitent le père notamment dans les préparations à la naissance, qu'ils aient une écoute non jugeante du couple et lui apportent un soutien référencé et souple. L'OMS recommandant un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois, la réalisation d'une étude interrogeant les mères 6 mois après la sortie serait intéressante pour étudier le devenir de l'allaitement à plus long terme et voir si d'autres besoins ou attentes maternelles émergent.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Sguassero Y. Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG (dernière révision : 28 mars 2008). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS ; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
2. Turck D. Comité de nutrition de la société française de pédiatrie. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch Pediatr. 2005;12 Suppl 3:S145-65.
3. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al. Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics. 2005;115(2):496–506.
4. Gremmo-Feger, G., Allaiter un bébé prématuré..Allaiter Aujourd'hui, 2002. n°52.
5. Gremmo-Feger, G., L'allaitement de l'enfant prématuré.Allaiter Aujourd'hui, 2011. n°86.
6. McGuire W, Anthony MY. Donor human milk versus formula for preventing enterocolitis in preterm infants: systematic review. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2003;88(1):F11-4.
7. Quigley MA, Henderson G, Anthony MY, et al. Formula milk versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev 2007;4:CD002971.
8. Lucas A, Morley R, Cole TJ, et al. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet. 1992;339(8788):261–4.
9. Roze J-C, Darmaun D, Boquien C-Y,et al. The apparent breastfeeding paradox in very preterm infants: relationship between breastfeeding, early weight gain and neurodevelopment based on results from two cohorts, EPIPAGE and LIFT. BMJ Open. 2012;2(2):e000834.
10. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. Pediatrics. 2006;118(1):e115-23.
11. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, et al. Persistent beneficial effects of breast milk ingested in the neonatal intensive care unit on outcomes of extremely low birth weight infants at 30 months of age. Pediatrics. 2007;120(4):e953-9.

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.* 2001;21(6):356-62.
13. Meier PP., Coordination de la succion et de la respiration pendant la tétée au sein et la prise du biberon chez des prématurés. Troisième journée de l'allaitement. Les dossiers de l'allaitement hors-série, mars 1997 :3-7.
14. Kavanaugh K, Meier P, Zimmermann B, et al., The rewards outweigh the efforts: breastfeeding outcomes for mothers of preterm infants. *J Hum Lact.* 1997;13(1):15-21.
15. Bonet M. L'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital: évolution et facteurs associés. Thèse pour le doctorat de l'Université Paris XI, 2009.
16. Montjoux-Regis N, Gazeau M, Raynal F, et al. Allaitement maternel du prématuré. *Arch Pediatr.* 2009;16(6):833-4.
17. Meier P, Mangurten HH. Breastfeeding the preterm infant. In: Riordan J, Auerbach KG, editors. *Breastfeeding and human lactation.* Boston: Jones and Bartlett Publishers; 1993 ; p. 253-78
18. Kavanaugh K, Mead L, Meier P, Mangurten HH. Getting enough: Mothers' concerns about breastfeeding a preterm infant after discharge. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing.* 1995;24(1):23-32  
2010;17(10):1416-24.
19. Meier PP, Brown LP. Breastfeeding a Preterm Infant after NICU Discharge: Reflections on Ryan's Story. *Breastfeeding Abstracts.* August 1997, Volume 17, Number 1, pp. 3-4
20. Friedman S, Flidel-Rimon O, Lavie E, Shinwell ES. The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr.* 2004;93(6):775-778.
21. 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 Jan;117(1):e67-75.
22. NIDCAP Federation International-Foire aux questions: Qu'est que le NIDCAP? [INTERNET]  
Disponible sur : <http://nidcap.org/fr/about-us/faq/>



23. Warren I, Tan GC, Dixon PD, et al., Breastfeeding success and early discharge for preterm infants: the results of a dedicated breastfeeding program. J Neo Nurs 2000 ; 6 : 43-48.
24. Vessière-Varigny M, Garlantézec R, Gremmo-Féger G. Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire. Arch Pediatr.
25. Bouchereau V. Quel accompagnement pour l'allaitement du prématuré à la sortie du service de néonatalogie de Dreux ? Mémoire de fin de formation de consultante en lactation CREFAM, 2007.
26. Hurst NM, Meier PP, Engstrom JL, et al. Mothers performing in-home measurement of milk intake during breastfeeding of their preterm infants: maternal reactions and feeding outcomes. J Hum Lact. 2004;20(2):178-187.
27. Purdy I, Singh N, Le C, et al. Biophysiologic and social stress relationships with breast milk feeding pre- and post-discharge from the neonatal intensive care unit. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2012;41(3):347-57.
28. Kaufman KJ, Hall LA. Influences of the social network on choice and duration of breast-feeding in mothers of preterm infants. Res Nurs Health. 1989;12(3):149-59
29. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: Evidence from a cohort study. Pediatrics. 2006;117(4):e646

## **LISTE DES FIGURES**

|                                                             |   |
|-------------------------------------------------------------|---|
| Figure 1: Niveau d'études maternel .....                    | 4 |
| Figure 2: Modalités d'allaitement lors de l'entretien ..... | 5 |

# TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                                                                                           |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>LISTE DES ABREVIATIONS .....</b>                                                                                                                                                       | <b>VI</b> |
| <b>INTRODUCTION.....</b>                                                                                                                                                                  | <b>1</b>  |
| <b>MÉTHODES .....</b>                                                                                                                                                                     | <b>3</b>  |
| <b>RÉSULTATS.....</b>                                                                                                                                                                     | <b>4</b>  |
| 1. Caractéristiques de la population.....                                                                                                                                                 | 4         |
| 2. La décision d'allaiter influencée par la prématurité mais peu éclairée par une information en prénatal .....                                                                           | 5         |
| 2.1. La décision d'allaiter était influencée par la prématurité.....                                                                                                                      | 5         |
| 2.2. La question de l'allaitement avait été peu abordée au cours de la grossesse et ses bénéfices chez le prématuré rarement énoncés pour les mères concernées malgré leurs attentes..... | 6         |
| 3. Une mise en place de l'allaitement souvent difficile mais motivée par la prématurité et facilitée par une expérience d'allaitement antérieur.....                                      | 7         |
| 3.1. La prématurité était source de difficultés particulières exigeant un fort investissement maternel .....                                                                              | 7         |
| 3.2. Une expérience moins satisfaisante que celle attendue.....                                                                                                                           | 8         |
| 3.3. Un allaitement maintenu avec force pour le bien de l'enfant.....                                                                                                                     | 8         |
| 3.4. Une expérience facilitée par un allaitement antérieur mais compliquée par l'aspect moins « naturel » et les inquiétudes en lien avec la fragilité du bébé .....                      | 9         |
| 4. Le maintien de l'allaitement favorisé par l'accompagnement lors de l'hospitalisation et un suivi souhaité à domicile .....                                                             | 9         |
| 4.1. Le temps d'hospitalisation permettait de répondre aux interrogations des femmes et de fournir les conseils nécessaires .....                                                         | 9         |
| 4.2. L'unité mère enfant (UME) et le passage en chambre maman accompagnante étaient des facteurs favorisant l'allaitement et préparant le retour à domicile .....                         | 10        |
| 4.3. Un suivi de l'allaitement n'était pas proposé de manière systématique à la sortie malgré les attentes.....                                                                           | 10        |
| 5. Le retour à domicile, à la fois attendu et source d'inquiétudes : une transition d'un allaitement encadré vers une personnalisation du soin maternel .....                             | 11        |
| 5.1. Il était vécu comme un soulagement permettant de profiter de l'allaitement et d'investir d'avantage la relation mère-enfant.....                                                     | 11        |
| 5.2. Un retour à domicile parfois angoissant après une hospitalisation encadrée mais soutenu par l'entourage et les professionnels .....                                                  | 12        |
| 5.3. Le poids de l'enfant était au centre des préoccupations maternelles avec un recours à la pesée nécessaire mais adapté.....                                                           | 13        |
| 5.4. L'évolution des modalités d'allaitement était fortement liée aux motivations initiales des mères .....                                                                               | 14        |
| 6. Une complexité du parcours d'allaitement fortement compensée par les bénéfices émotionnels .....                                                                                       | 14        |
| 6.1. L'allaitement un vecteur du lien mère enfant .....                                                                                                                                   | 14        |
| 6.2. Les mères rapportaient une satisfaction de donner à leur enfant une alimentation saine, naturelle et adaptée .....                                                                   | 15        |
| 6.3. Les côtés pratique et financier étaient aussi évoqués .....                                                                                                                          | 16        |
| 6.4. Les apports de l'allaitement étaient supérieurs aux efforts fournis.....                                                                                                             | 16        |

|                                                           |                                                                                                                                                                                                                           |           |
|-----------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 7.                                                        | Les principales attentes des mères étaient un désir de soutien, d'encouragements de la part de l'entourage et des professionnels de santé et un souhait d'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie ..... | 16        |
| 7.1.                                                      | Les mères s'appuyaient sur le soutien de l'entourage et en particulier sur celui du père et de sa participation .....                                                                                                     | 16        |
| 7.2.                                                      | Les mères attendaient des professionnels de santé un soutien, des conseils basés sur des connaissances et une écoute non jugeante qui accompagnent leur choix .....                                                       | 17        |
| 7.3.                                                      | Il existe une attente quant à l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie.....                                                                                                                            | 18        |
| <b>DISCUSSION ET CONCLUSION .....</b>                     |                                                                                                                                                                                                                           | <b>20</b> |
| 1.                                                        | Forces et biais de l'étude.....                                                                                                                                                                                           | 20        |
| 2.                                                        | Discussion des principaux résultats .....                                                                                                                                                                                 | 21        |
| 2.1.                                                      | La décision d'allaiter était peu éclairée par une information en prénatal .....                                                                                                                                           | 21        |
| 2.2.                                                      | Le maintien de l'allaitement était favorisé par l'accompagnement lors de l'hospitalisation, il existait néanmoins une attente concernant l'amélioration des conditions d'allaitement en néonatalogie.....                 | 22        |
| 2.3.                                                      | Un suivi de l'allaitement n'était pas systématiquement proposé à la sortie malgré les attentes maternelles .....                                                                                                          | 23        |
| 2.4.                                                      | A domicile, le poids de l'enfant était au centre des préoccupations maternelles .....                                                                                                                                     | 24        |
| 2.5.                                                      | L'allaitement était favorisé par une expérience d'allaitement antérieur et son évolution fortement liée aux motivations initiales des mères.....                                                                          | 25        |
| 2.6.                                                      | L'allaitement vecteur de bénéfices émotionnels .....                                                                                                                                                                      | 25        |
| 2.7.                                                      | L'entourage avait un rôle majeur dans le soutien de l'allaitement.....                                                                                                                                                    | 26        |
| 2.8.                                                      | Conclusion .....                                                                                                                                                                                                          | 27        |
| <b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>                                |                                                                                                                                                                                                                           | <b>28</b> |
| <b>LISTE DES FIGURES .....</b>                            |                                                                                                                                                                                                                           | <b>31</b> |
| <b>TABLE DES MATIERES.....</b>                            |                                                                                                                                                                                                                           | <b>32</b> |
| <b>ANNEXES.....</b>                                       |                                                                                                                                                                                                                           | <b>I</b>  |
| ANNEXE 1: Guide d'entretien.....                          |                                                                                                                                                                                                                           | I         |
| ANNEXE 2: Lettre information patient et consentement..... |                                                                                                                                                                                                                           | IV        |
| ANNEXE 3: Entretiens CD-Rom.....                          |                                                                                                                                                                                                                           | VII       |

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN

Présentation personnelle et du travail de thèse

Demande de l'autorisation d'enregistrer l'entretien

### **I) L' Allaitement lors de ce premier mois à la maison**

**Ouverture:** Pouvez-vous me raconter ce qui s'est passé pour vous autour de votre allaitement depuis le retour à domicile ?

1) L'allaitement est-il poursuivi?

a- Si sevrage : quand ? Comment ? Causes ?

b- évolution des modalités d'allaitement ?

Mode d'allaitement à la sortie/actuel

Compléments ?

Satisfaction du schéma actuel ?

2) Avez-vous rencontré des difficultés ?

a- Lesquelles ? Racontez-moi

b- Faites-vous un lien avec quelque chose ? Avec la prématurité de votre enfant ?

c- Comment avez-vous fait ? Moyens pour y remédier

3) Qu'est-ce qui vous a aidé dans votre allaitement ?

4) Pourriez-vous dire que vous étiez préparée à cet allaitement à domicile ?

a- Avez-vous reçu des conseils en rapport avec l'allaitement à la sortie d'hospitalisation de votre enfant ?

b- Vous a-t-on proposé un suivi concernant votre allaitement à la sortie ?

### **II) Vécu et expérience de l'allaitement**

**Ouverture :** Pouvez-vous me parler de ce qui vous a amené à allaiter ?

1) Quand avez-vous pris la décision d'allaiter ? (pendant la grossesse, à la

naissance?)

A-Pensez-vous que la prématurité a influencé votre choix d'allaiter ?

B-Avez-vous reçu une information concernant les bénéfices de l'allaitement maternel notamment chez l'enfant prématuré ?

a- Qui ?

b- Quand (en anténatal ? Entretien du 4ème mois ? En post natal?)

c- Quoi ?

2) En quoi l'allaitement à la maison diffère-t-il de votre expérience de l'allaitement à l'hôpital ?

a- inquiétudes particulières ?

b-utilisation des tests de pesées ?

c-entourage ?

3) Avez-vous une expérience d'allaitement antérieur ?

a- Cet allaitement diffère-t-il de celui passé ? Si oui en quoi ?

b- enfant à terme/prématuré ?

4) Comment vivez-vous l'allaitement de votre enfant ?

« Récompenses »

« Efforts »

Que vous apporte-t-il ?

### **III) Soutien et attente autour de l'allaitement**

**Ouverture** : Depuis votre sortie avez-vous contacté des personnes (professionnels de santé ou non) pour vous aider dans votre allaitement ?

Racontez-moi comment vous avez fait et comment ça s'est passé ?

1) Qui ? Proches, médecin, sage-femme, consultante en lactation, associations..?

2) si non pourquoi ? (pas de besoin, pas osé, ne savait pas vers qui se tourner...)

3) satisfaction de la réponse apportée ?

les personnes soutenantes : qu'ont-elles dit/fait ?

les personnes non soutenantes : qu'ont-elles dit/ fait ?

4) Place du père dans l'allaitement ?

5) Qu'attendez-vous des professionnels de santé que vous rencontrerez autour de ce projet d'allaitement ?

6) Y a-t-il des choses que vous auriez aimé que l'on vous propose pour soutenir votre allaitement ?

#### **IV) Conclusion**

Y a-t-il des choses que vous aimeriez ajouter ?

Avez-vous des commentaires sur cet entretien ?

J'ai encore besoin de quelques renseignements, pouvez-vous me préciser :

- votre âge
- votre situation familiale ?
- votre niveau d'étude et situation professionnelle ?

- Avez-vous d'autres enfants ?

Pour cet enfant :

- Quels étaient le terme et poids de naissance ?
- Connaissez-vous la cause de la prématurité ?

Remerciements

## ANNEXE 2 : LETTRE INFORMATION PATIENT ET CONSENTEMENT

Roura Emmanuelle

Angers

le 26/09/2015

tel : 0689130689

emmaroura@live.fr

### Lettre d'information à l'attention des patients

Thèse « Devenir et vécu de l'allaitement après le retour à domicile de l'enfant prématuré »

Chère Madame, cher Monsieur

Je suis interne en médecine générale à la faculté d'Angers, et je vous propose de participer à une recherche dans le cadre de ma thèse de doctorat en médecine.

Cette étude concerne le devenir et le vécu de l'allaitement maternel après le retour à domicile de l'enfant né prématuré. L'objectif de cette étude est de recueillir le témoignage de mères d'enfants prématurés sur leur vécu de l'allaitement à domicile mais également sur leurs besoins et attentes en matière de soutien. Votre expérience permettra d'enrichir nos connaissances dans le but d'améliorer nos pratiques professionnelles. Si vous n'y êtes pas opposés, Mme Coneau, la puéricultrice référente allaitement maternel qui vous donnera cette lettre, me transmettra vos coordonnées. Je vous recontacterai pour fixer une date d'entretien environ un mois après le retour à domicile de votre enfant ceci permettant de respecter un délai de réponse nécessaire à votre réflexion.

Ce document vous explique le but de mon projet de recherche ainsi que ses procédures. Je vous invite à prendre le temps de le lire afin de prendre votre décision.

Cette étude a été mise en place par le Pr Baron Céline, médecin généraliste et Professeur au département de médecine générale de la faculté, et par moi.

Elle ne modifie en rien votre prise en charge médicale.

Votre collaboration n'entraîne aucune participation financière de votre part.

Cette étude consistera à effectuer un entretien avec vous, à votre domicile. Un seul entretien sera réalisé, d'une durée de 30 à 45 minutes. Vous aurez la possibilité d'interrompre totalement l'entretien à tout moment; aucune justification ne vous sera demandée.



L'entretien sera enregistré, puis retranscrit (écrit sur ordinateur). Rien de ce qui a été dit ne sera modifié. Toutes les informations recueillies pendant cette recherche seront rendues anonymes. Vous pourrez, si vous le souhaitez, relire l'entretien retranscrit sur papier, et demander qu'il ne soit pas utilisé.

La publication de cette recherche ne comportera aucun résultat individualisable. Vos données anonymisées seront conservées par l'équipe de recherche. Elles pourront être utilisées pour la formation ou la recherche au sein de l'Université d'Angers. Le Comité d'Ethique du CHU d'Angers a évalué la pertinence éthique de cette étude et a émis un avis favorable à sa mise en œuvre.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de lire cette lettre. Si vous êtes d'accord pour participer à l'étude, je vous demanderai de me remettre le formulaire de non opposition ci-joint signé lorsque nous nous rencontrerons pour effectuer l'entretien.

Roura Emmanuelle

## Formulaire de non opposition

**Titre de la recherche : « Devenir et vécu de l'allaitement après le retour à domicile de l'enfant prématuré »**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_

Confirme avoir été informé(e) des éléments suivants:

- L'entretien fera l'objet d'un enregistrement audio,
- les objectifs de l'enregistrement et de son utilisation m'ont été expliqués par Emmanuelle Roura
- j'aurai la possibilité d'écouter cet enregistrement et de lire sa retranscription
- à ma demande, cet enregistrement pourra être effacé\*

J'ai lu et compris la fiche d'information qui m'a été transmise.

J'ai bien compris que ma participation à cette étude est volontaire.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Je consens à ce que cet entretien retranscrit et anonymisé soit utilisé pour la formation et la recherche susmentionnée au sein de la Faculté de Médecine d'Angers.

Après en avoir discuté et avoir obtenu la réponse à toutes mes questions, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche qui m'est proposée.

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature:

*Signature de la personne :*

*Nom et signature de l'investigateur*

\*Déclaration de révocation:

M., Mme, Melle \_\_\_\_\_

Déclare révoquer le consentement susmentionné

A \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature:

### **ANNEXE 3 : ENTRETIENS CD-ROM**



## Devenir et vécu de l'allaitement de l'enfant prématuré après le retour à domicile

### RÉSUMÉ

**Introduction :** Les bénéfices du lait maternel chez le prématuré ont été démontrés par de nombreuses études. Cependant, la prévalence et durée d'allaitement semblent plus faibles dans cette population et son devenir après la sortie d'hospitalisation reste mal connu. Après une hospitalisation parfois longue et encadrée il semblait intéressant d'explorer le devenir et vécu de l'allaitement après le retour à domicile.

**Méthodes :** Une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés a été menée auprès de 12 mères de prématurés ayant été hospitalisés au CHU d'Angers. L'entretien réalisé le deuxième mois après le retour à domicile était retranscrit puis analysé par thématique avec double codage.

**Résultats :** La décision d'allaiter était influencée par la prématurité mais les mères regrettaient un manque d'information orale en prénatal. Le retour à domicile était une étape clé dans la poursuite de l'allaitement marquant la transition d'un allaitement encadré vers une personnalisation du soin maternel. Son devenir était fortement lié aux motivations initiales des mères. Allaiter un prématuré était difficile et exigeait un fort investissement maternel. Cette complexité était compensée par des bénéfices émotionnels notamment dans le renforcement du lien mère-enfant. Le temps d'hospitalisation permettait de préparer le retour à domicile mais un suivi de l'allaitement n'était pas systématiquement proposé à la sortie malgré les attentes maternelles. À la maison, il émergeait des inquiétudes particulières centrées sur la prise de poids de l'enfant. L'entourage et notamment le père avait un rôle majeur dans le soutien à l'allaitement. Les mères attendaient des professionnels de santé soutien, connaissances et écoute non jugeante.

**Conclusion :** En Pays de la Loire les prématurés sont souvent suivis médicalement au sein du réseau Grandir Ensemble. Cependant il semble important que les différents professionnels de santé rencontrés dans le parcours de périnatalité (médecins généralistes, pédiatres, gynécologues, sages-femmes...) veillent à informer les mères des bénéfices de l'allaitement, inclure les pères notamment dans les préparations à la naissance et soutenir les choix maternels en leur apportant écoute et conseils individualisés.

**Mots-clés :** Allaitement maternel, Prématuré, Retour à domicile, Vécu

## Breastfeeding of preterm infant: evolution and personal experiences after discharge

### ABSTRACT

**Introduction:** The benefits of breast milk for preterm infant have been demonstrated by numerous studies. However, the prevalence and duration of breastfeeding seem lower in this population and its future after hospital discharge remains unclear. After a long and supervised hospitalization it seemed interesting to explore the future and experiences of breastfeeding after returning home.

**Methods:** A qualitative study using semi-directed individual interviews was conducted with 12 mothers of preterm infants who were hospitalized at the CHU of Angers. The interview realized during the second month after the homecoming was transcribed and analyzed thematically with double coding.

**Results:** The decision to breastfeed was influenced by prematurity but mothers regretted a lack of prenatal oral information. The return home was a key step in the continuation of breastfeeding marking the transition from supervised breastfeeding to customization of maternal care. Its future was strongly linked to the initial motivations of mothers. Breastfeeding a preterm infant was difficult and required a strong maternal investment. This complexity was offset by emotional benefits including strengthening the mother-child relationship. The hospital stay allowed preparing the return home but despite maternal expectations, a breastfeeding follow-up was not routinely offered when leaving. At home, particular concerns focused on the child's weight were noticed. The entourage, especially the father, had a major role in helping mothers to breastfeed. Mothers were expecting from health professionals: support, knowledge and non-judgmental listening.

**Conclusion:** In Pays de la Loire, premature babies are often followed medically within the network Grandir Ensemble. However, it seems important that the various health professionals met in the course of perinatal care (GPs, pediatricians, gynecologists, midwives ...) ensure informing mothers of the benefits of breastfeeding, include fathers in particular during preparation for birth and support maternal choices by providing individualized advice and listening.

**Keywords :** Breastfeeding, Preterm infant, Discharge, Experience