



HAL
open science

Évaluation anténatale des connaissances des futures mères sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré

Agathe Jamart

► **To cite this version:**

Agathe Jamart. Évaluation anténatale des connaissances des futures mères sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré. Gynécologie et obstétrique. 2020. dumas-03139773

HAL Id: dumas-03139773

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03139773v1>

Submitted on 12 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Caen Normandie
Ecole de Sage-femme de Caen

**Evaluation anténatale des connaissances des futures
mères sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré**

Sous la direction du Dr Cénéric Alexandre

Agathe Jamart

Née le 14 mars 1996

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-femme

Années universitaires 2015 à 2020



CAEN · CAMPUS 5

BIBLIOTHÈQUE
UNIVERSITAIRE

SANTÉ

CHUCaen

ECOLE DE SAGES-FEMMES

AVERTISSEMENT

Afin de respecter le cadre légal, nous vous remercions de ne pas reproduire ni diffuser ce document et d'en faire un usage strictement personnel, dans le cadre de vos études.

En effet, ce mémoire est le fruit d'un long travail et demeure la propriété intellectuelle de son auteur, quels que soient les moyens de sa diffusion. Toute contrefaçon, plagiat ou reproduction illicite peut donc donner lieu à une poursuite pénale.

Enfin, nous vous rappelons que le respect du droit moral de l'auteur implique la rédaction d'une citation bibliographique pour toute utilisation du contenu intellectuel de ce mémoire.

Le respect du droit d'auteur est le garant de l'accessibilité du plus grand nombre aux travaux de chacun, au sein d'une communauté universitaire la plus élargie possible !

Pour en savoir plus :

Le Code de la Propriété Intellectuelle :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006069414>

Le site du Centre Français d'exploitation du droit de Copie :

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

adresse
tél.
courriel
internet

Bibliothèque universitaire Santé
Pôle des formations et de recherche en santé • 2, rue des Rochambelles • CS 14032 • 14032 CAEN CEDEX 5
02 31 56 82 06
bibliotheque.sante@unicaen.fr
sed.unicaen.fr/

REMERCIEMENTS

Je voudrais tout d'abord remercier toutes les patientes ayant participé à cette étude.

J'adresse également mes remerciements à Dr Alexandre, mon directeur de mémoire, pour son encadrement et ses conseils, à Mme Levallois, mon enseignante référente, pour son soutien et accompagnement, et à Dr Thibon pour son aide dans la réalisation des résultats statistiques.

Merci à toute l'équipe enseignante pour leur présence tout au long de ces quatre années.

Merci également à toutes les filles de ma promotion m'ayant aidé à distribuer les questionnaires.

Je voudrais remercier mes amies, Lisa, Gaïa, Charlotte et Manon pour ces années d'études, leur soutien et leurs rires.

Un grand merci à ma famille, à mes amis, et tout particulièrement à Ghislain.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	1
1. L'allaitement maternel	1
2. La prématurité	3
2.1. Définitions	3
2.2. Complications digestives	5
2.3. Complications infectieuses	5
2.4. Devenir neuro-sensoriel	5
3. L'accompagnement de l'allaitement maternel	7
3.1. Causes d'échec	7
3.2. Accompagnement des projets d'allaitement	8
4. Question de recherche	10
Problématique	10
5. Objectifs et hypothèses	10
5.1. Objectif primaire	10
5.2. Objectifs secondaires	11
II. MATERIEL ET METHODES	12
1. Description de l'étude	12
2. Population étudiée	12
3. Critères retenus	12
4. Envoi des questionnaires	13
5. Analyse statistique	14
III. RESULTATS	15
1. Caractéristiques de la population interrogée	15
2. Connaissances maternelles concernant l'allaitement de l'enfant prématuré.	18

IV. ANALYSE ET DISCUSSION	25
1. Points forts et limites de l'étude	25
2. Analyse et discussion	26
2.1. Caractéristiques de la population interrogée	26
2.2. Connaissances maternelles sur l'allaitement	27
2.3. Facteurs associés avec le type d'allaitement envisagé.	28
2.4. Facteurs associés avec le type d'allaitement choisi.	30
2.5. Les différentes sources d'informations des patientes.	32
CONCLUSION	35
BIBLIOGRAPHIE	36
ANNEXES	40

LISTE DES ABREVIATIONS

AA – Allaitement artificiel

ADLF – Association Des Lactariums de France

AM – Allaitement maternel

CHU – Centre Hospitalier Universitaire

CLERS – Comité Local d’Ethique de la Recherche en Santé

ECUN – Entérocolite ulcéro-nécrosante

INPES – Institut National de Prévention et d’Education pour la Santé

INSERM – Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

NIDCAP – Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OMS – Organisation Mondiale de la Santé

PIPP – Premature Infant Pain Profile

SA – Semaine d’Aménorrhée

SIG – Service Intensif de Grossesse

I. INTRODUCTION

1. L'allaitement maternel.

L'allaitement maternel consiste à nourrir son enfant au lait maternel, que ce soit en positionnant l'enfant directement au sein, ou en ayant recours au tire-lait puis en donnant son lait à l'enfant (à la seringue, au biberon, cuillère, sonde). Ses bénéfices, étudiés par de nombreux travaux, ne sont plus à démontrer aujourd'hui. Il permet de réduire la morbi-mortalité infantile et ses bénéfices sont retrouvés même à l'âge adulte. (1) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif, à la demande, jusqu'à six mois, car il couvre à lui seul les besoins nutritionnels du nourrisson.(1) Idéalement, l'allaitement devrait se poursuivre jusqu'au deux ans de l'enfant en complément d'une alimentation diversifiée. (1)

Si l'allaitement maternel présente de nombreux avantages, le taux d'allaitement en France est parmi les plus bas d'Europe. En 2013, l'étude Epipage 2, étude portant sur des nouveau-nés prématurés, a recensé un taux de 70,5% d'allaitement maternel à la maternité et seulement 15% à six mois. Sur l'étude réalisée en Ile-de-France, en 2011, ce taux est égal à 24%, contrairement à 90% en Suède, à la sortie d'hospitalisation en néonatalogie. (2) Une évolution significative doit être remarquée car en 1997, seulement 19% des grands prématurés étaient allaités, selon l'étude Epipage 1. (3)

La déclaration d'Innocenti (1990) prône la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, elle reconnaît l'allaitement maternel comme un « moyen sans égal » de nourrir l'enfant et qui assure une alimentation idéale, réduisant l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, conférant des avantages pour la santé maternelle et également économiques. Le lait maternel est le meilleur lait pour l'enfant. Il lui apporte les nutriments nécessaires à sa croissance, et se modifie au cours du temps pour s'adapter à ses besoins (4): le lait change au cours d'une tétée (sucré au début de la tétée puis plus gras pour une sensation de satiété), et en fonction de l'âge du nouveau-né (colostrum, lait de transition

puis lait définitif). Ainsi, le lait maternel pour un enfant né à terme sera différent d'un enfant né prématurément. (4, 5)

Il possède des propriétés anti-infectieuses avec passage d'immunoglobulines A et de lactoferrine, permettant de bloquer les germes, et confère à l'enfant une immunité passive. (4, 6, 7) Ainsi, l'incidence et la gravité des infections, notamment des infections respiratoires et gastro-intestinales, sont diminuées. (8) Chez l'enfant prématuré, le lait maternel est primordial entre autre en raison de leur immaturité digestive. (9) D'ailleurs, les recommandations et sociétés savantes en France sont l'utilisation du lait maternel, ou de lait de femme issu de don de lait si le lait de leur mère n'est pas disponible pour l'alimentation entérale des grands prématurés. (2, 10) Cela permet une meilleure tolérance de l'alimentation, grâce aux protéines déjà fractionnées et plus facilement absorbées par le système digestif de l'enfant. (5) Une enzyme, la lipase, permet également un meilleur apport énergétique par facilitation de la digestion des graisses. (11) Il diminue le risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN) en permettant l'apparition d'un microbiote intestinal favorisant une meilleure digestion. (2, 10, 12)

A plus long terme, les enfants prématurés ayant été allaités ont moins de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte. (6) En effet, la prématurité et le faible poids de naissance sont des facteurs de risque de développer ces maladies (diabète de type II, hypertension artérielle chronique). (2)

Des effets positifs sur le développement neuro-cognitif sont aussi démontrés : les prématurés allaités durant leur séjour en néonatalogie ont un meilleur devenir neuro-développemental. A plus long terme, des scores d'intelligence supérieurs ont été montrés, en faveur de l'allaitement maternel. (6, 10)

Pour les allaitements maternels durant plus de trois mois, une réduction du risque d'allergie et d'eczéma est observée ainsi qu'une prévention du surpoids et de l'obésité, dans une moindre mesure. (7)

L'allaitement maternel ne profite pas qu'à l'enfant. Il existe des bénéfices pour les mères, à court et long terme, également en fonction de la durée de l'allaitement.

A court terme, cela permet de diminuer le risque des infections utérines du post-partum. (7) En effet, grâce aux hormones produites durant l'allaitement, la prolactine et l'ocytocine, l'utérus se contracte, et permet une meilleure involution utérine. (7, 13) Lors d'une

naissance prématurée, le sentiment de culpabilité et la soudaineté de cet évènement peut impacter le lien mère-enfant. L'allaitement peut aider à créer ce lien, et diminuer le risque de dépression liée à la prématurité, ceci grâce à l'ocytocine, l'hormone du plaisir, secrétée durant une tétée qui entraîne la détente, l'attachement et le bien-être (9, 14, 15). Pour les femmes ayant une alimentation équilibrée, la perte de poids acquis durant la grossesse est plus aisée. (8)

A long terme, les allaitements supérieurs à six mois permettent la diminution du risque de cancer du sein, de l'ovaire (liée à l'aménorrhée lactationnelle) et d'ostéoporose, selon plusieurs études. (8)

Enfin, le lait maternel présente un intérêt économique puisqu'il est gratuit ! Un des facteurs de risque de la prématurité est un bas niveau socio-économique. (9, 16) Pour ces femmes, il est important qu'elles soient informées de tous les bénéfices néonataux, maternels et économiques de l'allaitement maternel.

2. La prématurité.

Les progrès en néonatalogie ont permis d'améliorer le taux de survie et de diminuer les taux de complications des enfants prématurés. Parmi eux, la stratégie nutritionnelle a une grande importance dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés car elle permet une croissance ex-utéro similaire à celle qu'aurait dû avoir l'enfant pendant la grossesse. (2, 6, 10) Le lait maternel constitue la meilleure alimentation pour l'enfant prématuré. Il apporte des bénéfices sur la période d'hospitalisation en néonatalogie, mais pas seulement : la fréquence des hospitalisations durant l'année après la sortie est diminuée, et des bénéfices à long terme sont démontrés (10, 17, 18).

2.1. Définitions.

Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), environ 50 000 naissances sont prématurées en France, dont dix pourcent de grands prématurés et cinq pourcent d'extrêmes prématurés. (19)

La prématurité, définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), concerne toute naissance avant 37 Semaines d'Aménorrhée (SA). Il en existe plusieurs stades, en fonction du terme de naissance : (19, 20)

- la prématurité extrême : avant 28 semaines d'aménorrhée
- la grande prématurité : entre 28 et 32 semaines d'aménorrhée
- la prématurité tardive, ou faible prématurité : de 32 à 37 semaines d'aménorrhée

De multiples causes peuvent induire un accouchement prématuré. Parmi elles, on distingue deux catégories :

- la prématurité non consentie, due à une mise en travail spontanée. La cause peut être infectieuse, une rupture prématurée des membranes, ou inconnue.
- la prématurité consentie, induite. Elle est iatrogène : la naissance est décidée par l'équipe médicale en raison du risque foetal ou maternel.

La naissance est le passage d'une vie placentaire à une vie extra-utérine, une vie autonome. Cette adaptation met en jeu des fonctions jusque-là inopérantes (fonctions circulatoire, ventilatoire, métabolique et digestive), et, dans le cas de la prématurité, cette mise en place est altérée en raison de l'immaturation générale de l'enfant, et peut engager son pronostic vital, en fonction de son terme. (20) Toutes les grandes fonctions de l'enfant prématuré sont immatures : que ce soit au niveau pulmonaire, vasculaire, digestif, rénal, immunitaire, hématopoïétique, des complications dues à cette immaturité peuvent survenir. La prématurité a aussi un impact sur la relation mère-enfant et augmente le risque de trouble de l'attachement précoce. (14, 15) En effet, l'attachement peut se faire plus difficilement en raison de la séparation mère-enfant à la naissance, de la soudaineté de la naissance ou encore du stress et de la culpabilité que peuvent ressentir les mères. (21) L'allaitement, outre les bénéfices qu'il apporte à l'enfant tout comme à la mère, peut constituer un moyen pour ces femmes de diminuer ce sentiment d'incapacité et de culpabilité.

L'enfant prématuré est exposé à de nombreuses complications possibles. L'allaitement maternel peut réduire, en partie, ces risques de complications car la nutrition est un enjeu central pour le développement des nouveau-nés prématurés. (2,10)

2.2. Complications digestives.

La fonction digestive passe d'abord par la déglutition : il est important de stimuler l'oralité de l'enfant, par exemple, en instaurant des mises au sein précoces, le but n'étant pas une fin nutritive, initialement. Les enfants chez qui l'oralité a été stimulée par une mise au sein précoce ont une meilleure succion/ déglutition que ceux nourris au biberon. (5) On retrouve chez ces enfants une immaturité du cardia, entraînant des reflux gastro-oesophagien, des difficultés à digérer du fait d'une insuffisance des sécrétions digestives, un ralentissement du transit, provoquant des ballonnements et une fragilité intestinale avec un risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante. L'alimentation au lait maternel permet de diminuer l'incidence de ces affections, puisqu'il permet la maturation du tractus gastro-intestinal, avec développement des villosités intestinales ainsi que d'un microbiote intestinal approprié. (2, 7, 10)

2.3. Complications infectieuses.

Le système immunitaire d'un enfant à terme n'a pas acquis une maturation complète à la naissance. De fait, pour un enfant prématuré, les capacités de réponse aux agents infectieux sont encore plus limitées. (23) De plus, la transmission des anticorps maternels existe en fin de grossesse, et n'a pu avoir lieu en cas de naissance prématurée, ce qui place l'enfant dans une catégorie à haut risque infectieux. (23) C'est pourquoi, le lait maternel, avec ses propriétés anti-infectieuses, a une place prépondérante dans l'alimentation de l'enfant prématuré. Il permet de diminuer l'incidence des infections locales et systémiques auxquelles l'enfant peut être exposé. (10)

2.4. Devenir neuro-sensoriel.

Il existe une vulnérabilité des structures cérébrales et sensorielles. Ces enfants sont particulièrement exposés à des risques de lésions hémorragiques, hémorragie intra-ventriculaire par exemple, ischémiques comme la leucomalacie périventriculaire ou encore les rétinopathies, liées à un excès d'oxygène. (24) La fonction respiratoire n'étant pas

mature chez ces enfants, une aide ventilatoire par apport d'air et d'oxygène doit être mis en place. Mais, un apport trop important d'oxygène a un rôle toxique sur la rétine des nouveau-nés. Ce risque de rétinopathie est diminué en cas d'allaitement maternel, car le lait contient des graisses complexes qui entrent dans la composition des membranes cellulaires du cerveau, et elles contribuent à une meilleure vision chez le prématuré. (10, 11)

A long terme, ces enfants nés prématurés présentent une incidence de troubles du neuro-développement supérieure à celle des enfants nés à terme. Ces troubles peuvent être variés: moteurs, comportementaux, relationnels, émotionnels, sensoriels et cognitifs... Parmi ces enfants, des études ont montré un développement neuro-cognitif meilleur pour les anciens prématurés ayant été allaités. (6, 9, 10, 14) Le parcours de soins de ces enfants doit mettre l'accent sur leurs besoins sensoriels. C'est une prise en charge globale alliant soins techniques et connaissances neuro-comportementales. Le programme NIDCAP (Neonatal Individualized Developmental Care and Assessment Program) est un programme d'intervention précoce qui replace l'enfant au centre de sa famille et individualisé, sur la base d'observation du nouveau-né. (14, 25) Il soutient l'allaitement maternel et favorise un environnement adapté au nouveau-né (techniques de cocooning, éviction maximale des stimuli visuels et auditifs). (26)

Durant le séjour en néonatalogie, des examens à visée diagnostic et thérapeutique sont réalisés, cela engendre du stress et de la douleur pour les nouveau-nés. (27) Il est maintenant reconnu qu'il faut prendre en charge la douleur et l'inconfort de ces enfants afin d'éviter des répercussions potentielles sur le développement neurologique au long terme. (7, 27) Des moyens antalgiques non-médicamenteux doivent donc être utilisés lors de soins douloureux, parmi eux, il existe l'emballage, la succion non nutritive, l'administration de solution sucrée, la musique, le contact en peau à peau, le lait maternel ou la mise au sein. Dans une revue de la littérature, Peng et al ont montré en 2018, que l'utilisation de la succion combinée au lait maternel diminuait les douleurs modérées liées aux soins, selon l'échelle PIPP « Premature Infant Pain Profile ». (28, 29, 30)

3. L'accompagnement de l'allaitement maternel.

3.1. Causes d'échec.

Malgré ses bénéfices, l'allaitement maternel de l'enfant prématuré n'est pas chose aisée. Plusieurs obstacles peuvent empêcher l'initiation et l'entretien de la lactation. (6, 10) Les mères de nouveau-nés prématurés sont confrontées à une initiation de la lactation plus difficile à cause de la séparation mère-enfant brutale lors de l'accouchement, que ce soit pour un accouchement voie basse ou par césarienne. (10) Des données de la littérature rapportent que l'accouchement par césarienne a un plus fort impact négatif sur la lactation, du fait de la douleur ressentie par les mères et d'un climat hormonal différent de celui d'un accouchement voie basse. (11) Le stress généré par cette naissance prématurée nuit à la sécrétion des hormones nécessaires au début de la lactation. (4) L'ocytocine est une hormone de relaxation, elle voit sa production diminuée par des émotions négatives (stress, contrariété, douleur). Cela entraîne un cercle vicieux : une mère est stressée par la prématurité de son enfant, la mise en place de la lactation n'est pas optimale, de ce fait, elle s'inquiète de ne pas avoir assez de lait et de ne pas pouvoir nourrir correctement son enfant, donc la production de lait diminue encore et le stress augmente. (4, 8)

Selon l'OMS, une initiation optimale de l'allaitement passe par une tétée dans l'heure suivant la naissance. (1) Or, l'enfant ayant besoin d'une prise en charge médicale adaptée, cette mise au sein n'est pas possible dans le cas de la prématurité. Une stimulation de la lactation par expression manuelle précoce devrait être montrée aux mères, avant l'utilisation du tire-lait. Seulement, le manque de connaissances des professionnels de santé empêche cette stimulation précoce. (6, 10, 31)

Les jours suivant la naissance, les contacts physiques limités par le matériel de réanimation ou la séparation (mère hospitalisée dans le service de maternité ou habitant loin de l'hôpital et enfant hospitalisé dans le service de néonatalogie) sont aussi des facteurs limitants pour l'allaitement et la relation mère- enfant. (10) La mise en place du peau à peau précoce et du tire-lait est primordiale pour instaurer la lactation ainsi que, jusqu'à ce que le nouveau-né soit capable de téter efficacement. Il est nécessaire que les mères tirent leur lait six à huit fois par jour, dont au moins une fois la nuit, pour maintenir la lactation. (4, 11)

En 2014, un état des lieux de l'allaitement maternel de l'enfant prématuré a été réalisé sur la région Nord-Ouest de la France, et seulement 44% des mères allaitaient leur enfant à la sortie du service de néonatalogie. (10)

La prématurité bouleverse les mères sur divers plans (émotionnellement, psychologiquement, physiquement, etc). L'allaitement peut être un moyen, pour certaines, de déculpabiliser et de créer ou renforcer un lien mère-enfant. (16, 21) La réussite de ce projet tient, entre autres, par les moyens mis en œuvre par l'équipe soignante, par exemple, des tire-laits adaptés, mais aussi par le soutien et l'accompagnement de cette femme. (10, 16)

3.2. Accompagnement des projets d'allaitement.

Des stratégies de soutien de l'allaitement maternel doivent être mises en place pour chaque couple parent-enfant. Le programme NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), qui est utilisé dans la maternité du CHU de Caen, en fait partie, c'est un programme de soins centré sur l'enfant et sa famille, qui soutient l'allaitement et l'utilise pour permettre aux parents de prendre leur place dans la prise en charge de leur nouveau-né. Voici quelques exemples de stratégies visant l'augmentation du taux et de la durée de l'allaitement.

- L'information :

Idéalement, dès l'apparition d'un risque d'accouchement prématuré, ou à défaut, dans les premières heures après l'accouchement, les professionnels de santé devraient proposer une information sur les bénéfices néonataux et maternels de l'allaitement d'un enfant prématuré, ainsi que sur les modalités d'initiation. Beaucoup de mères ignorent la possibilité d'allaiter et l'importance de cet apport pour leur enfant. (10, 11, 16)

Les premières informations essentielles à expliquer aux patientes seraient :

- L'expression manuelle et le recueil du colostrum précoce (dans les six premières heures): prédictif du volume de lait à plus long terme. Une expression de lait tardive entraîne une diminution de la durée d'allaitement. (32)

- Tirer son lait fréquemment avec un tire-lait adapté à la morphologie maternelle, six à huit fois par jour, dont au moins une fois la nuit : cela permet d'augmenter la quantité de lait produite.
- L'importance du peau-à-peau et de la présence parentale auprès du nouveau-né, diminuer au minimum les temps de séparation. (14) Ces moments de peau-à-peau ont l'avantage d'être bénéfiques à l'enfant, et ils augmentent également la durée d'allaitement. (10)
- La réassurance parentale.

- *La prise en charge de la douleur des patientes.*

La douleur est un facteur d'échec car elle empêche la sécrétion naturelle des hormones d'allaitement, comme vu ci-dessus. De plus, cette douleur peut prolonger la séparation mère-enfant (par exemple, impossibilité de se lever et d'aller voir son enfant dans le service de néonatalogie) et peut être un frein à l'attachement. (10)

- *Place des professionnels de santé.*

Les professionnels de santé jouent un rôle important dans le soutien à l'allaitement, en anténatal, en post-partum immédiat, comme à distance de l'accouchement, lors de la sortie de l'enfant du service de néonatalogie. Selon le besoin maternel, différents accompagnements peuvent être proposés, tout au long de l'allaitement : consultante en lactation, pédiatre, groupes d'échanges entre pairs ou associations, soutien à la parentalité, etc. Dans le service de néonatalogie du CHU de Caen, il existe un groupe de travail, constitué de puéricultrices consultantes en lactation, qui organise, de façon hebdomadaire, des ateliers sur l'allaitement maternel des enfants prématurés. Une naissance prématurée étant un facteur de fragilisation maternelle, un accompagnement psychologique peut être mis en place pour mettre des mots sur les ressentis, peurs, réactions liées à cette naissance qui pourraient être un frein à l'établissement du lien mère-enfant, et également à celui de l'allaitement. Tout cela permet un accompagnement maternel qui influence la durée de ce dernier. (6, 7, 8, 9, 16) Ainsi, la sage-femme a un rôle prépondérant d'information, d'accompagnement et d'orientation.

Les données sur l'allaitement sont univoques, le lait maternel est le meilleur lait pour l'enfant: outre les avantages nutritionnels qu'il lui apporte, l'allaitement maternel permet, entre autres, une protection immunologique, un développement des compétences du nouveau-né plus rapide, une sécurisation avec le contact maternel.

Ce faible taux d'allaitement maternel malgré les nombreux bénéfices pour le couple mère-enfant interroge : y a-t-il un frein à l'allaitement maternel ? Il peut être supposé qu'une pratique se généralise lorsque les populations sont correctement informées.

Cette situation amène à se demander si une sensibilisation des femmes à risque d'accouchement prématuré aux bénéfices de l'allaitement maternel a un impact sur le choix du mode d'alimentation de l'enfant prématuré.

4. Question de recherche.

Comme vu précédemment, la prématurité impacte l'état de santé de l'enfant, et le place à haut risque de mortalité et complications. Le lait maternel apporte de nombreux bénéfices à l'enfant, d'autant plus lorsque le nouveau-né reçoit le lait de sa propre mère, et non celui de donneuses. Pour promouvoir l'allaitement maternel, l'information et le soutien des mères sont capitaux.

D'où l'émergence de la problématique de cette étude :

Problématique :

« Quelles sont les connaissances en matière d'allaitement maternel des patientes hospitalisées au service de Suivi Intensif de Grossesse (SIG) du CHU de Caen pour menace d'accouchement prématuré (<34SA) ? »

5. Objectifs et hypothèses.

2.1. Objectif primaire.

L'objectif principal était d'évaluer l'état des connaissances des futures mères sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré.

Hypothèse 1 : Les femmes n'ont pas une connaissance suffisante de l'allaitement de l'enfant prématuré.

2.2. Objectifs secondaires.

Le second objectif avait pour but de connaître la principale source d'information des femmes (moyens, professionnels, autres sources) et quelle information était susceptible d'augmenter le choix de l'allaitement maternel.

Hypothèse 2 : Les femmes sont davantage informées par les pédiatres que par les sages-femmes concernant l'allaitement maternel.

Nous cherchions également à savoir l'influence du risque de prématurité sur ce choix.

Hypothèse 3 : La prématurité peut influencer positivement le choix de l'allaitement maternel.

C'est pourquoi, l'aspect pragmatique de ce mémoire était de réaliser un support visant l'augmentation des connaissances maternelles sur l'allaitement, afin d'améliorer le taux d'allaitement des enfants prématurés.

II. MATERIEL ET METHODE.

1. Description de l'étude.

Cette étude était réalisée à partir de questionnaires (annexe 1) distribués aux patientes hospitalisées dans le service du SIG du CHU de Caen et répondant aux critères d'inclusion de l'enquête. Une étude de cohorte, quantitative, mono-centrique a été faite.

Ce questionnaire était scindé en trois parties :

- La première partie concernait les caractéristiques de la population de femmes interrogées.
- La deuxième partie faisait état des connaissances des futures mères sur l'allaitement maternel, et en particulier, l'allaitement de l'enfant prématuré. Il était construit à partir des informations données par le *Guide de l'allaitement*, de l'INPES. (41)
- La dernière avait pour but de savoir le terme d'accouchement et le choix d'alimentation final. Pour cela, une autorisation de consultation du dossier des patientes à distance de leur hospitalisation dans le service du SIG leur était demandée.

2. Population étudiée.

Etaient sélectionnées pour cette étude, les patientes hospitalisées dans le service de Suivi Intensif de Grossesse (SIG) du CHU de Caen, avec un terme inférieur ou égal à 34 Semaines d'Aménorrhée (SA), et ayant un risque d'accouchement prématuré sur la période d'environ cinq mois, du 21 juin 2019 au 8 décembre 2019.

3. Critères retenus.

Les critères d'inclusion étaient :

- Femmes enceintes hospitalisées dans le service de Suivi Intensif de Grossesse (SIG) au CHU de Caen avec un risque d'accouchement prématuré.
- Terme inférieur ou égal à 34 SA (terme seuil à partir duquel les enfants prématurés d'âge gestationnel supérieur à 34 SA peuvent recevoir du lait artificiel, si la mère ne souhaite pas allaiter, selon le CHU de Caen et recommandé par les sociétés savantes et l'ADLF (Association Des Lactariums de France). En effet, il est recommandé de donner du lait maternel pour un terme inférieur à 34SA ou un poids de naissance inférieur à 1700g.

Les critères d'exclusion étaient :

- Femmes mineures
- Refus de la patiente
- Difficulté de compréhension du questionnaire (problème de lecture ou barrière de la langue)
- Interruption médicale de grossesse
- Mort foetale in utero
- Foetus présentant des malformations congénitales graves
- Accouchement imminent ne permettant pas de remettre le questionnaire
- Femmes hospitalisées au SIG pour des raisons autres qu'un risque d'accouchement prématuré (exemple: colique néphrétique)

4. Envoi des questionnaires.

Pour commencer cette étude, l'accord du Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé (CLERS) avait été recueilli, après soumission du dossier constitué en vue de ce travail au Guichet d'Orientation pour la recherche en Santé. Nous avons obtenu cet accord le 21 juin 2019. Dès lors, après avoir été testés sur cinq patientes n'ayant pas été incluses dans l'étude, des questionnaires avaient été distribués, en mains propres et par d'autres

étudiantes sage-femme, aux patientes acceptant de participer à notre étude et conformes aux différents critères. Nous avons pu clôturer la distribution des questionnaires le 8 décembre 2019.

5. Analyse statistique.

Cette étude avait pour but d'évaluer l'état des connaissances des patientes hospitalisées au SIG sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré par questionnaires. Pour cela, nous avons dû élaborer une grille de notation (annexe 2) pour créer un score de connaissance, étant donné l'absence d'échelle de référence validée dans la littérature. Vingt-trois questions (A à W) vérifiaient les connaissances des patientes interrogées, donnant un score sur 23 points.

Les connaissances étaient jugées satisfaisantes lorsque 75% ou plus des réponses étaient exactes. Elles étaient jugées moyennes entre 50 et 75%, et insuffisantes lorsque moins de 50% des réponses étaient correctes.

Puis, toutes les données du questionnaire ont été converties dans un tableau Excel. Les variables quantitatives étaient décrites par leur moyenne et leur écart-type, tandis que celles qualitatives étaient décrites par leur répartition et leur pourcentage.

Quant à l'analyse statistique, les tests ont été effectués à l'aide du logiciel R, avec le test exact de Fischer pour les analyses à deux classes, et le test de Chi² avec la correction de Yates, pour les analyses supérieures à deux classes.

III. RESULTATS.

1. Caractéristiques de la population interrogée.

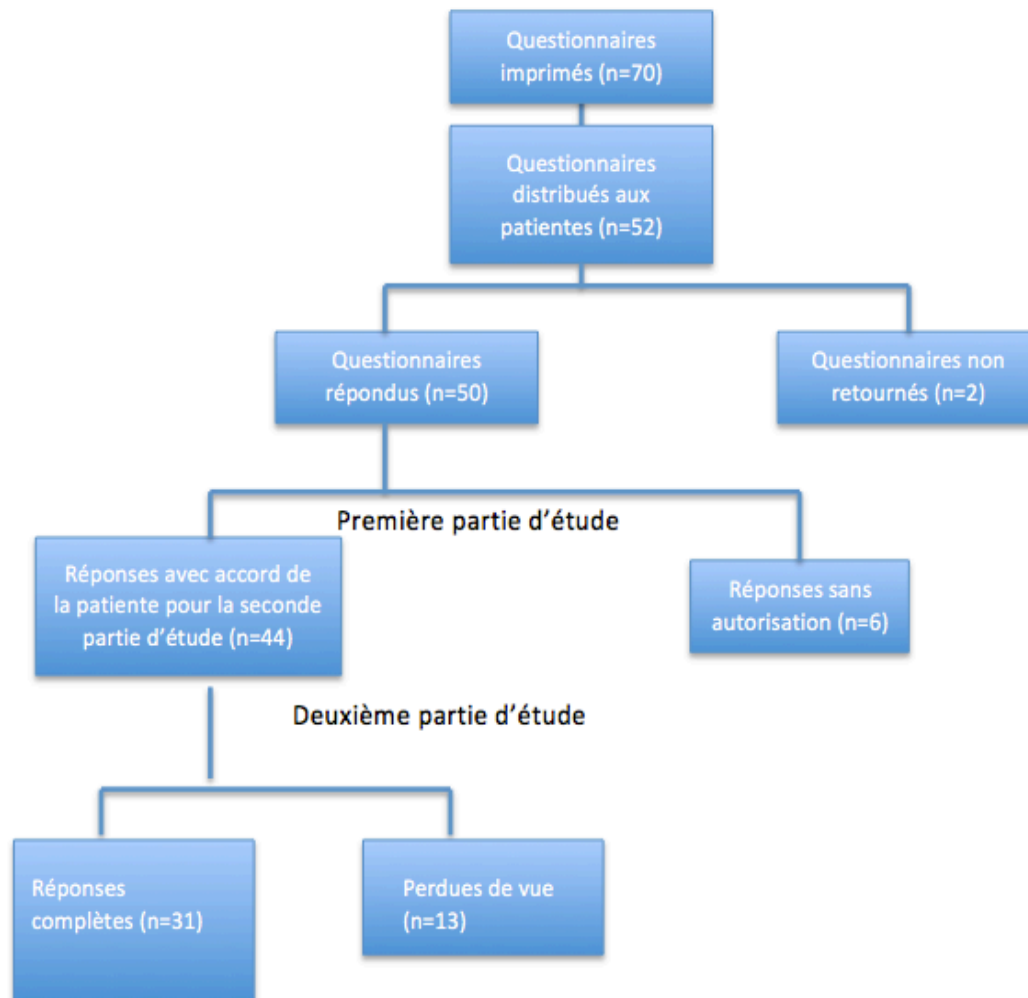


Figure 1. Diagramme de flux

Soixante-dix questionnaires avaient été imprimés pour la période d'étude. Cinquante-deux questionnaires avaient été distribués, et cinquante avaient été remplis, soit un taux de remplissage de 96,2%.

Parmi ces 50 exemplaires, six patientes ne nous avaient pas autorisées à consulter leur dossier après leur accouchement, pour la seconde partie d'étude. Parmi les 44 patientes restantes, 13 ont été perdues de vue.

Pour la première partie d'étude, c'est-à-dire, la description de la population, l'état de connaissances des patientes, ainsi que les facteurs associés à l'allaitement maternel en fonction du mode d'allaitement envisagé, les 50 questionnaires recueillis étaient utilisés. En revanche, pour la seconde partie portant sur les facteurs associés à l'allaitement maternel en fonction du choix d'alimentation à la naissance, seulement 31 questionnaires pouvaient être exploités.

Tableau I. Description de la population : critères socio-économiques.

		N (%)
Age	Entre 18-24 ans	5 (10)
	Entre 25-29 ans	16 (32)
	Entre 30-34 ans	19 (38)
	Entre 35-39 ans	9 (18)
	40 ans et plus	1 (2)
Catégorie socio-professionnelle	Agriculteurs exploitants	0 (0)
	Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	2 (4)
	Cadres, prof sup	3 (6)
	Professions intermédiaires	4 (8)
	Employés	25 (50)
	Ouvriers	0 (0)
	Etudiante	1 (2)
	Autres, sans activité professionnelle	15 (30)
	Statut marital	Mariée
Célibataire		2(4)
Pacsée		10 (20)
Union libre		19 (38)
Veuve		0 (0)
Parité	0	27 (54)
	1	11 (22)
	2	10 (20)
	3	1 (2)
	>4	1 (2)

Les caractéristiques maternelles de la population ont été décrites dans le tableau I.

Les items concernant l'AM ont été reportés dans le tableau II.

Tableau II. Description de la population : facteurs associés à l'allaitement maternel.

		N (%)
A été allaitée	Oui	17 (34)
	Non	33 (66)
A vu allaiter	Oui	42 (84)
	Non	8 (16)
Informations sur l'allaitement	Oui	37 (74)
	Non	13 (26)
Informations par qui/quoi?	Sage-femme	20 (40)
	Pédiatre	8 (16)
	Médecin traitant	1 (2)
	Gynécologique	2 (4)
	Infirmière puéricultrice	7 (14)
	Famille	22 (45)
	Ami(e)s - collègues	18 (36)
	Magazines	10 (20)
	Internet	12 (24)
	Forum	4 (8)
	Autres	1 (2)
	Aucune information	13 (26)
	Rencontre du pédiatre	Oui
Non		22 (44)
Visionnage du film de néonatalogie	Oui	3 (6)
	Non	47 (94)
Informations sur l'allaitement au SIG	Oui	9 (18)
	Non	41 (82)
Envie d'une information	Oui	31 (62)
	Non	10 (20)
	Non pertinent (déjà reçu une information)	9 (18)
Choix selon information	Oui	9 (29)
	Non	22 (71)
TOTAL		31 (100)
Mode d'alimentation	Allaitement	32 (64)
	Alimentation artificielle	9 (18)
	Ne sait pas	9 (18)

2. Connaissances maternelles concernant l'allaitement de l'enfant prématuré.

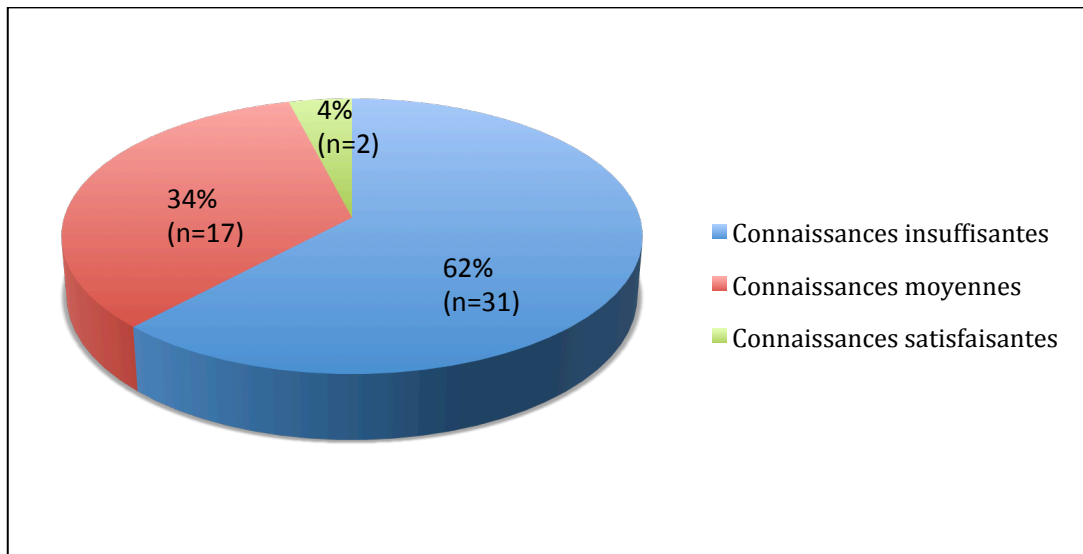


Figure 2. Connaissances des patientes sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré

La moyenne du score de connaissance pour notre échantillon était égale à 8,74/ 20, soit 43,7% de réponses correctes.

Après avoir exploité les résultats de ce score, nous avons formé des catégories afin d'essayer de retrouver d'éventuels facteurs (âge, statut marital, etc) pouvant influencer le degré de connaissances des patientes interrogées. De façon complémentaire, nous avons converti les effectifs en pourcentages afin que les résultats soient plus évocateurs. Aucun résultat significatif n'a été mis en évidence.

Tableau III. Facteurs socio-économiques associés aux connaissances maternelles.

	Connaissances moyennes / satisfaisantes N=19 N (%)	Connaissances insuffisantes N=31 N (%)	<i>p</i>
Age (3 classes)			0,98
< 25 ans	2 (10,5)	3 (9,7)	
25-34 ans	13 (68,4)	22 (71,0)	
≥ 35 ans	4 (21,1)	6 (19,4)	
Catégorie socio-professionnelle (2 classes)			0,07
Activité professionnelle	16 (84,2)	18 (58,1)	
Etudiante ou sans activité professionnelle	3 (15,8)	13 (41,9)	
Statut marital (2 classes)			0,14
Mariée/Pacsée	14 (73,7)	15 (48,4)	
Union libre/ Célibataire	5 (26,3)	16 (51,6)	
Nombre d'enfants (2 classes)			0,77
0	11 (57,9)	16 (51,6)	
> = 1	8 (42,1)	15 (48,4)	

Tableau IV. Autres facteurs associés aux connaissances maternelles.

	Connaissances moyennes ou satisfaisantes N= 19 N (%)	Connaissances insuffisantes N=31 N (%)	<i>p</i>
A été allaitée	8 (42,1)	9 (29,0)	0,37
A vu allaiter	15 (79,0)	27 (87,1)	0,46
A reçu des informations	14 (73,7)	23 (74,2)	1
Rencontre des pédiatres	14 (73,7)	14 (45,2)	0,08
Visionnage du film de néonatalogie	3 (15,8)	0 (0,0)	0,049*
Informations au SIG	4 (21,1)	5 (16,1)	0,71
Alimentation envisagée			0,36
AM	14 (73,7)	18 (58,1)	
AA ou ne sait pas	5 (26,3)	13 (41,9)	
Alimentation choisie	N=11	N=20	0,01*
AM	11 (100,0)	11 (55,0)	
AA	0 (0,0)	9 (45,0)	

Sur le tableau IV étaient reportés les autres facteurs associés aux connaissances. Les facteurs significativement associés à une meilleure connaissance de l’allaitement maternel sont le visionnage du film de néonatalogie du CHU de Caen avant l’accouchement, ainsi que le choix de l’allaitement maternel à la naissance de l’enfant. L’effectif total était égal à 50, à l’exception de la catégorie « alimentation choisie » qui comptait seulement 31 patientes après l’exclusion des perdues de vue. Ici, les effectifs apparaissant étaient uniquement ceux ayant répondu positivement à la question.

Tableau V. Facteurs associés avec le type d'allaitement envisagé.

	Allaitement maternel N=32 N (%)	Allaitement artificiel ou ne sait pas N=18 N (%)	p
Age (3 classes)			0,30
< 25 ans	4 (12,5)	1 (5,6)	
25-34 ans	20 (62,5)	15 (83,3)	
≥ 35 ans	8 (25,0)	2 (11,1)	
Catégorie socio-professionnelle (2 classes)			1
En activité professionnelle	22 (68,7)	12 (66,7)	
Etudiante, sans activité professionnelle	10 (31,3)	6 (33,3)	
Statut marital (2 classes)			1
Mariée - Pacsée	19 (59,4)	10 (55,6)	
Union libre - Célibataire	13 (40,6)	8 (44,4)	
Nombre d'enfants (2 classes)			0,14
0	20 (62,5)	7 (38,9)	
> = 1	12 (37,5)	11 (61,1)	
A été allaitée	15 (46,9)	2 (11,1)	0,01*
A vu allaiter	27 (84,4)	15 (83,2)	1
A reçu des informations	24 (75,0)	13 (72,2)	1
A besoin d'informations supplémentaires	24 (75,0)	7 (38,9)	<0,001*
Rencontre des pédiatres	17 (53,1)	11 (61,1)	0,80
Visionnage du film de néonatalogie	1 (3,1)	2 (11,1)	0,29
Informations au SIG	8 (25,0)	1 (5,6)	0,13
Connaissances			0,42
Moyennes ou satisfaisantes	14 (43,8)	5 (27,8)	
Insuffisantes	18 (56,3)	13 (72,2)	

Les facteurs significativement associés étaient le fait d'avoir été allaitée (15 *versus* 2) et la demande d'informations supplémentaires (24 *versus* 7).

Tableau IV. Facteurs associés avec le type d'allaitement choisi.

	Allaitement maternel N= 22 N (%)	Allaitement artificiel N= 9 N (%)
Age (3 classes)		
< 25 ans	2 (9,1)	2 (22,2)
25-34 ans	15 (68,2)	7 (77,8)
≥ 35 ans	5 (22,7)	0 (0,0)
Catégorie socio-professionnelle (2 classes)		
En activité professionnelle	17 (77,3)	4 (44,4)
Etudiante ou sans activité professionnelle	5 (22,7)	5 (55,6)
Statut marital (2 classes)		
Mariée - Pacsée	12 (54,5)	4 (44,4)
Union libre - Célibataire	10 (45,5)	5 (55,6)
Nombre d'enfants (2 classes)		
0	13 (59,1)	4 (44,4)
> = 1	9 (40,9)	5 (55,6)
A été allaitée	11 (50,0)	1 (11,1)
A vu allaiter	18 (81,8)	6 (66,7)
A reçu des informations	18 (81,8)	5 (55,6)
Besoin d'informations supplémentaires	17 (77,3)	2 (22,2)
Rencontre des pédiatres	14 (63,6)	6 (66,7)
Visionnage du film de néonatalogie	3 (13,6)	0 (0,0)
Informations au SIG	5 (22,7)	1 (11,1)
Connaissances		
Moyennes ou satisfaisantes	11 (50,0)	0 (0,0)
Insuffisantes	11 (50,0)	9 (100,0)
Terme d'accouchement		
24-28 SA	3 (13,6)	0 (0,0)
>28-32 SA	5 (22,7)	1 (11,1)
>32-34 SA	5 (22,7)	3 (33,3)
>34-37 SA	7 (31,9)	0 (0,0)
>37 SA	2 (9,1)	5 (55,5)
Total	22 (71)	9 (29)

Ce tableau rassemblait les données concernant notre population à la naissance de leur enfant. Trente et une patientes étaient incluses dans la seconde partie de cette étude.

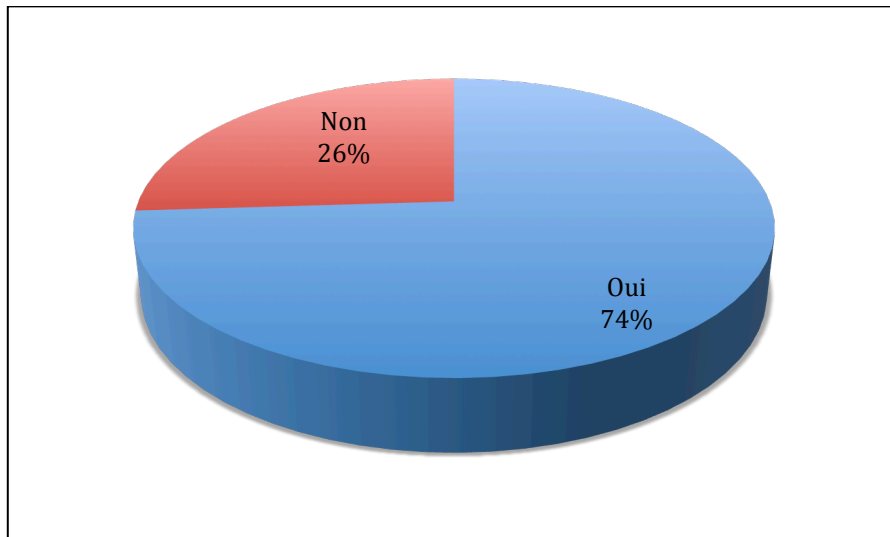


Figure 3. Pourcentage de patientes ayant reçu des informations sur l'allaitement maternel.

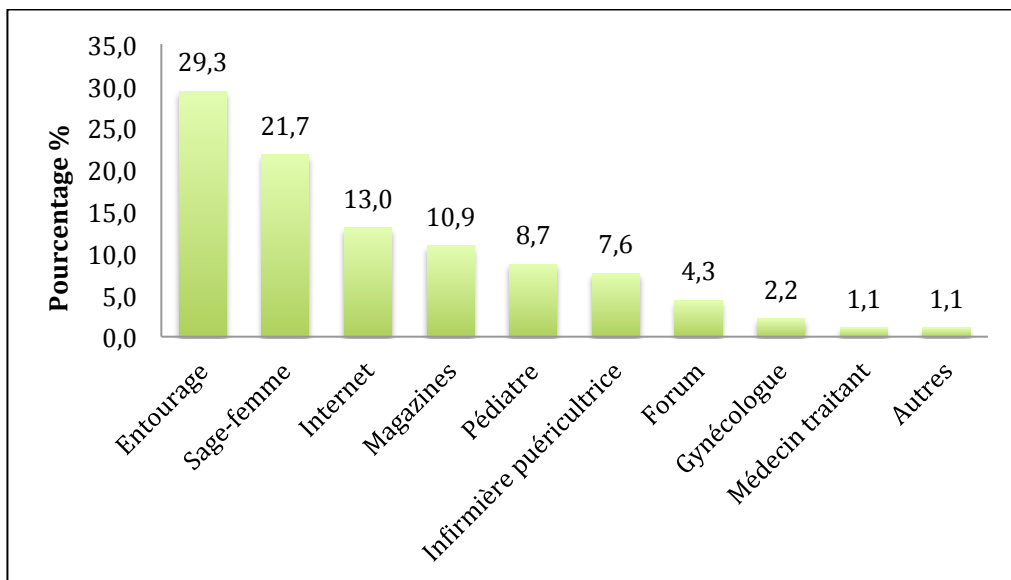


Figure 4. Les différentes sources d'information des patientes.

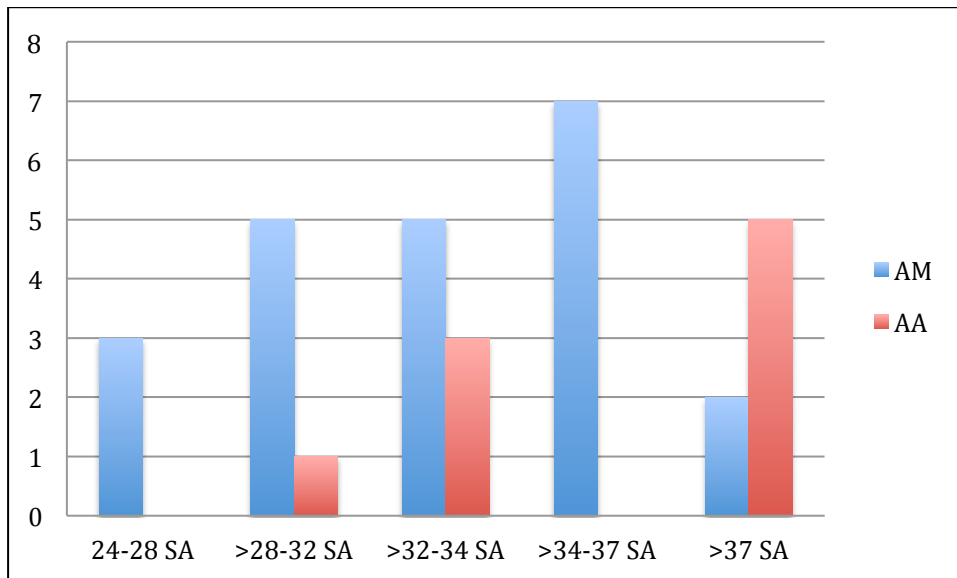


Figure 5. Mode d'alimentation à la naissance en fonction du terme d'accouchement.

Après avoir exposé les résultats obtenus, nous allons désormais les analyser et mettre en avant les points forts et les limites de cette étude.

IV. ANALYSE ET DISCUSSION.

1. Points forts et limites de l'étude.

Pour cette étude, certains points forts pouvaient être soulignés.

En effet, aucun état des lieux sur les connaissances maternelles de l'allaitement de l'enfant prématuré n'avait été effectué jusqu'alors au CHU de Caen. Des études ont été réalisées sur les facteurs de réussite ou d'échec de l'allaitement de l'enfant prématuré et un état des lieux de l'allaitement avait été effectué sur la région Nord-Ouest en 2013, dans le cadre d'une thèse de Médecine. (10) Pour notre travail, l'objectif était de faire un état des lieux des connaissances maternelles avant la naissance de l'enfant, pour pouvoir, si besoin, mener des actions d'information avant l'accouchement.

Cette étude mono-centrique a été réalisée dans une maternité de type III, accueillant des femmes à risque d'accouchement prématuré à tous termes. Cela permettait d'interroger des patientes éligibles à l'étude à des termes plus précoces que dans des maternités de type I ou II, et d'avoir un nombre de participations plus élevé.

Enfin, la durée de cette enquête était aussi un point fort : pendant six mois des questionnaires ont été distribués aux patientes acceptant d'y participer.

Toutefois, des limites ont été mises en évidence.

La non-exhaustivité des patientes incluses à l'enquête était une limite principale : sur la période de l'étude, les patientes éligibles n'avaient pas toutes reçu le questionnaire. Ces derniers étaient distribués par les étudiantes sage-femme sur leur garde, mais le roulement de stage ne couvrait pas tous les jours pendant cette période. Ainsi, les jours où les étudiantes sage-femme étaient absentes, personne n'avait pu fournir le questionnaire.

Certaines patientes, en remplissant le questionnaire, avaient pu consulter Internet afin de se renseigner sur l'allaitement et répondre à des questions dont elles ignoraient les réponses. Cette possibilité pouvait donc surestimer la qualité des réponses obtenues. Néanmoins, la moyenne obtenue à notre questionnaire montrait toutefois un manque de connaissance sur le sujet.

Une autre limite de l'étude était la construction du questionnaire et du score de connaissances. Nous nous étions inspirés des données de la littérature médicale afin de sélectionner des questions permettant d'évaluer leur niveau de connaissances sur cette thématique. Cette méthode pouvait paraître subjective, car elle ne se basait pas sur un support officiel et reconnu, et il en était de même pour les critères de notation retenus.

Nous pouvions noter également un manque de puissance possible : nous avons pu inclure 50 patientes pour la première partie de l'étude. Parmi elles, six n'avaient pas souhaité participer à la seconde partie. Donc, notre échantillon pour cette deuxième partie était initialement égal à 44 patientes. Treize patientes étaient perdues de vue : nous pouvions supposer qu'elles n'avaient pas accouché au CHU de Caen, et nous n'avions pas pu connaître leur terme d'accouchement et le mode d'alimentation choisi. Finalement, seulement 31 patientes avaient pu être incluses dans notre seconde partie d'étude.

2. Analyse et discussion.

2.1 Caractéristiques de la population interrogée.

D'après les données du tableau I, la population se composait de femmes majoritairement âgées entre 25-29 ans et 30-34 ans, ce qui correspondait à l'âge moyen de la maternité en France, selon l'INSEE (41). Parmi elles, 54% des femmes interrogées attendaient leur premier enfant. Ces femmes étaient principalement employées, mais nous pouvions noter que 30% de la population était sans activité professionnelle, et nous savons que le bas niveau socio-économique est un facteur de risque de prématurité et de moindre allaitement maternel (20). Concernant le statut marital, il y avait autant de femmes mariées que de femmes vivant en union libre.

Concernant l'allaitement maternel, nous avons souhaité connaître leur expérience personnelle : plus de la moitié d'entre elles n'avaient pas été allaitées par leur mère. Dans les années 1980, on observe une augmentation de la fréquence d'allaitement et environ 43% des femmes allaitaient leur enfant, ce qui correspond à peu près à notre échantillon. (42) En revanche, 84% des patientes interrogées avaient déjà vu quelqu'un de leur entourage allaiter et 74% avaient reçu des informations sur ce sujet.

Pendant leur hospitalisation, 56% des patientes ont rencontré le pédiatre, avant le recueil des données par l'étude, pour les informer de la prise en charge de leur nouveau-né à la naissance si ce dernier était amené à naître prématurément. En revanche, seulement six pourcent d'entre elles avaient visionné le film de néonatalogie du CHU de Caen, présentant les locaux, la prise en charge, et l'allaitement de ces enfants. De même, une information spécifique sur le mode d'alimentation de ces nouveau-nés n'avait été abordée que dans 18% des cas, alors que 62% des patientes souhaitaient davantage d'informations sur ce sujet.

Pendant leur grossesse, et durant leur séjour au SIG, 64% des futures mères pensaient allaiter leur enfant à la naissance, contre 9% qui souhaitaient une alimentation artificielle, et 9% n'avaient pas encore pris leur décision.

2.2 Connaissances maternelles sur l'allaitement.

Les questions 15A à W ont permis d'élaborer un score de connaissance des futures mères sur l'allaitement de l'enfant prématuré. Ces questions portaient sur des connaissances théoriques sur l'allaitement maternel, ses bénéfices pour l'enfant et pour la mère, sur son déroulement, et des connaissances plus spécifiques du nouveau-né prématuré. Le questionnaire a été construit, pour cette étude, à partir des informations expliquées dans le *Guide de l'allaitement maternel*, de l'INPES. (41)

Le sujet de l'allaitement est de plus en plus médiatisé : des émissions télévisées sont présentes, des forums de soutien à l'allaitement sont créés, ainsi que des groupes d'allaitement. Des livres sur ce sujet sont également présents. Les femmes peuvent de plus en plus avoir d'accès à ces informations, sans compter l'information donnée par les professionnels de santé. Pourtant, l'allaitement maternel reste encore un sujet peu maîtrisé pour notre population d'étude : 43,7% de bonnes réponses en moyenne, soit 8,74/20.

Pour 17 patientes sur 50, soit 33%, il n'était pas possible d'allaiter un enfant prématuré. Mais, elles étaient 88% à savoir que le lait le plus adapté à un nouveau-né prématuré était le lait maternel.

Concernant les questions globales sur l'allaitement, les bénéfices apportés à l'enfant étaient plutôt connus (entre 52 et 80% de réponses correctes). La prévention de l'obésité et l'amélioration du développement psychomoteur de l'enfant étaient les items les moins

réussis. Les questions sur les bénéfices maternels étaient, en revanche, moins maîtrisées (environ 38% de réponses correctes).

Les connaissances sur l'allaitement de l'enfant prématuré sont minces : les questions portant sur ce sujet spécifiquement restent des interrogations pour la plupart des futures mères. Par exemple, 66% d'entre elles ne savaient pas ou pensaient que le peau à peau n'avait pas de bénéfices pour l'oralité de l'enfant. Dans les questions d'aspect pratique, seulement 14% des patientes savaient qu'il fallait tirer son lait fréquemment et la nuit en cas de naissance prématurée.

2.3 Facteurs associés avec le type d'allaitement envisagé.

Nous souhaitons savoir s'il existait des différences statistiquement significatives entre les différents facteurs socio-économiques, l'expérience d'allaitement maternel et le mode d'alimentation envisagé. En raison d'un effectif peu élevé, certaines catégories ont dû être regroupées pour pouvoir utiliser les tests de façon adéquate. C'est, par exemple, le cas pour les catégories socio-professionnelles, l'âge maternel, le statut marital et le nombre d'enfants.

Dans la revue de la littérature, nous n'avions pas recensé d'études s'intéressant à l'allaitement de l'enfant prématuré envisagé durant la grossesse, nous avons donc peu de recul face à nos résultats. Néanmoins, beaucoup portaient sur l'allaitement de ces enfants à la sortie du service de néonatalogie ou durant les mois qui suivaient.

Plusieurs travaux ont remarqué une différence significative entre le mode d'alimentation et la situation familiale : les femmes mariées sembleraient davantage allaiter leur enfant que les autres statuts maritaux. Ici, il n'y avait pas de différence significative mise en évidence. L'âge a été étudié, et la différence n'était pas significative; tout comme les catégories socio-professionnelles. Pourtant, un niveau d'études et un niveau socio-économique plus élevés seraient également associés à un taux d'allaitement maternel plus élevé dans une population d'enfants prématurés d'une étude du nord de l'Europe. (6) Notre échantillon manquait vraisemblablement de puissance pour pouvoir le démontrer.

La multiparité joue aussi en faveur de l'allaitement dans la littérature, mais n'était pas retrouvée dans notre travail.

Nous n'avions pu démontrer de facteurs associés avec le type d'allaitement envisagé pendant la grossesse, hormis l'antécédent personnel d'allaitement : avoir été allaitée augmente significativement l'intention de d'allaiter à son tour. D'autres publications ont retrouvé un résultat significatif pour les mères ayant été allaitées également. (38) D'ailleurs, la différence n'est pas uniquement significative que pour ces femmes : une étude en Chine a travaillé sur le rôle du conjoint dans le choix de l'allaitement. Et une influence positive dans la décision d'allaitement maternel a été montrée, pour les pères ayant été allaités. Il peut être souligné que ceux ayant déjà un premier enfant ou de catégorie socio-professionnelle plus élevée étaient significativement plus favorable à l'allaitement maternel. (38)

La sensibilisation à l'allaitement maternel est aussi un facteur promoteur dans plusieurs études ; dans la notre, la différence n'était pas significative. Les patientes ayant reçu des informations sur l'allaitement maternel de façon globale ou des informations plus précises pendant leur hospitalisation au SIG sont très peu nombreuses, cela représentait neuf futures mères sur 50, et le manque de puissance impactait sans doute nos résultats statistiques. (9) En revanche, parmi les 41 patientes restantes n'ayant pas eu d'informations spécifiques sur l'allaitement de l'enfant prématuré, 31 en auraient souhaité, dont 24 ayant choisi l'allaitement maternel. Ce résultat était significatif, ce qui dénote bien d'un manque d'informations et par conséquent, de connaissances maternelles sur l'allaitement de l'enfant prématuré.

Un peu plus de la moitié des patientes (58%) ont rencontré les pédiatres, et parmi ces femmes, 60,7% ont envisagé l'allaitement maternel. Cependant, ce résultat ne permettait pas de mettre en évidence une association positive entre la visite du pédiatre et le choix d'alimentation. De la même façon, nous ne pouvions pas conclure sur un éventuel lien entre le visionnage du film de présentation de la prise en charge en néonatalogie et sur le mode d'alimentation. Un manque d'effectif pourrait être la cause de ce résultat : seulement trois patientes sur 50 ont eu accès à ce document. Cette vidéo comportait des informations concrètes sur le déroulement de l'alimentation du nouveau-né prématuré et pourrait répondre au besoin d'informations et à certaines interrogations des futures mères. Nous pouvons nous interroger quant à sa fréquence de diffusion : pourquoi n'était-elle pas systématiquement proposée aux futurs parents ?

Enfin, la comparaison des connaissances en fonction du mode d'alimentation envisagé ne montrait pas d'association significative entre un degré plus élevé de

connaissances et le choix d'allaitement maternel. Faute d'effectifs, nous avons dû rassembler des catégories. La catégorie « connaissances satisfaisantes » n'englobant que deux patientes, a dû être regroupée avec celle des « connaissances moyennes ». Donc, suite à un manque de puissance, nous ne pouvions pas conclure sur l'influence des connaissances sur le choix envisagé d'allaitement maternel.

2.4 Facteurs associés avec le type d'allaitement choisi.

C'était la seconde partie de notre travail : pour les 44 patientes ayant autorisé l'accès à leur dossier obstétrical après leur accouchement, nous avons recherché leur terme d'accouchement ainsi que le mode d'alimentation de leur nouveau-né. Pour 13 d'entre-elles, nous n'avions pas retrouvé de dossier d'accouchement. Nous ne les avons donc pas intégrées à cette seconde partie, et étaient déclarées perdues de vue.

Nous avons repris les mêmes comparaisons que précédemment, à la différence de la naissance de l'enfant et la décision du mode d'alimentation. Le nombre de perdues de vue étant très élevé et non envisagé au début de l'étude, le risque de résultats biaisés était trop important. Ainsi, nous ne pouvions pas conclure sur un éventuel facteur influençant l'allaitement maternel à la naissance de l'enfant.

Néanmoins, la description de cet échantillon avait quelques similitudes avec d'autres populations décrites dans la littérature : l'âge moyen dans ce groupe correspondait avec la tranche d'âge moyenne de grossesse en France (25-34ans). (42) Nous remarquons que les femmes sans activité professionnelle étaient plus nombreuses à choisir l'alimentation artificielle. Concernant le statut marital, les femmes mariées ou pacsées avaient allaité plus souvent leur nouveau-né à la naissance que les autres. Dans notre étude, nous ne pouvions savoir si la différence est significative, en revanche, ce phénomène a été décrit plusieurs fois chez d'autres auteurs. (7)

En revanche, nous pouvions observer davantage de patientes primipares choisissant l'allaitement maternel que celles multipares, ce qui va à l'encontre de certaines études, comme celle de Thimou Izgua et al. (9)

Nous avons étudié des facteurs qui pouvaient potentiellement influencer le choix maternel, parmi eux, nous avons voulu savoir si avoir vu quelqu'un de son entourage allaiter avait un impact sur la propre décision des mères. Parmi celles allaitant à la naissance de leur

enfant, elles étaient 81% à avoir déjà vu une mère allaiter. Nous pourrions penser que c'est un facteur influençant positivement l'allaitement, mais, plus de la moitié des mères ayant choisi l'alimentation artificielle avaient, elles aussi, vu un allaitement maternel. Ne pouvant pas réaliser de tests statistiques sur cet échantillon, nous ne saurons pas s'il existe une différence significative. En revanche, nous avons pu montrer précédemment une association positive entre les femmes ayant été allaitées et le choix d'allaitement.

Vingt patientes sur 31 ont pu rencontrer l'équipe pédiatrique. Parmi ces patientes, 63,6% des mères allaitantes et plus de la moitié des femmes ayant choisi l'alimentation artificielle étaient concernées par cette visite. Ce pourcentage chez les femmes non-allaitantes paraît surprenant, car au premier abord, la rencontre avec les pédiatres n'avait pas ou peu eu d'impact sur la décision d'allaitement. Or, le but de cette rencontre était un échange d'informations quant à la prise en charge néonatale, les risques encourus par la prématurité, et les bénéfices du programme NIDCAP, incluant les bienfaits de l'allaitement, avec l'intention d'amener les femmes à choisir ce mode d'alimentation.

Une information sur l'allaitement maternel donnée pendant le séjour d'hospitalisation avait également cet objectif. Là encore, peu de femmes ont reçu ces renseignements : cela concernait six futures mères sur 31, dont cinq allaitantes, soit 83,3% de patientes ayant reçu des informations ont choisi de donner le sein à leur enfant. Compte-tenu de ce faible effectif, nous ne pouvions pas conclure sur un éventuel résultat statistiquement significatif. Toutefois, nous pouvions observer une tendance à l'allaitement maternel après cette information.

De la même façon, le visionnage du film de présentation de néonatalogie a été étudié. Uniquement trois patientes ont eu accès à ce document. Pendant leur hospitalisation au SIG, une seule des trois femmes envisageait l'allaitement maternel ; une autre était indécise, et la dernière souhaitait une alimentation artificielle. Nous pouvions observer, qu'après la naissance de leur enfant, les trois patientes s'étaient tournées vers l'allaitement maternel. Les futures mères souhaitant initialement une alimentation artificielle, ou ne savant pas vers quelle alimentation se tourner, ont bénéficié non seulement du visionnage du film, mais aussi de la rencontre du pédiatre. Leurs enfants sont nés tous les deux grands prématurés, l'un au terme 31 SA+4 jours et l'autre à 31 SA+6 jours. Peut-être pouvons-nous supposer l'influence de la prématurité comme facteur prédisposant à l'allaitement maternel. C'était ce que la description de cette population pourrait laisser supposer : sur les 31

patientes incluses, trois ont accouché à un terme inférieur à 28 SA, et tous les nouveau-nés ont été allaités. Six enfants sont nés entre 28 et 32 SA, dont cinq ont été allaités. Huit sont nés entre 32 et 34 SA et 5 ont été allaités. Sept enfants sont nés entre 34 et 37SA et ont tous été allaités. Enfin, sept enfants sont nés à un terme supérieur à 37 SA, parmi eux, deux seulement ont été allaités, ce qui représente 28,6% des enfants nés à terme dans cette étude, les cinq autres enfants ont reçu du lait artificiel. Nous n'avions pas pu réaliser les tests statistiques appropriés, en raison du nombre de perdues de vue. Néanmoins, les pourcentages pourraient suggérer une influence de la prématurité sur le choix du mode d'alimentation, non mise en évidence ici. Ces effectifs pourraient être en lien avec la décision du service de néonatalogie du CHU de Caen de n'autoriser le lait artificiel qu'à partir de 34 SA, ce qui expliquerait l'allaitement plus prépondérant chez les nouveau-nés prématurés.

Un dernier point de ce travail était les connaissances en fonction du mode d'alimentation à la naissance. L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'état des connaissances maternelles sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré. Nous avons vu, au travers des résultats présentés, que les femmes de notre échantillon n'avaient pas une connaissance suffisante de l'allaitement de l'enfant prématuré. Dans notre première hypothèse, ce manque de connaissance pourrait avoir un impact sur le choix du mode d'alimentation. C'était en effet, ce que les pourcentages obtenus, à défaut d'une analyse statistique, tendraient à faire comprendre : 100% des mères ayant choisi l'allaitement artificiel ont obtenu un résultat insuffisant (c'est-à-dire une note inférieure à 50% de réponses justes) sur le questionnaire de connaissances. En revanche, dans le groupe « allaitement maternel », autant de femmes avaient un taux de connaissances jugé « moyen à satisfaisant » que de femmes avec un taux jugé « insuffisant ».

2.5. Les différentes sources d'informations des patientes.

Parmi notre population initiale, 37 patientes sur 50 ont reçu une information sur l'allaitement maternel, soit 74%. (*Figure 3*)

Nous avons voulu savoir par quelle(s) source(s) les femmes étaient informées le plus souvent. Selon la figure 4, l'entourage (famille, ami(es), collègues) représentait la principale source de renseignements à 29,3%, puis la sage-femme à 21,7%. L'information par le

pédiatre représentait uniquement 8,7% dans ce travail. D'ailleurs, ce chiffre était contradictoire avec la visite du pédiatre lors de leur hospitalisation au SIG : 56% des patientes ont déclaré l'avoir déjà rencontré au moment où le questionnaire leur a été distribué. Le contenu de cette visite peut être discuté : tous les pédiatres n'abordent sans doute pas les mêmes thèmes avec les différentes patientes et s'adaptent peut-être aux interrogations de la patiente. Il est imaginable de concevoir que l'alimentation de leur enfant n'est pas la principale préoccupation de ces futures mères. Elles s'interrogent notamment sur le seuil de viabilité, la prise en charge à la naissance, la durée du séjour en néonatalogie. (43) D'autres facteurs tels que la peur, l'angoisse ou la culpabilité vont modifier leur capacité d'écoute et de compréhension des informations données. (43) Celles données par l'infirmière puéricultrice, le gynécologue ou le médecin traitant ne représentaient qu'un faible ensemble. La sage-femme est une interlocutrice privilégiée durant leur hospitalisation.

La majorité des patientes ont reçu des informations concernant l'allaitement. Sachant ceci, nous aurions pu penser que la plupart de ces femmes auraient réussi le questionnaire de connaissances avec 50% de réponses correctes ou davantage. Pourtant la moyenne obtenue était égale à 43,7%, soit 8,74/20, relatant des connaissances globalement insuffisantes.

Plusieurs interrogations pouvaient apparaître. La première étant la difficulté du questionnaire : néanmoins, ce dernier a été réalisé sur les informations principales apportées par le livret *Guide de l'allaitement maternel*, de l'INPES, mis régulièrement à la disposition des patientes. (41) Les bénéfices maternels et néonataux y sont abordés, de même que les spécificités de l'allaitement de l'enfant prématuré : la composition du lait maternel en fonction de son terme, les modalités de tire-lait comme l'utilisation ou la fréquence y sont expliqués. (41)

La deuxième interrogation portait sur la grille d'évaluation du questionnaire. La notation du questionnaire pourrait être un biais, car nous avons dû créer nous-même ce score, faute d'échelle de référence validée pour un score de connaissance. Etant donné cette absence, nous nous étions référés à la moyenne, soit, 50% de réponses justes. Moins de 50% de réponses correctes correspondaient à un taux de connaissance insuffisant, et pour un taux de réponses réussies supérieur à 50%, les connaissances étaient jugées moyennes à satisfaisantes.

Enfin, la troisième hypothèse serait liée à des connaissances quelque peu erronées. Il était observé, ici, que les informations détenues des futures mères ne provenaient pas majoritairement des professionnels de santé, mais de la famille et ami(es). La faible moyenne obtenue lors du questionnaire de connaissance pourrait, en partie, être liée à cette source d'information : beaucoup d'idées reçues sont véhiculées parmi l'entourage. Les mères des futures mères actuelles ont probablement été éduquées avec des idéologies qui allaient à l'encontre du bon déroulement de l'allaitement maternel : séparation de l'enfant dès la naissance, pas de première tétée précoce, peu de peau-à-peau, couchage du nouveau-né dans son berceau, pas de réponse immédiate à ses pleurs, etc. (42) Cela se rencontrait dans notre étude, car plus de la moitié des femmes (66%), n'ont pas été allaitées. Ce n'est qu'à la deuxième moitié des années 1990 qu'une augmentation des taux d'allaitement est observée, quelques années après la multiplication d'actions visant la promotion de l'allaitement maternel par des organisations internationales. (44)

CONCLUSION.

Les professionnels de santé ont un rôle important dans la promotion de l'allaitement maternel. Il semble nécessaire de s'assurer que toutes les femmes enceintes à risque d'accouchement prématuré aient reçu une information sur l'alimentation de l'enfant prématuré, aussi bien des bénéfices, que son déroulement.

L'objectif de ce travail était d'évaluer l'état des connaissances maternelles sur l'allaitement, et en particulier celui d'un enfant prématuré, dans le but de mener des actions d'information afin d'améliorer le taux d'allaitement chez les nouveau-nés prématurés.

Un manque de connaissances a été mis en évidence : seulement un tiers des patientes interrogées ont des connaissances moyennes à satisfaisantes. Pourtant, la majorité de ces femmes affirment avoir eu des informations sur l'allaitement maternel: en effet, la plupart de leur renseignements proviennent de leur entourage. Cette information est importante, mais ne peut se substituer à celle de professionnels de santé.

Pour cela, des axes d'information avaient été mis en place dans le service du SIG, tel que les groupes d'allaitement animés par une puéricultrice consultante en lactation, une visite du pédiatre, et le visionnage du film de néonatalogie. Cependant, toutes les patientes ne bénéficient pas de ces informations. Pour pallier à ceci, la mise à disposition d'un document écrit à leur arrivée dans le service pourrait s'avérer utile pour les informer des toutes les sources de renseignements à leur disposition. Il existe un projet actuel du service de néonatalogie du CHU de Caen de réaliser plusieurs vidéos à visée pédagogique pour les patientes, afin de leur expliquer le circuit du lait dans les lactariums, l'allaitement maternel, etc.

Dans notre étude, il semblerait y avoir davantage de nouveau-nés prématurés allaités à la naissance que d'enfants à terme. Il serait intéressant d'étudier ce lien et de savoir si la prématurité a une réelle influence sur le choix du mode d'alimentation, ou si ce sont des connaissances plus conséquentes qui permet d'influencer positivement l'allaitement.

De même, dans ce travail, le taux d'allaitement maternel reflète le choix du mode d'alimentation à la naissance. Nous ne savons rien de la durée d'allaitement, ni de sa mise en place. Une évaluation de cette durée et du vécu en fonction du degré d'informations de la patiente pourrait être intéressante.

BIBLIOGRAPHIE.

1. Organisation Mondiale de la Santé. (page consultée le 23 septembre 2019). Santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent : Allaitement maternel, [en ligne]. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/nutrition/breastfeeding/fr/
2. Lapillonne A, Razafimahefa H, Rigourd V, Granier M. La nutrition du prématuré. Arch Pediatr. 2011 Mar 18 ; 3 : 313-23.
3. Equipe EPOPé-Inserm. Allaitement maternel à la sortie et grande prématurité : données de la cohorte EPIPAGE-2. Paediatric and Perinatal Epidemiology. 2019;33:59-6.
4. Thirion M. L'allaitement de la naissance au sevrage. Paris: Albin Michel ; 2014.
5. Leche League. (page consultée le 14 octobre 2019). Allaiter un bébé prématuré, [en ligne]. <https://www.llf france.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuilles-de-llf-france/1009-allaiter-un-bebe-premature>
6. Barois J, Grognon S, Tourneux P, Leke A. Facteurs maternels et néonataux associés au succès de l'allaitement maternel à la sortie d'un service de néonatalogie chez les grands prématurés. Arch Pediatr. 2013 Sep 20 ; 9:969-973.
7. Lalange M. Durée et facteurs déterminants de la poursuite de l'allaitement à la sortie de la maternité du CHU de Caen [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de Médecine]. Caen ; 2017.
8. Guigui G. Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement. Devenir. 2007 ; 19 (3) : 261-297.
9. Thimou Izgoua A, Zouhair L, Mdaghri Alaoui A. L'allaitement maternel chez les enfants prématurés après sortie de néonatalogie : prévalence et facteurs associés. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2012 Avr 7;25(2):73-80.
10. Bellanger C. Etat des lieux des mesures visant à favoriser l'allaitement maternel dans les services de néonatalogie de la région Nord-Ouest en 2013 [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de Médecine]. Caen ; 2014.
11. Lepetit S. Allaitement maternel des nouveau-nés prématurés, vécu, ressenti, et difficultés éventuelles des mères [Mémoire en vue du Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Marseille; 2017
12. Gold F, Saliba E, Biran-Mucignat V, Mitanchez-Mokhtari D. Physiologie du fœtus et du nouveau-né, adaptation à la vie extra-utérine. EMC - Pédiatrie – Maladies infectieuses. 2007;2(4):1-20.
13. Rigourd V, Nicloux M, Hovanishian S, et al. Conseils pour l'allaitement maternel. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2018 Mai;31(2):53-74.

14. Petit I, Grattepanche C. Accompagner la progression du bébé prématuré au sein grâce à la « fleur de lait ». Soins Pédiatr Pueric. 2012 Sep;33(268):44-6.
15. Abergel M, Blicharski T. Naissance prématurée et lien mère-enfant : attachement de l'enfant, état de stress post-traumatique maternel. Devenir. 2013;25(1) : 49-64.
16. Sagnet C. Accompagnement de l'allaitement maternel des mères de grand prématuré. [Mémoire en vue du Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Nancy; 2009.
17. Brown JVE, Walsh V, McGuire W. Formula versus maternal breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. Cochrane Database of Systematic Reviews [en ligne]. August 2019, n°8, [consulté le 21 octobre 2019]. Disponibilité sur internet : <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002972.pub3/epdf/full>
18. Palmér L, Ericson J. A qualitative study on the breastfeeding experience of mothers of preterm infants in the first 12 months after birth. Int Breastfeed J. 2019 Aug 1;14:35.
19. Epipage2. (page consultée le 23 septembre 2019). Prématurité : état des connaissances, [en ligne]. <http://epipage2.inserm.fr/index.php/fr/prematurite-fr/etat-des-connaissances>
20. INSERM. (page consultée le 23 septembre 2019). Prématurité, [en ligne]. <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/prematurite>
21. Ravier A, Vanier C, Scotto di Vettimo D. Naissance prématurée et culpabilité maternelle : quel devenir possible pour l'enfant ?. Dialogue. 2018 Déc 19;222(4):121-132.
22. Larsen W, Schoenwolf G, Brauer P, Francis-West P. Embryologie humaine. 4^{ème} ed. Paris:De boeck ; 2017.
23. Ligi I. Hématologie, immunologie et infections nosocomiales du prématuré. EMC - Pédiatrie – Maladies infectieuses. 2012;7(1):1-9.
24. Grosse C, Simeoni U. Pathologie neurologique liée à la prématurité. EMC - Pédiatrie – Maladies infectieuses. 2012 Jui;7(3):1-7.
25. Casper C, Kuhn P. Prise en charge de la prématurité extrême : vision française de l'expérience suédoise. Arch Pediatr. 2017;24:1123-1128.
26. Sizun J, Olivard I, Ratynski N. Une intervention précoce, individualisée et centrée sur la famille : le programme NIDCAP. Devenir. 2017 Mar 22;1(29):5-15.
27. Carbajal R, Gréteau S, Arnaud C, Guedj R. Douleur en néonatalogie. Traitements non médicamenteux. Arch Pediatr. 2015 Fév;22(2):217-21.
28. Peng HF, Yin T, Yang L, et al. Non-nutritive sucking, oral breast milk, and facilitated tucking relieve preterm infant pain during heel-stick procedures: A prospective, randomized controlled trial. International Journal of Nursing Studies. 2018 Jan;77:162-170.
29. Carbajal R, Gréteau S, Arnaud C, Guedj R. Douleur en néonatalogie Traitements non médicamenteux. Arch Pediatr. 2015 Fév;22(2):217-21.

30. Allain A, Wehrli A, Roy A. Une alliance de compétences pour lutter contre la douleur du nouveau-né prématuré. *Soins Pédiatr Pueric*. 2017 Nov;38(299):20-24.
31. Alexandre C, Bomy H, Bourdon E, Truffert P, Pierrat V. Accompagnement des mères de nouveau-nés prématurés dans leur projet d'allaitement maternel. Évaluation d'un programme de formation dans une unité périnatale de niveau III. *Arch Pédiatr*. 2007 Déc;14(12):1413-1419.
32. Maastrup R, Hansen BM, Kronborg H, et al. Factors Associated with Exclusive Breastfeeding of Preterm Infants Results from a Prospective National Cohort Study. *PLoS ONE* [en ligne]. February 2014, vol.9 n°2, [consulté le 20.11.2019]. Disponibilité sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24586513>
33. Delabaere A, Gallot D. Physiologie foetale. *EMC - Obstétrique*. 2015;10(4):1-8.
34. Grosse C, Simeoni U. Hyperbilirubinémie chez le nouveau-né prématuré. *EMC - Pédiatrie – Maladies infectieuses*. 2012 Jui;7(3):1-3.
35. Boubred F. Fonctions rénales et homéostasie. *EMC - Pédiatrie – Maladies infectieuses*. 2011;6(4):1-5.
36. Dekens C, Fontaine C, Carpentier E, Barcat L, Gondry J, Tourneux P. Évaluation de l'anxiété maternelle liée aux modalités d'informations sur la prématurité chez les patientes présentant un risque d'accouchement prématuré. *Arch Pédiatr*. 2017 Nov 04;24(11):1076-108.
37. Mellier D, Marret S. Soigner et prendre soin des enfants nés prématurés : apport des données épidémiologiques. *Enfance* [en ligne]. Janvier 2013, N° 1, p. 49-58. [Consulté le 20.02.2020]. Disponibilité sur : <https://www.cairn.info/revue-enfance2-2013-1-page-49.htm>
38. Otmani C, Ibanez G, Chastang J, et al. Rôle de l'entourage maternel dans l'initiation de l'allaitement. *Santé Publique*. 2016 Fév 02;27(6):785-95.
39. Gobalakichenane P, Mitanchez D. Nutrition et suivi de la croissance de l'enfant prématuré "après la sortie". *La Revue du praticien*. 2012 Mar;62(3):379-381.
40. Roura E. Devenir et vécu de l'enfant prématuré après le retour à domicile [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de Médecine]. Angers ; 2016.
41. Amis des bébés. (page consultée le 22 février 2020). INPES, Guide de l'allaitement maternel, [en ligne]. <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/INPES-Guide-allaitement-maternel.pdf>
42. INSEE. (page consultée le 22 février 2020). Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974, [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2668280>

43. Thuet MA. Grossesse compliquée d'une pathologie obstétricale ou fœtale : représentation de la maladie et vécu de l'hospitalisation en unité de Grossesses à Haut Risque [Mémoire en vue du Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Bordeaux ; 2018.
44. Leche League. (page consultée le 22 février 2020). L'histoire de l'allaitement et de ses avatars au 20e siècle, [en ligne]. <https://www.llfrance.org/1139-54-histoire-de-lallaitement-histoires-dallaitement>
45. Balle-Becuwe E. La communication en ante-natal autour de l'allaitement maternel en soins primaires dans le Nord-Pas-de-Calais [Thèse pour l'obtention du grade de Docteur de Médecine]. Lille ; 2014.

ANNEXES.

Annexe 1.

ECOLE DE SAGE- FEMME DE CAEN

Agathe Jamart
Etudiante Sage-Femme de 5^{ème} année
Ecole de Sage- femme de Caen
2 rue des Rochambelles, 14000 Caen
21403219@etu.unicaen.fr

QUESTIONNAIRE DE FIN D'ETUDE

Madame,

Je suis Agathe Jamart, étudiante Sage-femme en 5^{ème} année. Je réalise mon mémoire de fin d'étude sur les connaissances maternelles de l'allaitement de l'enfant prématuré.

Le but de cette étude est de mieux connaître les connaissances des futures mamans et pouvoir mieux répondre à vos besoins par la suite.
C'est pourquoi je vous sollicite pour répondre à ce questionnaire afin de contribuer à l'amélioration des informations données concernant l'allaitement maternel dans le service de Suivi Intensif de Grossesse (SIG) du CHU de Caen.

Concernant la durée de réponse au questionnaire, le plus souvent, les autres mamans l'ayant testé ont répondu en 5 à 10 minutes environ.
Si vous avez des questions, des remarques ou besoins de renseignements supplémentaires, vous pouvez me contacter par mail, à l'adresse ci-dessus.

Je vous remercie, par avance, de votre participation.

Agathe Jamart

1. Quelle est votre tranche d'âge ?

- 18- 24 ans 25- 29 ans 30- 34 ans 35- 39 ans 40 ans et plus

2. A quelle catégorie INSEE correspond votre profession ?

- Agriculteurs exploitants Employés
 Artisans, commerçants, chefs d'entreprise Ouvriers
 Cadres, professions intellectuelles supérieures Etudiante
 Professions intermédiaires Autres sans activité professionnelle

3. Quel est votre statut marital ?

- Mariée Célibataire Pacsée Union libre Veuve

4. Combien d'enfants avez-vous, en dehors de cette grossesse ?

- 0 1 2 3 4 et plus

5. Avez vous été allaitée ?

- Oui Non

6. Avez vous déjà vu quelqu'un de votre entourage (famille, amies, collègues...) allaiter ?

- Oui Non

7. Avez-vous déjà eu des informations sur l'allaitement maternel ?

- Oui Non

8. Si oui, par qui ?

- Sage-femme Infirmière puéricultrice Internet
 Pédiatre Famille Forum
 Médecin traitant Ami(e)s – collègues Autres

9. Avez- vous rencontré les pédiatres suite à votre hospitalisation ?

- Oui, je les ai déjà rencontrés Non, je ne les ai pas encore rencontrés

10. Avez- vous vu le film de présentation du service de néonatalogie ?

- Oui Non

11. Lors de votre hospitalisation dans le service de Suivi Intensif de Grossesse (SIG), avez-vous eu une information précise sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré ?

- Oui Non

12. Si non, en souhaiteriez-vous une ?

- Oui Non

13. Est ce que cette information vous a permis de faire votre choix de l'alimentation de votre bébé ?

- Oui Non

14. Envisagez-vous d'allaiter ?

- Oui Non Je ne sais pas encore

15. Cochez la réponse qui vous semble juste :

- A** Le lait le plus adapté pour un nouveau-né prématuré est :
 Lait de préparation artificielle Lait maternel Lait de femme issu de dons de lait
- B** Allaiter un bébé prématuré est possible VRAI FAUX Je ne sais pas
- C** Il n'y a pas de bénéfices de l'allaitement prouvés pour la maman VRAI FAUX Je ne sais pas
- D** Le lait maternel diminue le risque d'infection VRAI FAUX Je ne sais pas
- E** Le lait maternel diminue le risque d'allergie VRAI FAUX Je ne sais pas
- F** Le lait maternel prévient l'obésité VRAI FAUX Je ne sais pas
- G** Le lait maternel améliore le développement psychomoteur de l'enfant VRAI FAUX Je ne sais pas
- H** Le lait maternel facilite la tolérance de l'alimentation VRAI FAUX Je ne sais pas
- I** L'allaitement maternel favorise la perte de poids maternelle VRAI FAUX Je ne sais pas
- J** L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein VRAI FAUX Je ne sais pas
- K** Il prévient des infections utérines après l'accouchement VRAI FAUX Je ne sais pas
- L** L'allaitement maternel abîme les seins VRAI FAUX Je ne sais pas
- M** La montée de lait a lieu 3-4 jours après la naissance VRAI FAUX Je ne sais pas
- N** La montée de lait a lieu à la naissance VRAI FAUX Je ne sais pas
- O** Il faut fréquemment utiliser le tire-lait pour stimuler la production de lait en cas de naissance prématurée VRAI FAUX Je ne sais pas
- P** Il n'y a pas de montée de lait lors d'une naissance prématurée VRAI FAUX Je ne sais pas
- Q** La composition du lait maternel pour un enfant prématuré est différente du lait maternel pour un enfant né à terme. VRAI FAUX Je ne sais pas
- R** Le bébé prématuré a des besoins nutritionnels spécifiques incompatibles avec l'allaitement maternel VRAI FAUX Je ne sais pas
- S** La mise au sein est rarement possible avant la sortie de l'enfant du service de néonatalogie VRAI FAUX Je ne sais pas
- T** Pour favoriser la lactation, il faut boire beaucoup d'eau VRAI FAUX Je ne sais pas
- U** Pour favoriser la lactation, il faut tirer son lait fréquemment et au moins une fois la nuit VRAI FAUX Je ne sais pas
- V** Pour favoriser la lactation, tirer son lait la nuit n'a pas d'impact sur la production de lait VRAI FAUX Je ne sais pas
- W** Les bébés prématurés ayant fait beaucoup de peau à peau avec leurs parents tètent plus tôt VRAI FAUX Je ne sais pas

→
3

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES

Dans une seconde partie de mon étude, j'aurais besoin de connaître votre terme d'accouchement, le poids de naissance de votre bébé ainsi que le mode d'alimentation de votre enfant, après votre accouchement.

Si vous acceptez, j'aurais besoin de votre nom de famille et prénom pour accéder à votre dossier d'accouchement.

Il n'y aura aucune mention de votre identité dans mon travail.

- Oui, j'accepte.

Nom de famille :

Prénom :

- Non, je n'accepte pas

ANNEXE 2.

Grille d'évaluation.

A	Le lait le plus adapté pour un nouveau-né prématuré est : <input type="checkbox"/> Lait de préparation artificielle (0pt) <input checked="" type="checkbox"/> Lait maternel (1pt) <input type="checkbox"/> Lait de femme issu de dons de lait (0,5 pt) Si les réponses « lait maternel » et « lait de femme issu de dons de lait » sont cochées ensemble, les points ne s'additionnent pas : 1 point.				
B	Allaiter un bébé prématuré est possible	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
C	Il n'y a pas de bénéfices de l'allaitement prouvés pour la maman	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
D	Le lait maternel diminue le risque d'infection	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
E	Le lait maternel diminue le risque d'allergie	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
F	Le lait maternel prévient l'obésité	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
G	Le lait maternel améliore le développement psychomoteur de l'enfant	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
H	Le lait maternel facilite la tolérance de l'alimentation	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
I	L'allaitement maternel favorise la perte de poids	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
J	L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
K	Prévention des infections utérines après l'accouchement	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
L	L'allaitement maternel abîme les seins	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
M	La montée de lait a lieu 3-4 jours après la naissance	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
N	La montée de lait a lieu 24H à la naissance	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
O	Il faut fréquemment utiliser le tire-lait pour stimuler la production de lait	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
P	Il n'y a pas de montée de lait lors d'une naissance prématurée	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
Q	La composition du lait maternel pour un enfant prématuré est différente du lait maternel pour un enfant né à terme.	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
R	Le bébé prématuré a des besoins nutritionnels spécifiques incompatibles avec l'allaitement maternel	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
S	La mise au sein est rarement possible avant la sortie de l'enfant du service de néonatalogie	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
T	Pour favoriser la lactation, il faut boire beaucoup d'eau	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
U	Pour favoriser la lactation, il faut tirer son lait fréquemment et au moins une fois la nuit	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
V	Pour favoriser la lactation, tirer son lait la nuit n'a pas d'impact sur la production de lait	<input type="checkbox"/> VRAI	<input checked="" type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point
W	Les bébés prématurés ayant fait beaucoup de peau à peau avec leurs parents têtent plus tôt	<input checked="" type="checkbox"/> VRAI	<input type="checkbox"/> FAUX	<input type="checkbox"/> Je ne sais pas	1 point

Titre : Evaluation anténatale des connaissances des futures mères sur l'allaitement maternel de l'enfant prématuré.

Résumé : La prématurité place l'enfant à haut risque de morbi-mortalité. L'allaitement maternel des nouveau-nés prématurés est bénéfique pour leur santé, à court et long terme. L'étude menée a pour but d'évaluer les connaissances maternelles sur l'allaitement de l'enfant prématuré.

Matériel et méthode : Une étude de cohorte, quantitative, mono-centrique a été réalisée. Les patientes hospitalisées, avec un terme <34 SA, répondant aux critères d'inclusion ont été incluses. L'analyse de ces données a été faite sur le logiciel R, et les tests de Fischer et de Chi2 ont été utilisés.

Résultats : Une insuffisance des connaissances maternelles a été montrée avec un taux moyen de réussite égal à 43,7%. Seulement 18% des patientes ont reçu une information concrète sur l'alimentation d'un nouveau-né prématuré. Le visionnage du film de néonatalogie et le choix de l'allaitement maternel augmentent significativement ce taux de connaissance.

Conclusion : Face à ce défaut de connaissance, des supports d'informations pourraient être proposés aux patientes afin d'améliorer le taux d'allaitement des enfants prématurés.

Mots-clés : allaitement maternel – prématurité – connaissances – sage-femme - accompagnement

Title : Prenatal assessment of the knowledge of expectant mothers on breastfeeding of premature infants.

Abstract : Prematurity impacts the baby's health and places them at high risk of morbidity and mortality. Breastfeeding preterm infant is good for their health, both short and long term. The aim of the study is to assess maternal knowledge of breastfeeding premature infants.

Materials and methods : A cohort, quantitative, mono-centric study was carried out. Patients meeting the inclusion criteria hospitalized in the Intensive Pregnancy Monitoring Department of the Caen University Hospital for a risk of premature delivery with a term less than 34SA were included. The analysis of this data was done on the R software, and the Fischer and Chi2 tests were used.

Results : Fifty women were included. Insufficient maternal knowledge has been shown with an average success rate equal to 43.7%. Only 18% of patients received concrete information on feeding a premature newborn. Viewing the neonatal film and the choice of breastfeeding significantly increase this knowledge rate.

Conclusion : To improve knowledge, information materials could be offered to patients

Key-words : breastfeeding – knowledge – mid-wife – preterm – support