



HAL
open science

**Poursuite de l'allaitement maternel en sortie
d'hospitalisation des prématurés de moins de 33
semaines d'aménorrhée : étude rétrospective sur l'année
2021 à partir du réseau “ Naître et devenir ”**

Charlyne Tuot

► **To cite this version:**

Charlyne Tuot. Poursuite de l'allaitement maternel en sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 semaines d'aménorrhée : étude rétrospective sur l'année 2021 à partir du réseau “ Naître et devenir ”. Gynécologie et obstétrique. 2023. dumas-04190483

HAL Id: dumas-04190483

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04190483>

Submitted on 29 Aug 2023

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN SORTIE D'HOSPITALISATION
DES PRÉMATURÉS DE MOINS DE 33 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE :
ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR L'ANNÉE 2021
À PARTIR DU RÉSEAU « NAITRE ET DEVENIR »**

MÉMOIRE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Par Mme Charlyne TUOT

[Données à caractère personnel]

MÉMOIRE SOUTENU PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 31/05/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme Claudine MARTIN

Membres :

Mme le Dr Annie POIZAT (vice-présidente)

Mme le Dr Blandine RÉBEILLÉ-BORGELA (directrice de mémoire)

Mme Claire BAUDON (co-directrice de mémoire)

Mme Stéphanie WEISS

L'UFR de Médecine de Grenoble et le Département de Maïeutique n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN SORTIE D'HOSPITALISATION DES PRÉMATURÉS DE MOINS DE 33 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR L'ANNÉE 2021 À PARTIR DU RÉSEAU « NAITRE ET DEVENIR »

Résumé

OBJECTIFS : Évaluer la prévalence de l'allaitement maternel (exclusif + mixte) dans une population de prématurés de moins de 33 semaines d'aménorrhée, sur l'année suivant leur sortie d'hospitalisation. Identifier les facteurs pouvant influencer la poursuite de cet allaitement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Étude descriptive sur l'année 2021, à partir des comptes rendus d'hospitalisation et des consultations de suivi par le réseau « Naître et Devenir ».

RÉSULTATS : 84 prématurés inclus. Prévalence de l'allaitement estimé à 56.1 % en sortie d'hospitalisation, 50.0 % à 15 jours - un mois, 23.6 % à quatre mois d'âge corrigé, 17.7 % à neuf mois d'âge corrigé et 5.3% à 12 mois d'âge corrigé. Caractéristiques associées à de meilleurs taux d'allaitement : âge maternel supérieur à 30 ans, multiparité, catégorie socio-professionnelle favorisée, indice de masse corporel faible à normal, absence d'addiction ; grossesse multiple, faible prématurité néonatale et poids de naissance élevé ; absence de pathologie respiratoire, présence d'une atteinte digestive ou neurologique, autonomie respiratoire précoce et alimentaire tardive ; bon vécu du retour à domicile et mode de garde familial.

CONCLUSION : Diminution plus progressive de la prévalence de l'allaitement sur la première année dans la population étudiée par rapport aux études menées sur des enfants à terme donc meilleure poursuite probable chez les prématurés.

Mots Clefs : Allaitement maternel, prématurité, hospitalisation néonatale

CONTINUATION OF BREASTFEEDING AT DISCHARGE FROM HOSPITALIZATION OF PRETERM INFANTS UNDER THAN 33 WEEKS OF AMENORRHEA: RETROSPECTIVE STUDY ON THE YEAR 2021 FROM THE "NAITRE ET DEVENIR" NETWORK

Abstract

OBJECTIVES: To evaluate the breastfeeding's prevalence (exclusive + mixed) in a population of preterm infants under than 33 weeks of amenorrhea, during the year following their discharge from hospital. To identify the influencing factors of breastfeeding's continuation.

MATERIAL AND METHOD: Descriptive study on the year 2021, based on hospitalization reports and follow-up consultations by the "Naître et Devenir" network.

RESULTS: 84 infants included. Prevalence of breastfeeding estimated at 56.1% at discharge, 50.0% at 15 days - one month, 23.6% at four months of corrected age, 17.7% at nine months of corrected age and 5.3% at 12 months of corrected age. Characteristics associated with better breastfeeding rates: maternal age over 30 years, multiparity, higher socio-professional category, low to normal body mass index, and no addiction; multiple pregnancy, low neonatal prematurity and high birth weight; no respiratory pathology but presence of digestive or neurological impairment, early respiratory and late dietary autonomy; good experience of the return home and family childcare arrangements.

CONCLUSION: More gradual decrease of the breastfeeding's prevalence over the first year in the study population compared to studies on full-term infants, thus better continuation is likely in preterm infants.

Keywords: Breastfeeding, prematurity, neonatal hospitalization

Remerciements

Je tiens à remercier les membres du Jury :

- **Mme Claudine MARTIN**, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Université Grenoble-Alpes, Présidente du jury ;
- **Dr Annie POIZAT**, Psychiatre, Praticien Hospitalier, Responsable de l'Unité Transversale d'Accompagnement Périnatal, CHU Grenoble-Alpes, Vice-présidente du jury ;
- **Dr Blandine RÉBEILLÉ-BORGELA**, Pédiatre, Praticien Hospitalier au sein du Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Pôle Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes, Directrice de mémoire ;
- **Mme Claire BAUDON**, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Université Grenoble-Alpes, Co-directrice de mémoire ;
- **Mme Stéphanie Weiss**, Sage-Femme Libérale, Saint Martin d'Uriage, Membre invité du jury.

Je remercie plus particulièrement :

- **Dr Blandine RÉBEILLÉ-BORGELA**, Pédiatre, Praticien Hospitalier au sein du Service de Réanimation et de Médecine Néonatale du Pôle Couple Enfant, CHU Grenoble-Alpes, Directrice de mémoire,
Pour son accompagnement, et son temps consacré à l'élaboration de ce mémoire

- **Mme Claire BAUDON**, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Université Grenoble-Alpes, Co-directrice de mémoire,
Pour son exigence et sa patience indispensables pour la concrétisation de cette étude

- **Mme Aurélie PION**, Directrice du réseau Naître et Devenir, Pôle Couple Enfant, CHU Grenoble- Alpes,
Pour son aide et sa collaboration dans ce travail de recherche

- **Mme Delphine SAVOY**, Sage-Femme Enseignante au Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Université Grenoble-Alpes, en charge de la promotion 2019-2023,
Pour son investissement, sa disponibilité et son écoute.

Je remercie enfin :

– **Ma famille,**

Pour leur présence, leur amour inconditionnel, leurs sacrifices et leur foi en ma réussite

– **Alexis,**

Pour les moments de bonheur partagés et à venir

– **Clémentine et Marie,**

Pour la joie procurée, les précieux conseils et la bienveillance de leur amitié

– **Enola et Nina, Alix et Orane, ainsi que l'ensemble de ma promotion,**

Pour leur soutien infaillible, les fous-rires et les révisions en terrasse.

Table des matières

Abréviations	1
Introduction	2
Matériel et Méthodes	4
Type d'étude	4
Recueil des données.....	4
Échantillon d'étude	5
Nombre de sujets nécessaires.....	5
Critères de jugement.....	6
Analyse des données	6
Résultats.....	7
Caractéristiques des couples mère-enfant(s) à l'inclusion.....	8
Caractéristiques maternelles.....	8
Caractéristiques néonatales	10
Objectif principal : évolution de la prévalence de l'allaitement maternel sur l'année suivant la sortie d'hospitalisation.....	11
Objectif secondaire : facteurs sociodémographiques et médicaux, maternels et néonataux, pouvant influencer la poursuite de l'allaitement maternel.....	12
Caractéristiques maternelles.....	12
Caractéristiques néonatales	17
Discussion.....	21
Forces et limites de l'étude	21
Mise en perspective de l'hypothèse de recherche et comparaison des résultats avec la littérature	23
Taux d'allaitement en sortie d'hospitalisation	23
Évolution de la prévalence de l'allaitement jusqu'à 12 mois d'AC.....	24
Caractéristiques associées à l'allaitement chez les nouveau-nés prématurés.....	27
Propositions et perspectives	30
Conclusion	31
Références bibliographiques.....	32
Annexe 1 : Taux d'allaitement maternel dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 SA, selon les caractéristiques maternelles.....	34
Annexe 2 : Taux d'allaitement maternel dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 SA, selon les caractéristiques néonatales	36
Annexe 3 : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, Étude Elfe 2011, France (n= 17 462)	38

Abréviations

aOR	Odds Ratio Ajusté
aRR	Risque Relatif Ajusté
AC	Âge Corrigé
AG	Âge Gestationnel
ARCF	Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
BDP	Broncho-Dysplasie Pulmonaire
CHUGA	Centre Hospitalier Universitaire Grenoble-Alpes
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CSP	Catégorie Socio-Professionnelle
DPPNI	Décollement Prématuro du Placenta Normalement Inséré
ECUN	Entérocolite Ulcéro-Nécrosante
ENP	Enquête Nationale Périnatale
HCE	Hôpital Couple Enfant
HELLP	Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet
HIV	Hémorragie Intra-Ventriculaire
HRP	Hématome Rétro-Placentaire
HTA	HyperTension Artérielle
IHAB	Initiative Hôpital Ami des Bébé
IMC	Indice de Masse Corporel
LMPV	LeucoMalacie Péri-Ventriculaire
MAP	Menace d'Accouchement Prématuro
MMH	Maladie des Membranes Hyalines
NIDCAP	Neonatal Individualized Developmental Care Assessment Program
PE	Pré-Éclampsie
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
SA	Semaines d'Aménorrhée
STT	Syndrome Transfuseur Transfusé
UME	Unité Mère-Enfant

Introduction

Les bénéfices de l'allaitement maternel ont été démontrés aussi bien pour la santé maternelle et néonatale, que pour l'établissement de liens affectifs entre eux (1). Les recommandations préconisent l'exclusivité de l'allaitement pendant six mois puis sa poursuite pendant deux ans, en association avec une alimentation nutritionnelle adaptée (1).

Ceci concerne particulièrement les prématurés, puisqu'en l'absence de lait maternel ils sont prioritaires sur le don de lait anonyme (2). Pour cause, les bénéfices du lait humain par rapport aux préparations pour enfants hypotrophes incluent une réduction du risque d'entérococolite ulcéro-nécrosante (ECUN) et d'infections tardives, une amélioration de la tolérance digestive et du neuro-développement, et un taux réduit de rétinopathie, de broncho- dysplasie pulmonaire (BDP), et de problèmes cardio-vasculaires (2).

L'effet protecteur dépend de sa durée et de son exclusivité (1).

La promotion de l'allaitement maternel a permis d'augmenter le pourcentage d'enfants allaités au sein selon les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) : de 52,5% en 1998 à 69,7% en 2021 (soit plus de deux enfants sur trois), dont 56,3% en allaitement exclusif (soit plus d'un enfant sur deux) (3)(4)(5).

Malgré cette avancée, les études Epifane et Elfe ont démontré une chute rapide de la prévalence de l'allaitement en sortie d'Unité Mère-Enfant (UME) à l'échelon national : de 69,1% en sortie de maternité dont 59,7% d'exclusivité, à 54,4% à un mois dont 35,4% d'exclusivité, avec une baisse majeure d'allaitement exclusif la première semaine (6). Ensuite, ce taux chute à 19,2% à six mois (avec 9,9% d'allaitement prédominant) et à 5,3% à un an (avec 2,9% d'allaitement prédominant) (7).

La poursuite de l'allaitement maternel demeure donc en-deçà des recommandations et la France figure dans les pays les plus faibles d'Europe en matière d'allaitement (6)(7).

Parmi les facteurs décrits comme associés au sevrage précoce, on note le choix tardif du mode d'allaitement, la première mise au sein différée, la pratique de l'allaitement à horaires fixes, l'introduction de compléments et l'utilisation d'une tétine (1).

Effectivement, la période immédiate après l'accouchement est cruciale pour le succès de l'allaitement : temps de peau-à-peau et mise au sein précoce et sans restriction dès la demi-heure suivant la naissance, doivent être fortement encouragés, afin d'activer les réflexes nutritionnels du nouveau-né en état d'éveil calme (1). De même, la cohabitation du nourrisson avec sa mère 24h sur 24 doit être systématiquement recommandée, pour faciliter l'attachement, l'apprentissage des signaux émis par le bébé et limiter le risque de recours à un substitut de lait (1).

Dès lors, on imagine le frein que représente une hospitalisation en néonatalogie pour l'allaitement maternel (8). En particulier chez les prématurés, puisque leur naissance précède souvent le processus de

questionnement maternel autour de l'alimentation, pourvoyeur de motivations à l'allaitement maternel. De plus, ils sont fréquemment transférés dès la naissance en service de soins néonataux, et ce d'autant plus que leur âge gestationnel (AG) est faible. Dès lors, la cohabitation continue du couple mère-enfant(s) est compromise ainsi que la pratique de l'allaitement à la demande, favorisant l'introduction de substituts de lait. Enfin, l'usage de la tétine est quasiment systématiquement proposé en prévention de l'inconfort.

D'autres facteurs de mauvais pronostic pour l'allaitement maternel sont liés à l'état de l'enfant, pouvant présenter des troubles de l'oralité (atteinte de la coordination succion-déglutition-respiration), des troubles du tonus (hypotonie), et des équipements médicaux (intubation, ventilation en pression positive continue (CPAP), photothérapie sous tunnel), empêchant la succion directe au sein et nécessitant le recours au tire-allaitement (8). En effet, bien que la glande mammaire soit productive dès cinq mois de grossesse, il existe parfois un délai avant que les tétées soient possibles et efficaces. La lactation doit alors être entretenue au tire-lait jusqu'à ce que la transition sonde nano gastrique - sein soit envisagée (9).

Enfin, s'ajoute des facteurs de mauvais pronostic pour l'allaitement maternel liés à l'environnement du service de néonatalogie tels que la séparation mère-enfant(s) (troubles physiologiques et émotionnels de la sécrétion d'ocytocine) et les mises au sein différées (perturbation du rythme biologique néonatal par les soins et les stimuli sensoriels parfois inadaptés ; perturbation de l'hygiène de vie maternelle, manque d'intimité et stress de l'hospitalisation) entraînant une moindre stimulation de la lactation et conduisant souvent à une diminution de la sécrétion lactée (8).

Mais alors quelle est la prévalence de l'allaitement maternel chez les prématurés en sortie d'hospitalisation et comment évolue-t-elle après le retour à domicile ? Suit-elle la même évolution que chez le nouveau-né à terme, à savoir une courbe inversement exponentielle avec l'âge de l'enfant (7), ou bien existe-t-il une phase de plateau ?

L'hypothèse initiale de l'étude était un taux d'allaitement maternel chez les grands prématurés proche de 60% en sortie d'hospitalisation, chutant de façon drastique dès le mois suivant la sortie d'hospitalisation.

Afin de confirmer ou d'infirmer ce postulat, l'objectif principal de la recherche était d'évaluer, chez une population d'enfants prématurés de moins de 33 semaines d'aménorrhée (SA), l'évolution de la prévalence de l'allaitement maternel, sur l'année suivant leur sortie d'hospitalisation en néonatalogie. L'objectif secondaire était d'identifier, chez ces couples mère-enfant(s), les facteurs de risque sociodémographiques et médicaux, pouvant influencer la poursuite de cet allaitement maternel.

Matériel et Méthodes

Type d'étude

Il s'agissait d'une recherche quantitative n'impliquant pas la personne humaine, monocentrique, rétrospective et descriptive.

Recueil des données

Le recueil de données s'est appuyé sur un réseau de suivi ville-hôpital des nouveau-nés prématurés et vulnérables de la sortie de néonatalogie jusqu'à sept ans, appelé « Naitre et Devenir ».

Le réseau prend en charge les enfants nés au Centre Hospitalier Universitaire Grenoble Alpes (CHUGA) sur le site de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) (type III, adhérents au Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement (NIDCAP)) et sur le Centre Hospitalier de Voiron (type IIA, labélisé au programme Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB) en 2022) mais aussi à la Clinique Belledonne (type IIA, labélisé au programme IHAB en 2015 et en 2019) et dans d'autres maternités lorsque l'enfant habite en Isère. L'objectif est d'offrir un suivi personnalisé du développement de l'enfant, de proposer des dépistages à des âges « clés », et si nécessaire d'orienter le bilan et la prise en charge.

Il distingue trois groupes de nouveau-nés dont le suivi diffère :

- Groupe 1 : nouveau-nés d'AG $\leq 32+6$ SA
- Groupe 2 : nouveau-nés d'AG compris entre 33 SA et 34+6 SA
- Groupe 3 : enfants nés à terme ayant présenté des difficultés à la naissance : hospitalisés pour encéphalopathie anoxo-ischémique ou porteurs de certaines cardiopathies congénitales avec soins complexes

Cette base de données a obtenu l'autorisation de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés en 2006 au numéro de déclaration 1144377, et son utilisation dans le cadre de ce mémoire a fait l'objet d'une demande d'autorisation par la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation du CHUGA, accordée le 15/12/2022.

Il a été choisi d'étudier la population du groupe 1 ($\leq 32+6$ SA), particulièrement concernée par la médicalisation avec des séjours longs en néonatalogie, mais aussi systématiquement revue dans le cadre du suivi du réseau « Naitre et Devenir ».

De même, il a été décidé d'analyser uniquement la population prise en charge au CHUGA et non dans toute l'Isère, afin d'homogénéiser les facteurs organisationnels d'accompagnement de la lactation.

Enfin, les informations collectées ont été recensées sur l'année 2021, première année pleine pour l'informatisation des données dans le serveur, mais aussi année de référence en dehors de tout événement exceptionnel tel que la pandémie COVID-19.

L'ensemble des données recueillies figuraient dans la base de données. En effet, le réseau collecte sous format Excel, les comptes rendus de consultations organisées dans le suivi systématique des enfants : compte-rendu d'hospitalisation, puis consultations 15 jours à un mois après la sortie, puis à quatre, neuf et 12 mois d'Âge Corrigé (AC).

Il est à noter qu'afin d'anonymiser la base de données, un codage préalable à son analyse a été procédé à partir du numéro Identifiant Permanent du Patient, de façon à supprimer les variables sensibles telles que le nom, le prénom et la date de naissance.

Échantillon d'étude

Ont été inclus dans l'étude tous les enfants nés prématurément avant 33 SA, entre le 01/01/2021 et le 31/12/2021, hospitalisés au sein des unités néonatales de réanimation ou de soins intensifs du CHUGA et dont les parents ont adhéré par consentement signé au réseau « Naitre et Devenir » en sortie d'hospitalisation.

Ont été exclus de la recherche les nouveau-nés de parents s'opposant à l'utilisation de leurs données dans le cadre de la recherche et ceux de parents mineurs, mais aussi les nouveau-nés présentant une pathologie neurologique ou digestive sévère contre-indiquant l'alimentation orale et les perdus de vue (transfert, décès).

Il est à noter que les naissances multiples n'ont pas été exclues et étaient particulièrement représentées dans notre population de grands prématurés, dans la mesure où il s'agit de grossesses à haut risque de prématurité, entre autres complications. Ainsi, les effectifs maternel et néonatal étaient différents.

Nombre de sujets nécessaires

Cette étude n'était pas concernée par le calcul du nombre de sujets à inclure.

Critères de jugement

Le critère de jugement principal était le taux d'allaitement maternel comprenant ainsi les taux d'allaitements exclusif et mixte.

Pour préciser, cette étude a suivi les définitions données par la Haute Autorité de Santé à savoir que l'on parle d'« allaitement exclusif » lorsque le nouveau-né reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau (1). La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considéré comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein (1). Ainsi, dès lors que l'allaitement est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, on emploie le terme d'« allaitement partiel ou mixte » (1).

De même, on parle de « sevrage » à l'arrêt complet de l'allaitement maternel depuis plus de 24h chez un nouveau-né dont l'allaitement a été initié (1).

Les critères de jugement secondaires étaient constitués par les données socio-démographiques et médicales maternelles et néonatales, à savoir l'âge maternel, la parité et la catégorie socio-professionnelle (CSP), l'Indice de Masse Corporel (IMC) d'avant grossesse et la consommation maternelle de tabac, alcool ou autre substance addictive pendant la grossesse ; le type de grossesse et le mode d'accouchement ; mais aussi le terme, le poids de naissance, et l'adaptation à la vie extra-utérine ; et enfin le vécu du retour à domicile et le mode de garde.

A ces critères, ont été ajouté des facteurs spécifiques de la population de prématurés tels que la durée d'hospitalisation, la présence de pathologie néonatale respiratoire, digestive ou neurologique mais aussi les AC d'autonomies respiratoire et alimentaire.

Analyse des données

Les caractéristiques ont été décrites par la moyenne et l'écart type, remplacés par la médiane et l'intervalle interquartiles (25^{ème}-75^{ème} percentiles) en cas d'écart à la normalité, pour les variables quantitatives continues ; et par l'effectif et le pourcentage, pour les variables qualitatives.

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel statistique sécurisé Statview[®] en version 5.0.

La base de données a été stockée conformément à l'engagement investigateur signé.

Résultats

Le fichier initial issu du réseau « Naitre et Devenir » recensait 215 enfants nés entre le 1^{er} janvier 2021 et le 31 décembre 2021.

Parmi eux, 114 avaient un AG supérieur ou égal à 33 SA et 12 étaient issus d'un centre différent du CHUGA. Enfin cinq nouveau-nés ont été perdus de vue durant leur séjour en néonatalogie (transfert ou décès).

Au total, 84 prématurés de moins de 33 SA nés en 2021 au CHUGA et dont les parents ont adhéré au réseau « Naitre et Devenir » ont été inclus dans cette étude à leur sortie d'hospitalisation.

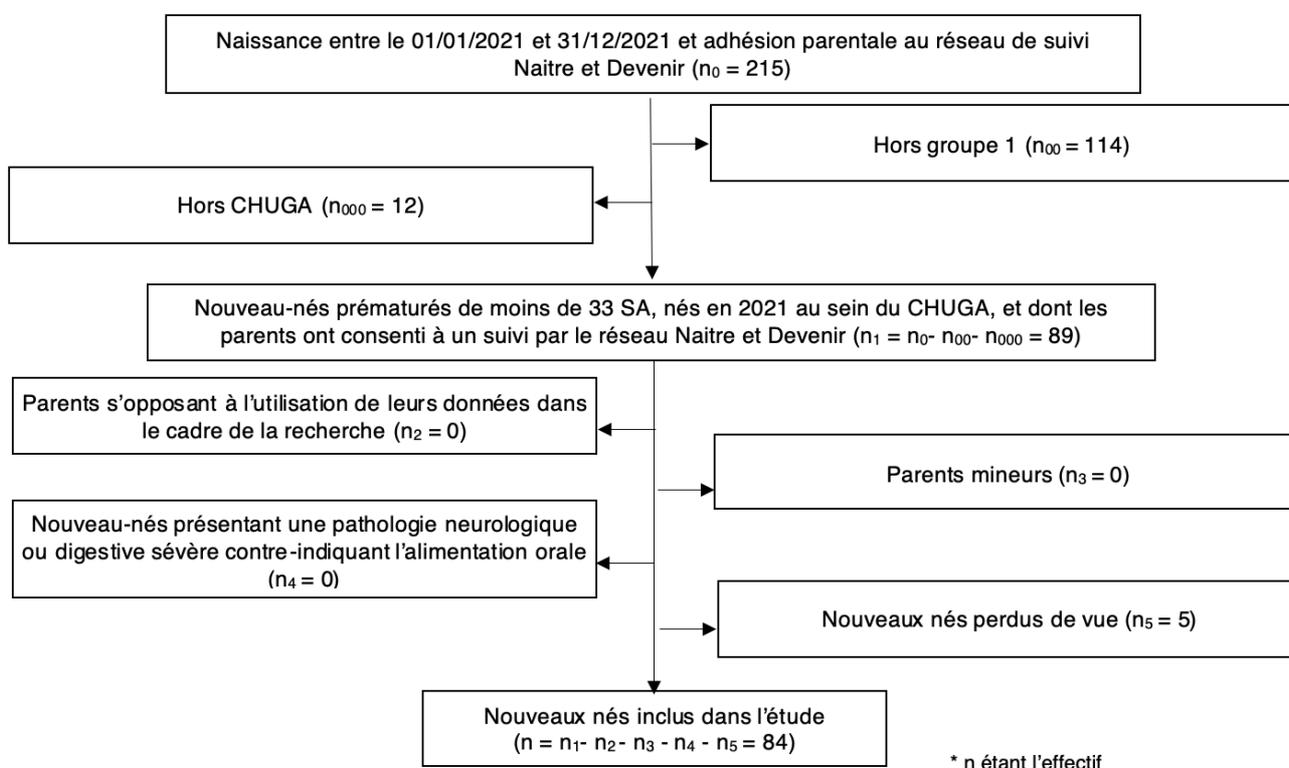


Figure 1 : Diagramme de flux

Caractéristiques des couples mère-enfant(s) à l'inclusion

Les tableaux I et II présentent les caractéristiques à l'inclusion des couples mère-enfant(s).

Caractéristiques maternelles

Sur un effectif total de 72 mères, l'âge moyen était de 32 ans (± 5), avec une proportion égale de primipares et de multipares.

Parmi celles dont la CSP était renseignée (23 données manquantes), plus d'un tiers des mères (34.7%) ne travaillaient pas, 44.9 % étaient employées, et la part restante se divisait entre des professions intellectuelles supérieures (10.2%), des professions intermédiaires (6.1%), l'agriculture (2.0%), et la classe ouvrière (2.0%). En moyenne, ces femmes étaient en surpoids avec un IMC d'avant grossesse limite à 25,3 kg/m² ($\pm 5,6$), et 22.2% consommaient une substance addictive pendant la grossesse.

Pour 79.2% des patientes, il s'agissait d'une grossesse unique, 14 grossesses (soit 19,4%) étaient gémellaires et 1 grossesse (soit 1.4%) était triple. Parmi les jumeaux, deux d'entre eux n'ont pas survécu et deux autres ont été perdus de vue.

Les naissances prématurées étaient associées pour 38.9% à une menace d'accouchement prématuré (MAP), pour 27.8% à des anomalies du rythme cardiaque fœtal (ARCF), et pour un quart à un retard de croissance intra-utérin (RCIU). Ensuite, il était question d'une pathologie vasculaire (hypertension artérielle (HTA), pré-éclampsie (PE), syndrome de microangiopathie gravidique (HELLP), syndrome transfuseur transfusé (STT)...) pour 27.8% d'entre elles ; puis la cause était infectieuse (chorioamniotite, infection intra-utérine...) pour 13.9% des grossesses ; et des anomalies placentaires (hématome rétro-placentaire (HRP), placenta praevia, décollement prématuré du placenta normalement inséré (DPPNI)...) étaient évoquées dans 2.8% des cas. Il est à noter que pour 12 grossesses, soit 16.7%, la pathologie était autre.

Pour terminer, plus de la moitié des femmes (54.2%) ont accouché par césarienne programmée et plus d'un tiers (34.7%) par voie basse simple, alors que seulement 6.9% ont accouché par césarienne en urgence, et 4.2% par extraction instrumentale.

Tableau I : Caractéristiques maternelles à l'inclusion

<u>Caractéristiques maternelles*</u>	<u>Total</u> n = 72
Présentation générale :	
Âge, m (e.t) années	32 (5)
Parité, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) enfants	1,5 (1 - 2)
Catégories socio-professionnelles, n (%) :	
Cadres et professions intellectuelles supérieures (CSP supérieure)	5 (10,2)
Professions intermédiaires (CSP moyenne)	3 (6,1)
Employés (CSP moyenne)	22 (44,9)
Agriculteurs exploitants (CSP moyenne)	1 (2,0)
Ouvriers (CSP défavorisée)	1 (2,0)
Sans activité (CSP défavorisée)	17 (34,7)
Habitudes de vie :	
IMC d'avant grossesse, m (e.t) kg/m ²	25,3 (5,6)
Consommations addictives pendant la grossesse, n (%)	11 (22,0)
Type de grossesse, n (%) :	
Unique	57 (79,2)
Gémellaire	14 (19,4)
Triples	1 (1,4)
Causes de la prématurité, n (%) :	
MAP	28 (38,9)
ARCF	20 (27,8)
RCIU	18 (25,0)
Cause vasculaire (HTA, PE, HELLP, STT...)	20 (27,8)
Cause infectieuse (chorioamniotite, infection intra-utérine...)	10 (13,9)
Cause placentaire (HRP, placenta praevia, DPPNI...)	2 (2,8)
Autres pathologies	12 (16,7)
Mode d'accouchement, n (%) :	
Voie basse	25 (34,7)
Aide instrumentale (ventouse, forceps, spatules)	3 (4,2)
Césarienne programmée	39 (54,2)
Césarienne en urgence	5 (6,9)

Légende : m = moyenne, e.t = écart-type, me = médiane, IQR = intervalle interquartile, n = effectif, % = pourcentage, CSP = catégorie socio-professionnelle, IMC = indice de masse corporelle, MAP = menace d'accouchement prématuré, ARCF = anomalies du rythme cardiaque fœtal, RCIU = retard de croissance intra-utérin, HTA = hypertension artérielle, PE = pré-éclampsie, HELLP = syndrome de microangiopathie gravidique, STT = syndrome transfuseur transfusé, HRP = hématome rétro-placentaire, DPPNI = décollement prématuré du placenta normalement inséré

* Valeurs non renseignées pour la CSP (n=23), l'IMC d'avant grossesse (n=16), et la consommation addictive (n=22)

Caractéristiques néonatales

Sur un effectif total de 84 nouveau-nés, l'AG de naissance médian se situait à 30 SA (29 - 32), avec un poids de naissance médian de 1 317 g (1 040 – 1 565), et une adaptation à la vie extra-utérine, estimée par le score d'Apgar médian, de 7/10 à une minute de vie (avec un intervalle interquartile large de 4 à 9), de 9/10 à cinq minutes (8 - 10), et de 10/10 à 10 minutes (9 - 10).

Concernant les complications de la prématurité, la principale atteinte était pulmonaire puisque 62 enfants (soit 73.8%) ont été affectés par la maladie des membranes hyalines (MMH) et 33 enfants (soit 43.4%) par la broncho-dysplasie pulmonaire (BDP). De plus, quatre entérocolite ulcéro-nécrosante (ECUN) (soit 4.8% des prématurés), huit hémorragies intraventriculaires (HIV) (soit 9.5%) et deux leucomalacies périventriculaires (LMPV) (soit 2.5%) ont été diagnostiquées dans la population étudiée.

Enfin, la durée d'hospitalisation médiane se situait à 53 jours et demi (39.0 – 72.5), avec un AC d'autonomie respiratoire moyen à 35 SA (\pm 3) et un AC d'autonomie alimentaire moyen plus tardif à 37 SA (\pm 2).

Tableau II : Caractéristiques néonatales à l'inclusion

<u>Caractéristiques néonatales*</u>	<u>Total</u> n = 84
Données de naissance :	
Terme, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) semaines	30 (29 - 32)
Poids, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) grammes	1317 (1040 – 1565)
Apgar à 1 minute, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) /10	7 (4 – 9)
Apgar à 5 minutes, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) /10	9 (8 – 10)
Apgar à 10 minutes, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) /10	10 (9 – 10)
Complications de la prématurité, n (%) :	
MMH	62 (73,8)
BDP	33 (43,4)
ECUN	4 (4,8)
HIV	8 (9,5)
LMPV	2 (2,5)
Données d'hospitalisation :	
Durée d'hospitalisation, me (IQR : 25 ^e p - 75 ^e p) jours	53,5 (39,0 – 72,5)
AC de l'autonomie respiratoire, m (e.t) SA	35 (3)
AC de l'autonomie alimentaire, m (e.t) SA	37 (2)

Légende : m = moyenne, e.t = écart-type, me = médiane, IQR = intervalle interquartile, n = effectif, % = pourcentage, MMH = maladie des membranes hyalines, BDP = broncho-dysplasie pulmonaire, ECUN = entérocolite ulcéro-nécrosante, HIV = hémorragie intraventriculaire, LMPV = leucomalacie périventriculaire, AC = âge corrigé

* Valeurs non renseignées pour la BDP (n=8), la LMPV (n= 3), l'AC d'autonomie respiratoire (n=44) et d'autonomie alimentaire (n=47)

Objectif principal : évolution de la prévalence de l'allaitement maternel sur l'année suivant la sortie d'hospitalisation

Le tableau III présente la proportion des différents types d'allaitement, dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation, des nouveau-nés prématurés de moins de 33SA.

Ainsi, au moment du retour à domicile, 36 nouveau-nés (soit 43.9%) étaient en allaitement artificiel tandis que 30 étaient en allaitement maternel exclusif (soit 36.6%) et 16 en allaitement maternel mixte (soit 19.5%).

Du fait des perdus de vue, l'effectif lors des consultations suivantes diffère de l'effectif initial avec 64 enfants à la consultation 15 jours - un mois après la sortie, 56 enfants aux quatre mois d'AC, 62 enfants aux neuf mois d'AC, et 38 enfants aux 12 mois d'AC.

Donc, sur les 64 nouveau-nés ayant consulté 15 jours à un mois après la sortie, la moitié était en allaitement artificiel, et l'autre moitié d'allaitement maternel se divisait entre 31.3% d'exclusif et 18.7% de mixte. À quatre mois d'AC, la proportion d'allaitement artificiel s'élevait à 76,4%, du fait d'une baisse majeure du taux d'allaitement exclusif atteignant 10.9%, devenant inférieur au taux d'allaitement mixte fixé à 12.7%. À neuf mois d'AC, le pourcentage de nouveau-nés allaités artificiellement continuait de croître jusqu'à 82.3%, et l'allaitement maternel devenait de plus en plus mixte (3.2% versus 14.5%). Enfin, à 12 mois d'AC, deux enfants étaient encore allaités partiellement (soit 5.3%).

Tableau III : Prévalence des différents types d'allaitement dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des nouveau-nés prématurés de moins de 33 SA

Type d'allaitement*	Sortie n = 84	15j/ 1m n = 64	4m AC n = 56	9m AC n = 62	12mAC n = 38
Maternel, n (%) :	46 (56,1)	32 (50,0)	13 (23,6)	11 (17,7)	2 (5,3)
Exclusif, n (%) :	30 (36,6)	20 (31,3)	6 (10,9)	2 (3,2)	0 (0)
Mixte, n (%) :	16 (19,5)	12 (18,7)	7 (12,7)	9 (14,5)	2 (5,3)
Artificiel, n (%) :	36 (43,9)	32 (50,0)	42 (76,4)	51 (82,3)	36 (94,7)

Légende : n = effectif, % = pourcentage

* Alimentation non renseignée en sortie d'hospitalisation (n=2) et à 4 mois d'AC (n=1)

La figure II illustre mieux l'évolution de la prévalence de l'allaitement maternel (exclusif + mixte) de la sortie d'hospitalisation aux 12 mois d'AC des prématurés de moins de 33 SA. La diminution du taux d'allaitement maternel était ainsi plutôt linéaire en dehors de la période entre un et quatre mois d'AC, enregistrant une chute de 50.0 à 23.6% et correspondant à la baisse majeure du taux d'allaitement maternel exclusif (de 31.3 à 10.9%).

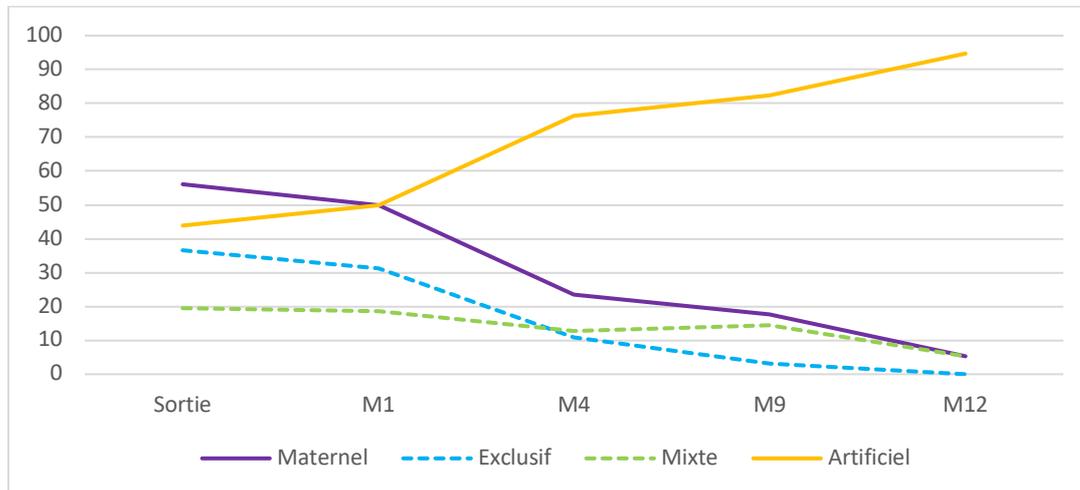


Figure II : Prévalence des différents types d'allaitement dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des nouveau-nés prématurés de moins de 33 SA (n = 84)

Objectif secondaire : facteurs sociodémographiques et médicaux, maternels et néonataux, pouvant influencer la poursuite de l'allaitement maternel

Les tableaux IV et V représentant le taux d'allaitement maternel (exclusif + mixte) en sortie d'hospitalisation, à quatre et à neuf mois d'AC, des prématurés de moins de 33 SA, selon les caractéristiques socio-démographiques et médicales, maternelles et néonatales ; simplifient les tableaux en annexes 1 et 2 afin de ne présenter que les résultats les plus pertinents de l'étude.

Caractéristiques maternelles

Dans cette étude, certaines caractéristiques maternelles étaient associées à de meilleurs taux d'allaitement maternel sur l'année suivant la sortie d'hospitalisation, telles que l'âge supérieur à 30 ans, la multiparité, la CSP favorisée, l'IMC d'avant grossesse faible à normal, l'absence d'addiction pendant la grossesse mais aussi la naissance multiple, le bon vécu du retour à domicile et le mode de garde familial.

En effet, les mères âgées de plus de 30 ans avaient davantage tendance à allaiter en sortie d'hospitalisation que les mères de moins de 30 ans (61.4% versus 53.8%) avec un taux d'allaitement maternel exclusif semblable (40.9% et 38.5% respectivement). De plus, elles avaient tendance à poursuivre cet allaitement plus longtemps (25.9% à 4 mois d'AC et 17.6% à 9 mois d'AC versus 20.0% et 11.1%) (figure III).

Parallèlement, les primipares allaitaient plus et de façon plus exclusive que les multipares en sortie d'hospitalisation (66.7% dont 52.8% d'exclusif versus 50.0% dont 26.5% d'exclusif).

Cependant, au retour à domicile, les multipares présentaient un meilleur maintien de l'allaitement maternel (37.5% à 4 mois d'AC et 25.0% à 9 mois d'AC versus 16.1% et 7.1%) (figure IV).

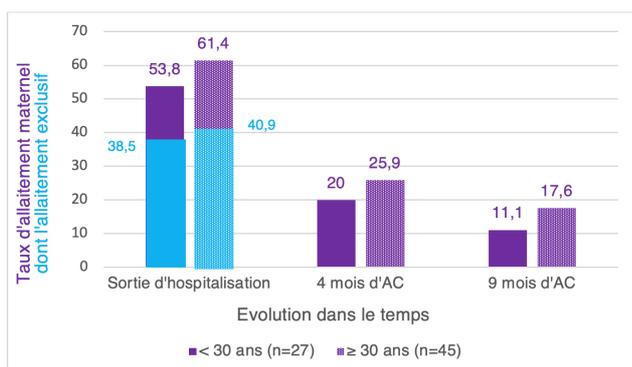


Figure III : Taux d'allaitement maternel selon l'âge maternel

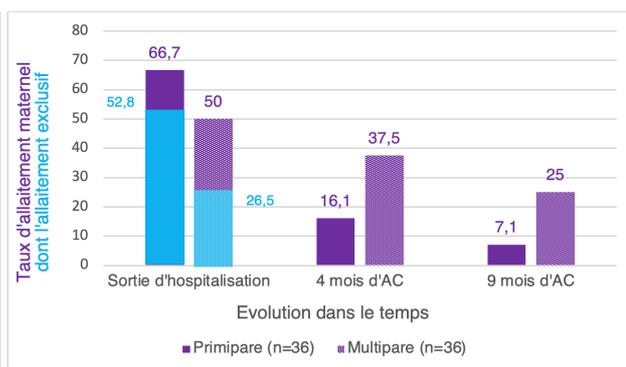


Figure IV : Taux d'allaitement maternel selon la parité

Concernant la CSP, les classes supérieure et moyenne allaitaient davantage et de façon plus exclusive que la classe défavorisée, que ce soit en sortie d'hospitalisation (60.0% d'allaitement exclusif dans la classe favorisée et 69.2% dont 46.2% d'exclusivité dans la classe moyenne versus 50,0% dont 25,0% d'exclusivité dans la classe défavorisée), mais aussi à quatre mois d'AC (26.3% versus 18.2%) et à neuf mois d'AC (33.3% et 13.6% versus 9.1%) (figure V).

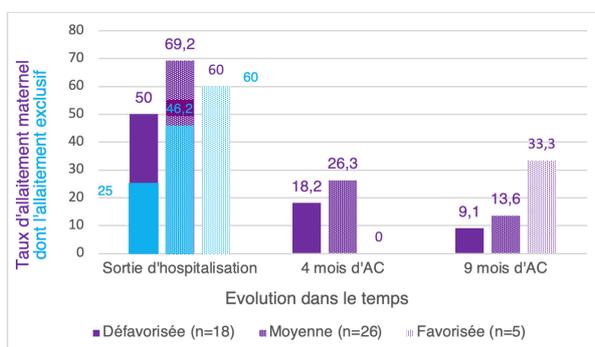


Figure V : Taux d'allaitement maternel selon la catégorie socio-professionnelle

En ce qui concerne l'IMC d'avant grossesse, plus celui-ci augmentait et plus la proportion d'allaitement maternel était moindre en sortie d'hospitalisation (66.7% pour le groupe maigre, 65.4% pour le groupe d'IMC normal, et 54.5% pour les groupes surpoids et obésité). De la même façon, les femmes en surpoids ou en obésité arrêtaient précocement cet allaitement maternel (12.5% de femmes allaitantes en obésité à 4 mois et 11.1% à 9 mois d'AC versus 33.3% et autour de 21% chez les IMC faible à normal) (figure VI).

Enfin, l'étude a observé que les mères présentant une consommation addictive avant la grossesse allaitaient moins et procédaient à un sevrage plus précoce que les mères sans addiction (36.4% versus 60.5% en sortie d'hospitalisation, 14.3% versus 22.2% à 4 mois d'AC, et 0.0% versus 16.1% à 9 mois d'AC) (figure VII).

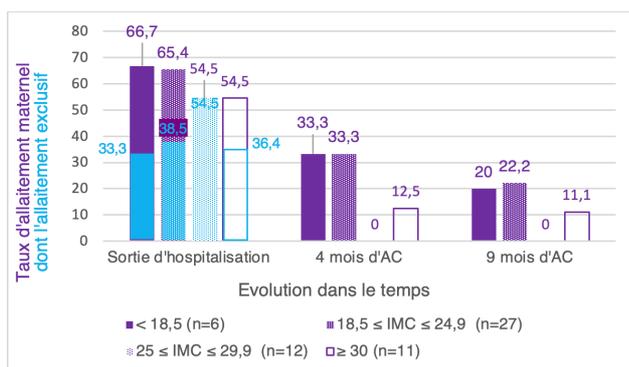


Figure VI : Taux d'allaitement maternel selon l'indice de masse corporel d'avant grossesse

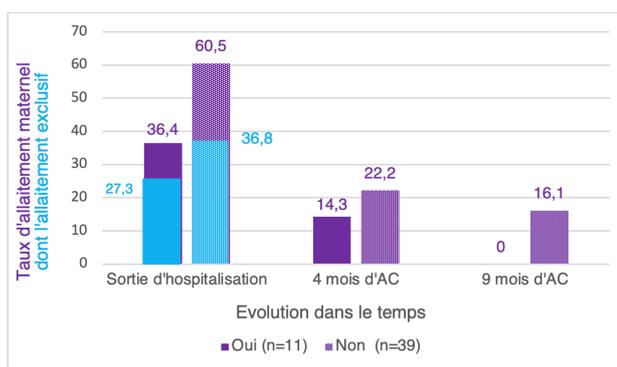


Figure VII : Taux d'allaitement maternel selon la consommation addictive d'avant grossesse

Concernant le type de grossesse, les naissances uniques étaient associées à un meilleur taux d'allaitement maternel exclusif en sortie d'hospitalisation que les naissances multiples (44.6% versus 21.4%). Pourtant, les jumeaux et les triplés étaient associés à un meilleur taux d'allaitement à neuf mois d'AC (28.6% versus 10.5%) (figure VIII).

En revanche, l'étude n'a pas observé de différence de proportion d'allaitement maternel selon le mode d'accouchement que ce soit en sortie d'hospitalisation (autour de 58% avec 40% d'exclusivité), mais aussi à quatre et neuf mois d'AC (respectivement autour de 22% et de 15%) (figure IX).

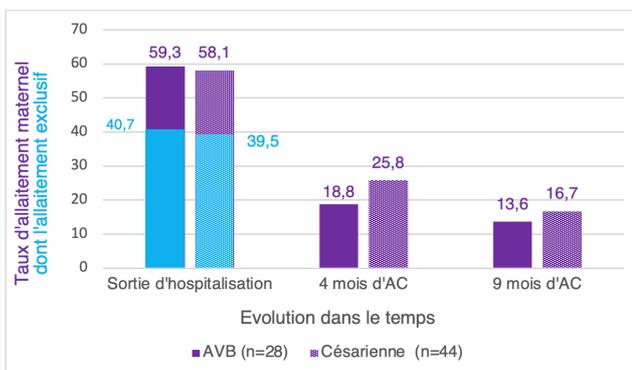
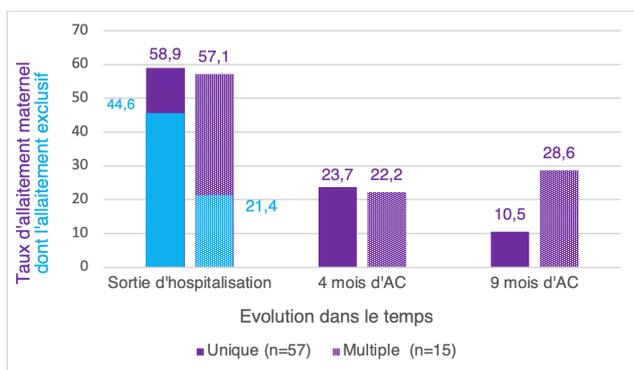


Figure VIII : Taux d'allaitement maternel selon le type de grossesse Figure IX : Taux d'allaitement maternel selon le mode d'accouchement

Pour terminer, le bon vécu maternel du retour à domicile était associé à un meilleur taux d'allaitement exclusif en sortie d'hospitalisation (51.6% versus 35.0%) et à une meilleure poursuite à quatre mois d'AC (33.3% versus 0.0%) (figure X).

Enfin, le dernier facteur étudié, à savoir le mode de garde, ne pouvait influencer la poursuite de l'allaitement qu'à partir de quatre mois d'AC, période à laquelle le congé maternité était clôturé. Ainsi, le mode de garde en collectivité était associé à davantage de sevrages précoces puisqu'aucun enfant n'était encore allaité au sein à quatre mois d'AC tandis que la part d'enfants allaités était de 20% chez les nouveau-nés gardés par une assistante maternelle et chez ceux confiés à un membre de la famille, puis respectivement de 7.7% et de 18.2% à 9 mois d'AC (figure XI).

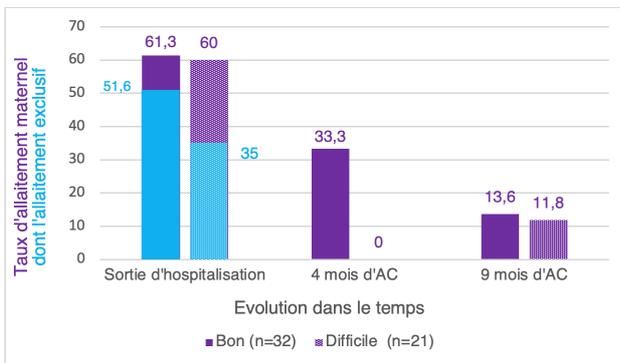


Figure X : Taux d'allaitement maternel selon le vécu du retour à domicile

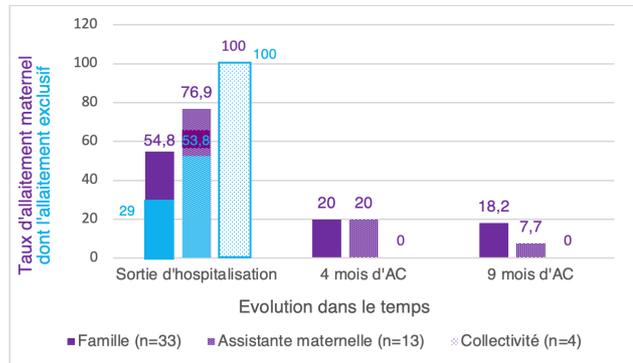


Figure XI : Taux d'allaitement maternel selon le mode de garde

Tableau IV : Taux d'allaitement maternel dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 SA, selon les caractéristiques maternelles

Caractéristiques maternelles*	Sortie (*) n = 72		4m AC (*) n = 48	9m AC n = 52
	n (%) d'AM	n (%) d'AM excl	n (%) d'AM	n (%) d'AM
Age (années) :				
< 30 (n= 27)	14 (53,8)	10 (38,5)	4 (20,0)	2 (11,1)
≥ 30 (n= 45)	32 (61,4)	18 (40,9)	7 (25,9)	6 (17,6)
Parité (enfants) :				
1 (n=36)	24 (66,7)	19 (52,8)	5 (16,1)	2 (7,1)
2 ou plus (n=36)	17 (50,0)	9 (26,5)	6 (37,5)	6 (25,0)
CSP :				
Défavorisée (n=18)	8 (50,0)	4 (25,0)	2 (18,2)	1 (9,1)
Moyenne (n=26)	18 (69,2)	12 (46,2)	5 (26,3)	3 (13,6)
Favorisée (n=5)	3 (60,0)	3 (60,0)	0 (0)	1 (33,3)
IMC (kg/m²) :				
<18,5 (n=6)	4 (66,7)	2 (33,3)	1 (33,3)	1 (20,0)
18,5 ≤ IMC ≤ 24,9 (n=27)	20 (65,4)	10 (38,5)	6 (33,3)	4 (22,2)
25 ≤ IMC ≤ 29,9 (n=12)	6 (54,5)	6 (54,5)	0 (0)	0 (0)
≥ 30 (n=11)	6 (54,5)	4 (36,4)	1 (12,5)	1 (11,1)
Addictions :				
Oui (n=11)	4 (36,4)	3 (27,3)	1 (14,3)	0 (0)
Non (n=39)	23 (60,5)	14 (36,8)	6 (22,2)	5 (16,1)
Grossesse :				
Unique (n=57)	33 (58,9)	25 (44,6)	9 (23,7)	4 (10,5)
Multiple (n= 15)	8 (57,1)	3 (21,4)	2 (22,2)	4 (28,6)
Mode accouchement :				
Voie basse (n=28)	16 (59,3)	11 (40,7)	3 (18,8)	3 (13,6)
Césarienne (n=44)	25 (58,1)	17 (39,5)	8 (25,8)	5 (16,7)
Vécu retour à domicile :				
Bon (n=32)	19 (61,3)	16 (51,6)	7 (33,3)	3 (13,6)
Difficile (n=21)	12 (60,0)	7 (35,0)	0 (0)	2 (11,8)
Mode garde :				
Famille (n=33)	17 (54,8)	9 (29,0)	4 (20,0)	6 (18,2)
Assistante maternelle (n=13)	10 (76,9)	7 (53,8)	2 (20,0)	1 (7,7)
Collectivité (n=4)	4 (100,0)	4 (100,0)	0 (0)	0 (0)

Légende : n = effectif, % = pourcentage, AM = allaitement maternel, excl = exclusif, CSP = catégorie socio-professionnelle, IMC = indice de masse corporelle

* Valeurs non renseignées pour la CSP (n=23), l'IMC d'avant grossesse (n=16), la consommation addictive (n=22), le vécu du retour à domicile (n=2), et le mode de garde (n=2)

(*) Alimentation non renseignée en sortie d'hospitalisation (n=2) et à 4 mois d'AC (n=1)

Caractéristiques néonatales

Dans cette étude, certains facteurs néonataux étaient associés à de meilleurs taux d'allaitement maternel sur l'année suivant la sortie d'hospitalisation tels que le terme et le poids de naissance élevés, l'autonomie respiratoire précoce et alimentaire tardive, l'absence de pathologie respiratoire et a contrario la présence d'un trouble digestif ou neurologique.

Effectivement, plus l'AG de naissance augmentait, plus le taux d'allaitement maternel en sortie d'hospitalisation était élevé (50.0% dont 25.0% d'exclusif pour les prématurés extrêmes ($\leq 27+6$ SA), 56.8% dont 40.9% d'exclusif pour les grands prématurés ($28 \leq AG \leq 31+6$ SA), et 59.1% dont 36.4% d'exclusif pour les prématurés simple (≥ 32 SA)). De surcroit, on observait une meilleure poursuite de l'allaitement chez les nouveau-nés d'AG élevé (28.6% à 4 mois d'AC et 29.4% à 9 mois d'AC chez les prématurés simples, 24.2% et 12.9% chez les grands prématurés et 12.5% et 14.3% chez les prématurés extrêmes) (figure XII).

En parallèle, plus le poids de naissance augmentait, plus le taux d'allaitement exclusif en sortie d'hospitalisation était élevé (26.3% pour les moins de 1kg, 36.1% pour les 1-1,5kg et 44.4% pour les plus de 1,5kg). De même, les prématurés de bon poids de naissance présentaient un meilleur taux d'allaitement maternel à neuf mois d'AC (26.3% chez les plus de 1,5kg versus près de 14% chez les moins de 1,5kg) (figure XIII).

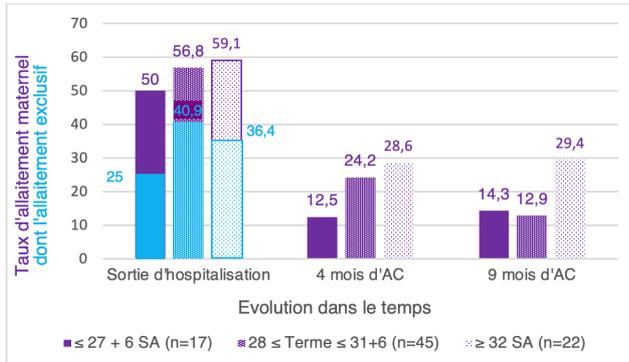


Figure XII : Taux d'allaitement maternel selon le terme de naissance

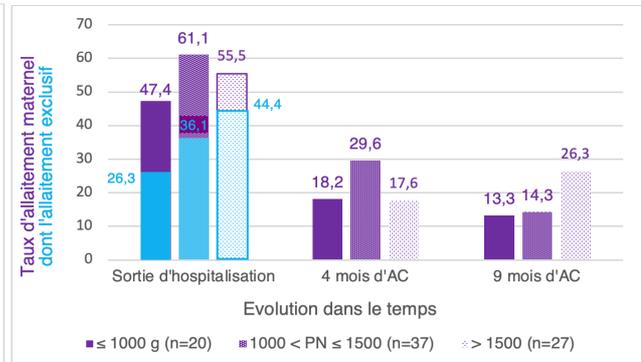


Figure XIII : Taux d'allaitement maternel selon le poids de naissance

En ce qui concerne l'adaptation à la vie extra-utérine, l'étude a retrouvé des taux semblables en sortie d'hospitalisation quel que soit l'Apgar (autour de 54%), mais aussi à neuf mois d'AC entre un Apgar faible ≤ 7 et un Apgar à 10 (autour de 9%) (figure XIV).

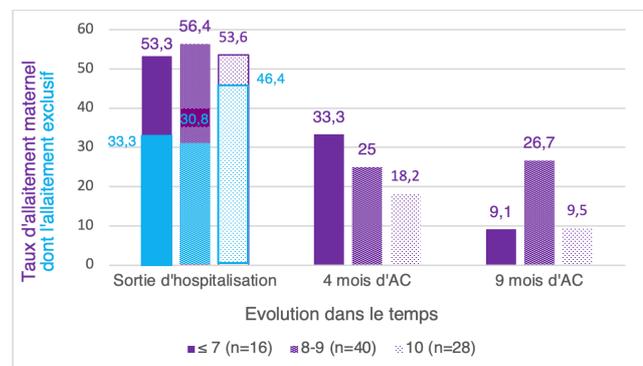


Figure XIV : Taux d'allaitement maternel selon l'Apgar à 5 min de vie

Quant à la durée d'hospitalisation, plus celle-ci augmentait et plus la proportion d'allaitement exclusif en sortie d'hospitalisation était moindre (42.0% pour les séjours de moins de 60 jours, 29.4% pour les séjours de 60 à 90 jours et 26.7% pour les séjours de plus de 90 jours).

Néanmoins l'étude n'a pas mis en évidence une durée de séjour associé à de plus hauts taux d'allaitement dans le temps (figure XV).

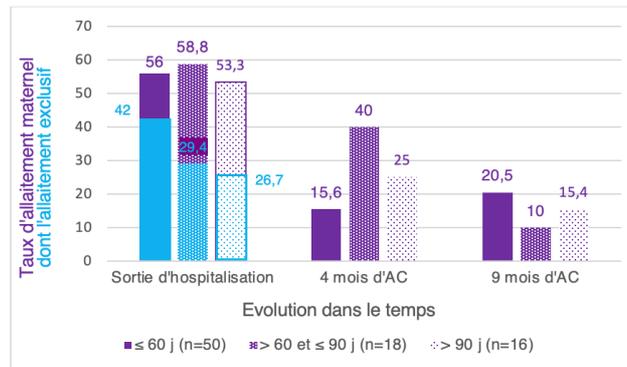


Figure XV : Taux d'allaitement maternel selon la durée d'hospitalisation

Pour poursuivre avec les pathologies, on observait en cas d'atteinte pulmonaire un moindre taux d'allaitement en sortie d'hospitalisation (50.0% dont 34,3% d'exclusif versus 91,7% dont 50,0% d'exclusif chez les non atteints) mais aussi à quatre mois d'AC (22,9% versus 28,6%) et à neuf mois d'AC (15,7% versus 27,3%) (figure XVI).

Ceci coïncide avec les moindres taux d'allaitement retrouvés en cas d'autonomie respiratoire tardive après 35 SA (23,1% à 4 mois d'AC et 0% à 9 mois d'AC) comparativement aux nouveau-nés autonomes avant 35 SA (28,6% à 4 mois d'AC et 23,5% à 9 mois d'AC) (figure XVII).

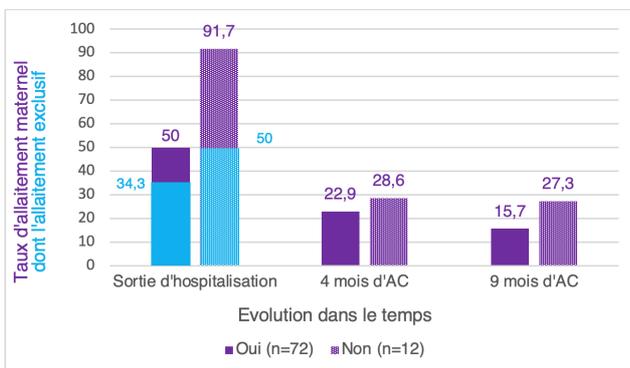


Figure XVI : Taux d'allaitement maternel selon la présence d'une pathologie respiratoire

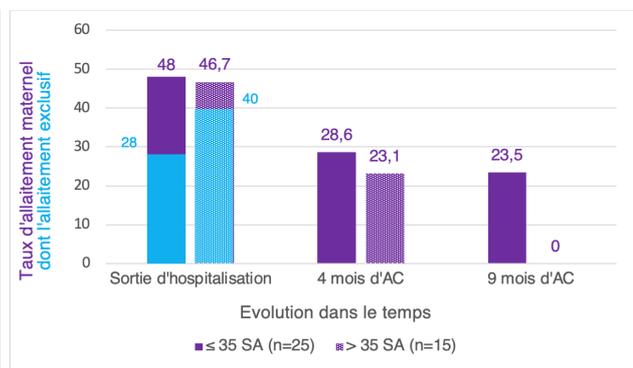


Figure XVII : Taux d'allaitement maternel selon l'âge corrigé d'autonomie respiratoire

De même, les nouveau-nés ayant présenté une pathologie digestive étaient associés à un moindre taux d'allaitement en sortie d'hospitalisation (33.3% dont 16.7% d'exclusivité versus 57.9% dont 38.2% d'exclusivité chez les non atteints). Pourtant, les sujets atteints demeuraient allaités longtemps (persistance d'un taux d'allaitement maternel à 9 mois d'AC de 50.0% versus 15.0% chez les nouveau-nés non atteints) (figure XVIII).

Quant à l'autonomie alimentaire, plus elle était tardive (après 37SA) et meilleure était la proportion d'allaitement en sortie d'hospitalisation (75.0% dont 50.0% d'exclusivité versus 56.0% dont 36.0% d'exclusivité en cas d'autonomie avant 37 SA), à quatre mois d'AC (40.0% versus 22.0%) et à neuf mois d'AC (37.5% versus 16.6%) (figure XIX).

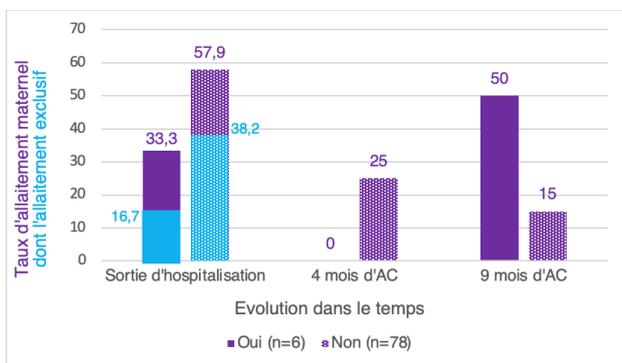


Figure XVIII : Taux d'allaitement maternel selon la présence d'une pathologie digestive

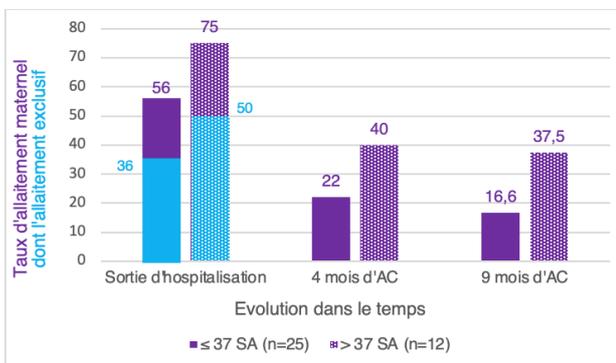


Figure XIX : Taux d'allaitement maternel selon l'âge corrigé d'autonomie alimentaire

Enfin, au même titre que pour les pathologies digestives, bien que la proportion d'allaitement fût supérieure en sortie d'hospitalisation chez les nouveau-nés sans pathologie neurologique (58.3% avec 37.5% d'exclusif versus 40.0% avec 30.0% d'exclusif chez les nouveau-nés atteints), les sujets atteints demeuraient allaités longtemps (persistance d'un taux d'allaitement maternel à 9 mois d'AC de 42.9% versus 14.5% chez les nouveau-nés non atteints) (figure XX).

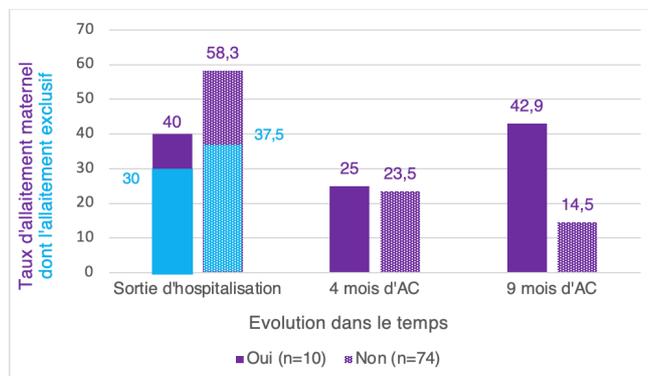


Figure XX : Taux d'allaitement maternel selon la présence d'une pathologie neurologique

Tableau V : Taux d'allaitement maternel dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 SA selon les caractéristiques néonatales

Caractéristiques néonatales*	Sortie (*) n = 84		4m AC (*) n = 56	9m AC n = 62
	n (%) d'AM	n (%) d'AM excl	n (%) d'AM	n (%) d'AM
AG de naissance :				
≤ 27 + 6 SA (n=17)	8 (50,0)	4 (25,0)	1 (12,5)	2 (14,3)
28 ≤ AG ≤ 31+6 (n=45)	25 (56,8)	18 (40,9)	8 (24,2)	4 (12,9)
≥ 32 SA (n=22)	13 (59,1)	8 (36,4)	4 (28,6)	5 (29,4)
Poids de naissance :				
≤ 1000 g (n=20)	9 (47,4)	5 (26,3)	2 (18,2)	2 (13,3)
1000 < PN ≤ 1500 (n=37)	22 (61,1)	13 (36,1)	8 (29,6)	4 (14,3)
> 1500 (n=27)	15 (55,5)	12 (44,4)	3 (17,6)	5 (26,3)
Apgar à 5 minutes :				
≤ 7 (n=16)	8 (53,3)	5 (33,3)	3 (33,3)	1 (9,1)
8-9 (n=40)	22 (56,4)	12 (30,8)	6 (25,0)	8 (26,7)
10 (n=28)	15 (53,6)	13 (46,4)	4 (18,2)	2 (9,5)
Durée d'hospitalisation :				
≤ 60 j (n=50)	28 (56,0)	21 (42,0)	5 (15,6)	8 (20,5)
> 60 et ≤ 90 j (n=18)	10 (58,8)	5 (29,4)	6 (40,0)	1 (10,0)
> 90 j (n=16)	8 (53,3)	4 (26,7)	2 (25,0)	2 (15,4)
Pathologies respi. :				
Oui (n=72)	35 (50,0)	24 (34,3)	11 (22,9)	8 (15,7)
Non (n=12)	11 (91,7)	6 (50,0)	2 (28,6)	3 (27,3)
AC d'autonomie respi. :				
≤ 35 SA (n=25)	12 (48,0)	7 (28,0)	4 (28,6)	4 (23,5)
> 35 SA (n=15)	7 (46,7)	6 (40,0)	3 (23,1)	0 (0)
Pathologies dig. :				
Oui (n=6)	2 (33,3)	1 (16,7)	0 (0)	2 (50,0)
Non (n=78)	44 (57,9)	29 (38,2)	13 (25,0)	9 (15,5)
AC d'autonomie alim. :				
≤ 37 SA (n=25)	14 (56,0)	9 (36,0)	4 (22,2)	3 (16,6)
> 37 SA (n=12)	9 (75,0)	6 (50,0)	4 (40,0)	3 (37,5)
Pathologies neuro. :				
Oui (n=10)	4 (40,0)	3 (30,0)	1 (25,0)	3 (42,9)
Non (n=74)	42 (58,3)	27 (37,5)	12 (23,5)	8 (14,5)

Légende : n = effectif, % = pourcentage, AM = allaitement maternel, excl = exclusif, AG = âge gestationnel, PN = poids de naissance, respi = respiratoire(s), AC = âge corrigé, dig = digestives, alim = alimentaire, neuro = neurologiques

* Valeurs non renseignées pour l'AC d'autonomie respiratoire (n=44) et alimentaire (n=47)

(*) Alimentation non renseignée en sortie d'hospitalisation (n=2) et à 4 mois d'AC (n=1)

Discussion

Forces et limites de l'étude

L'intérêt de ce travail est la réalisation d'un état des lieux de l'allaitement maternel chez les grands prématurés en sortie de néonatalogie de l'HCE (La Tronche), représentatif entre autres facteurs, de l'attention portée à l'accompagnement de la lactation dans ce centre hospitalier.

Peu d'études ont été réalisées à partir de la base de données « Naitre et Devenir », qui est pourtant d'une grande richesse. Elle nous a permis de décrire la tendance d'évolution de la prévalence de cette pratique jusqu'aux 12 mois d'AC des prématurés de moins de 33 SA, pour ensuite comparer ces résultats aux nombreux travaux menés sur des sujets nés à terme pendant leur première année de vie. En outre, elle nous a amené à émettre des hypothèses quant aux couples mère-enfant(s) les plus à risque de sevrage précoce, en décrivant l'évolution de cette prévalence selon différents facteurs, afin de soumettre des propositions plus ciblées sur ces populations-là.

Ce travail descriptif pourrait ainsi favoriser, avec le soutien du réseau « Naitre et Devenir », la mise en place d'actions de promotion, d'information et de soutien de l'allaitement chez le prématuré, tant auprès de la population que des personnels de santé impliqués dans la périnatalité, dans l'objectif d'améliorer la prise en charge de ces enfants ainsi que le vécu parental de cette période critique de leur vie.

Bien qu'il s'agisse d'une étude rétrospective, la pertinence de cette recherche réside dans le fait que la durée d'allaitement rapportée par la mère est généralement fiable, même pour des périodes de rappel très longues.

En s'appuyant sur le réseau « Naitre et Devenir » nous avons pu suivre l'évolution de cette pratique dans une population homogène d'enfants sur plus d'une année. Un tel recul n'aurait pas pu être envisageable si l'étude avait été faite de manière prospective, étant donné les délais à respecter pour l'élaboration de ce mémoire.

De par le suivi par réseau, nous avons également disposé d'une standardisation des consultations sur le dossier médical MonSisra, auquel est relié le serveur. Effectivement, afin de décrire la population selon les caractéristiques socio-démographiques et médicales, nous avons besoin de réponses uniformes pour définir les sous-groupes. Ceci a été facilité grâce à l'établissement d'items pour chaque facteur, laissant ainsi peu de place au texte libre, sans intérêt statistique dans une étude.

Cependant, ce mémoire fait défaut d'un biais de sélection ou plutôt d'un biais de participation. Pour cause, l'adhésion parentale au réseau « Naitre et Devenir » relève du volontariat avec signature d'un consentement parental, après présentation systématique du suivi proposé par les médecins partenaires au cours de l'hospitalisation et information quant à la possible participation à des études épidémiologiques anonymes sur le devenir des enfants suivis. De ce fait, le taux d'allaitement maternel estimé dans l'étude peut différer du taux réel dans la population incluse dans le réseau.

Pour autant, s'agissant d'un dispositif de repérage précoce des difficultés dans le développement de l'enfant prématuré, peu de refus d'adhésion sont notifiés, et ce biais paraît donc minime. Et pour preuve, le taux d'inclusion moyen était proche de 15 par mois, tandis que le taux de refus était de trois sur l'année 2021 et de neuf sur l'année 2022

En revanche, la problématique des données manquantes a particulièrement impacté la validité interne de l'étude, mais été prévisible au vu d'un suivi aussi long avec une multitude d'opérateurs.

Effectivement, bien qu'il s'agisse d'une étude descriptive, n'exigeant donc pas de calcul du nombre de sujets nécessaires pour définir une puissance statistique ; l'effectif de notre population était faible, notamment à 12 mois d'AC avec plus de 50% de perdus de vue (54.7%). Ce résultat s'explique par un recueil de données en décembre 2022, période à laquelle les prématurés nés en fin d'année 2021 n'ont pas encore atteint 12 mois d'AC.

Ainsi, pour l'analyse en sous-groupes selon les caractéristiques socio-démographiques et médicales, nous nous sommes retrouvés avec des effectifs parfois insuffisants rendant les interprétations discutables.

Pour autant, il était bien d'exclure les groupes 2 et 3 du réseau « Naitre et Devenir » ainsi que les naissances hors CHUGA, afin d'éviter un biais de réalisation ou biais de suivi. De ce fait, nous avons étudié une population ayant suivi un parcours protocolisé à des âges clés de développement.

Enfin, cette étude ne fait pas défaut d'un biais d'évaluation ou biais de mesure puisque le critère de jugement choisi, à savoir le taux d'allaitement maternel comprenant l'allaitement maternel exclusif et l'allaitement maternel mixte, est défini auprès de tous les professionnels de santé par des recommandations nationales, évitant ainsi une déviation dans les définitions d'un opérateur à un autre.

Mise en perspective de l'hypothèse de recherche et comparaison des résultats avec la littérature

Taux d'allaitement en sortie d'hospitalisation

Les résultats de l'étude confirment la première partie de l'hypothèse initiale à savoir un taux d'allaitement maternel (exclusif + mixte) proche de 60% chez les prématurés en sortie d'hospitalisation. Il a effectivement été estimé à 56.1% avec 36.6% d'allaitement exclusif, en sortie de néonatalogie de l'HCE, dans la population d'enfants nés avant 33 SA en 2021.

Ce résultat est inférieur au taux d'enfants allaités en sortie d'UME en France. En effet, des enquêtes nationales ont été menées sur des enfants nés après 33 SA, telles que l'étude Elfe (2011) retrouvant un taux à 69.7% dont 59.5% d'exclusivité sur une cohorte de 17 562 mères (7) mais aussi l'étude Épipane (2012) estimant ce taux à 69.1% dont 59.7% d'exclusivité sur une cohorte de 2 936 femmes (6).

Ceci coïncide avec les résultats de l'ENP de 2021 pourtant sur la totalité des naissances après 22 SA issues de 13 404 mères, qui décrit un taux d'allaitement en maternité (rapporté au nombre d'enfants non transférés en réanimation, soins intensifs et néonatalogie) de 69.7% avec 56.3% d'allaitement exclusif (5).

Effectivement, comme énoncé en introduction, l'allaitement d'un grand prématuré est un défi qui exige que la mère tire régulièrement son lait jusqu'à ce que son enfant ait acquis la capacité de téter le sein et qui pose de multiples problèmes logistiques pendant la longue hospitalisation néonatale (Callen & Pinelli, 2005 ; Nye, 2008). Par conséquent, il a déjà été relevé que les taux d'allaitement des grands prématurés sont inférieurs à ceux des enfants nés à terme (Akerstrom, Asplund, & Norman, 2007 ; Flacking, Nyqvist, & Ewald, 2007 ; Merewood, Brooks, Bauchner, MacAuley, & Mehta, 2006) (10).

Cependant, comparativement à la littérature et notamment à la cohorte nationale Épipage-2 menée en 2011 et incluant 3 108 enfants nés avant 32 SA et 883 enfants nés entre 32 et 34 SA, notre étude montre un taux supérieur d'allaitement maternel en sortie d'hospitalisation chez les prématurés nés avant 32 SA : 50.0% dont 25.0% d'allaitement exclusif chez les prématurés extrêmes (< 28SA) et 56.8% dont 40.9% d'exclusif chez les grands prématurés (28-32 SA) dans notre étude, versus 47% avec 25% d'exclusif dans Épipage-2 (9).

Ces résultats peuvent s'expliquer en partie par le soutien particulier à l'allaitement maternel mené dans le service de néonatalogie de l'HCE en 2021, du fait de la participation à l'étude Alaïs, analysant l'impact d'un accompagnement de l'allaitement des nouveau-nés prématurés par des mères expérimentées.

Cet essai randomisé en cluster multicentrique de niveau européen, compare l'allaitement des couples mère-enfant(s) ayant bénéficié du soutien habituel apporté par les conseillères en lactation et les équipes soignantes mais aussi le relai par les puéricultrices et les associations de mères allaitantes en sortie d'hospitalisation, à celui des couples mère-enfant(s) bénéficiant en plus du soutien classique, de l'accompagnement d'une mère ayant eu un nouveau-né prématuré hospitalisé en néonatalogie et une expérience positive de l'allaitement. Le recrutement a démarré en 2019 et devait inclure 2 400 dyades mère-enfant(s), avec un suivi des prématurés de moins de 35 SA jusqu'à 6 mois d'AC.

L'accompagnement par une mère expérimentée n'a pas été évalué dans le soutien à l'allaitement chez les mères d'enfants prématurés et les résultats devraient être publiés dans les années à venir mais il a été démontré qu'il s'agit d'un complément très efficace au soutien des professionnels chez les enfants nés à terme et cela apparaît dans les recommandations de l'OMS.

Un autre élément pouvant participer à la hausse du taux d'allaitement dans notre étude par rapport à la cohorte nationale, est la mise en place en juillet 2020 d'un protocole de service d'alimentation entérale discontinuée par les parents. Pour ce fait, les enfants sous sonde entérale sont, dans la mesure du possible (fonction de la disponibilité parentale), non pas nourris au pousse seringue électrique mais par le parent qui pousse lui-même la seringue de lait en ayant l'enfant en soutien postural. Ainsi, durant l'année 2021, cette façon d'alimenter les enfants était pratiquée depuis 6 mois.

Or, selon l'étude Épipage-2, la participation des parents à l'alimentation de leur enfant durant la 1^{ère} semaine de vie augmente le taux d'allaitement maternel, avec un OR à 3.18 (1.94-5.21) (9).

Évolution de la prévalence de l'allaitement jusqu'à 12 mois d'AC

Les résultats de l'étude infirment la seconde partie de l'hypothèse initiale puisque la prévalence de l'allaitement maternel n'a pas chuté de façon drastique dans le mois suivant la sortie d'hospitalisation (50.0 % des nouveau-nés encore allaités à la consultation 15 jours à 1 mois après la sortie) mais plutôt entre un mois après la sortie et quatre mois d'AC avec plus de 50% de sevrage (23.6 % d'enfants allaités à 4 mois d'AC).

Ce postulat initial reposait sur la correspondance connue entre retour à domicile et sevrage d'allaitement maternel. Tout parent au retour à domicile doit faire face à la conjonction du poids de responsabilités inédites, de la perturbation des rythmes de vie, et de la méconnaissance pratique des besoins de l'enfant, engendrant ainsi une situation de stress et entamant la confiance en leurs propres compétences (11).

Mais la sortie d'un nouveau-né après une hospitalisation prolongée semble particulièrement complexe puisqu'elle constitue une rupture avec l'accompagnement continu proposée dans le service (12), à une période où la phase critique de développement pour le nourrisson est derrière le couple mère-enfant(s), donc une période pourvoyeuse de relâchement des efforts maternels concentrés depuis la naissance pour soutenir une lactation semée d'obstacles (9).

Et pour preuve de ce parcours difficile, il suffit d'observer la différence d'allaitement entre taux d'initiation de la lactation en unités néonatales et taux d'allaitement en sortie d'hospitalisation, d'après la cohorte Épipage-2 : respectivement 68% versus 47% chez les enfants nés avant 32 SA et 72% versus 59% chez ceux nés entre 32 et 34 SA (9).

Et pourtant, la baisse relative du taux d'allaitement maternel durant le mois suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés dans notre étude est largement inférieure à celle observée dans les cohortes nationales d'enfants nés après 33 SA : 6.1% (56.1% en sortie de néonatalogie versus 50.0% à 1 mois du retour à domicile) contre 15.9% dans l'étude Elfe (69.7% en sortie d'UME versus 53.8% à 1 mois (7)) et 14.7% dans l'étude Épipage (69.1% en sortie d'UME versus 54.4% à 1 mois (6)).

De plus, étant donné que l'enfant grand prématuré reste hospitalisé en moyenne jusqu'au terme théorique (12), nous pouvons comparer directement la tendance d'évolution de la prévalence de l'allaitement maternel dans le temps chez les prématurés de l'étude (figure II) à celle de la cohorte nationale Elfe (annexe 3), sans attendre de parler en âge corrigé pour les prématurés. Ainsi, le taux d'allaitement maternel suit une décroissance linéaire avec le temps dans la population de prématurés, avec cassure de la courbe entre un mois après la sortie et quatre mois d'AC, tandis que cette décroissance est inversement exponentielle au temps chez les nouveau-nés issus de l'étude Elfe (7).

Une hypothèse qui pourrait expliquer ce résultat nous a été inspirée de cette même étude. En effet, on observe un décrochage de la prévalence de l'allaitement prédominant à un mois et demi dans l'étude Elfe qui pourrait correspondre à une anticipation de la reprise du travail (7). Cette hypothèse serait cohérente avec l'évolution observée dans notre étude avec un décrochage retardée, du fait d'une reprise de travail plus tardive.

Et pour cause, en cas d'accouchement prématuré, le congé prénatal est écourté et le congé postnatal est rallongé d'autant (13). De plus, une période de repos supplémentaire est prévue si l'enfant naît plus de six semaines avant la date prévue et si son hospitalisation est obligatoire, d'une durée égale au nombre de jours compris entre la date effective de l'accouchement et la date de début du congé prénatal initialement prévue (13). Enfin, les mères peuvent prolonger leur présence au côté de leur enfant, ce qui est vivement recommandé en cas de vulnérabilité néonatale, soit par prolongation du congé postnatal en congé parental si elles sont salariées dans le secteur privé (13), soit par sollicitation d'aides financières auprès de la Caisse d'Allocation Familiale telles que l'Allocation Journalière de Présence Parentale, dont l'hospitalisation d'un enfant prématuré fait partie des critères d'attribution (14).

Concernant la population de prématurés, il existe peu d'études sur la durée de l'allaitement après la sortie de l'unité de soins intensifs néonataux, en dehors de la cohorte Epice (2011-2012), incluant des naissances de moins de 32 SA dans 11 pays européens (dont la France en régions Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Bourgogne pour lesquelles les données ont été recueillies à partir de la cohorte Épipage-2), afin d'étudier la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois. L'échantillon d'étude comprenait 3 217 nourrissons ayant déjà été allaité (10). Parmi ces grands prématurés qui ont été allaités après la naissance, 80.0% étaient allaités en sortie d'hospitalisation (38.4% d'exclusif et 41.5% de mixte), et 34.4 % l'étaient encore à l'âge réel de 6 mois (de 25.0 % à 52.5 % selon les pays) (10).

Ainsi, il est classique d'affirmer que les enfants nés prématurément sont allaités moins longtemps que les enfants nés à terme lorsque l'on considère leur âge corrigé (9). Cependant si l'analyse de la durée d'allaitement est rapportée en âge réel, les mères d'enfants nés prématurément allaitent en moyenne plus longtemps que les mères d'enfants nés à terme (9).

Et pour preuve, dans les trois régions de l'étude Epipage-2 (Île-de-France, Nord-Pas-de-Calais et Bourgogne), incluses dans l'étude Epice, le taux d'allaitement à 6 mois d'âge chronologique chez les enfants nés prématurément avant 32 SA était de 36% (avec un taux d'allaitement à la sortie dans ces trois régions de 50%) ; tandis que dans la cohorte française Elfe, ayant inclus des enfants à terme, le taux d'allaitement à 6 mois était de 19% (9).

Cela souligne à la fois les efforts et la motivation accrue de ces mères pour mettre en place et maintenir un allaitement dans le contexte de la prématurité malgré toutes les difficultés énoncées précédemment, mais est aussi le fruit d'un accompagnement approfondie de la lactation proposée par des professionnels formés (9) : information anténatale sur l'allaitement donnée aux mères hospitalisées pour MAP avant 32SA,

expression du colostrum dans les six premières heures de vie de l'enfant, programme de soin NIDCAP respectueux des rythmes du nourrisson, promotion du peau-à-peau, de la succion non nutritive et du soutien moteur favorisant l'implication des parents dans l'alimentation de leur enfant, pièce dédiée à l'expression de lait et mise à disposition de tire-laits, surveillance de la lactation avec transmission ciblée sur le plan de soin des infirmiers puériculteurs, mise en place de la fleur de lait observant ainsi la progression de la mise au sein...

Dans ce cadre, les mères sont plus réceptives à tout facteur protecteur pour leur enfant, mais aussi plus sujette à l'exposition à des messages positifs ainsi qu'à un niveau plus élevé de soutien en unité de soins intensifs (15).

Caractéristiques associées à l'allaitement chez les nouveau-nés prématurés

Cela étant dit, les chiffres de l'allaitement maternel demeurent faibles et une politique efficace de promotion de l'allaitement nécessite de connaître les facteurs influençant la durée d'allaitement.

La plupart des études sur l'allaitement des grands prématurés se sont concentrées sur l'initiation à l'allaitement ou en sortie d'hospitalisation (Bonet et al., 2011 ; Zachariassen et al., 2010 ; Lee & Gould, 2009; Sisk, Lovelady, Dillard, Gruber, & O'Shea, 2009).

Ces études ont montré que le jeune âge maternel et le faible statut économique et social, les enfants multiples et les nourrissons ayant un faible AG, un RCIU, et des morbidités néonatales graves réduisaient la probabilité d'allaitement (10).

L'étude de la cohorte Epice a retrouvé certaines de ces associations sur la poursuite de l'allaitement après la sortie d'hospitalisation : le jeune âge maternel (< 25 ans) (aRR: 0,68 [0,53, 0,88]), le faible niveau d'éducation (aRR: 0,58 [0,45, 0,76]), et les naissances multiples (aRR: 0,69 [0,58–0,81]) réduisaient la probabilité de poursuite à six mois (10).

Effectivement, en accord avec notre étude et bien que l'allaitement soit une solution économique par rapport aux préparations infantiles (7), le fait d'être défavorablement exposé à l'un ou l'autre des facteurs socioéconomiques (niveau d'éducation maternel inférieur, allocations de chômage, aide sociale et revenu dans le quartile inférieur du revenu disponible équivalent dans le ménage) était significativement associé à

un sevrage plus précoce jusqu'à l'âge postnatal de six mois du nourrisson (OR respectifs de : 3.94 [1.69–9.19], 2.23 [1.13–4.37], 4.80 [1.76–13.05], 2.21 [1.18–4.14]) (16).

En spéculant sur les raisons sous-jacentes de cette association, il a été suggéré que les groupes défavorisés sur le plan socio-économique disposent de moins de ressources personnelles pour faire face aux situations difficiles de la vie, ce qui se traduirait par un stress négatif plus important face à l'allaitement difficile d'un prématuré. (16).

Cependant, des études manquent pour évaluer la relation avec l'allaitement maternel du prématuré, de l'IMC d'avant grossesse et de la consommation addictive.

En effet, des associations à une moindre durée d'allaitement en cas d'IMC subnormale (RR de sevrage précoce des mères en surpoids : 1,42 avec p-value 0,04 et des mères en obésité : 1,43 avec p-value 0,02 (17)) ou de tabagisme actif pendant la grossesse (aOR de sevrage à 3 mois: 1,5 [1,34-1,68](18)) ont déjà été décrites chez les nouveau-nés à terme, en lien avec le rapport corporel.

En effet, il a été spéculé pour expliquer ce surrisque de sevrage en cas d'IMC obèse, une détérioration de l'image corporel, une lactogénèse retardée du fait d'une moindre sécrétion de prolactine et des difficultés mécaniques lié au volume mammaire (17)(19).

En ce qui concerne le tabagisme actif, on peut supposer une relation d'indépendance du corps retrouvée après la grossesse, mais aussi des hypothèses physiopathologiques (baisse de lactation par la nicotine réduisant la sécrétion de prolactine ; faible concentration de graisse dans le lait de mères fumeuses exacerbant ainsi le déficit énergétique et conduisant souvent à une supplémentation) (18) et des explications socio-économiques suggérant que le tabagisme agit comme un indicateur de différences sous-jacentes dans les conditions sociales, culturelles, économiques et psychologiques (20).

En corrélation avec notre étude, la cohorte Epice a également observé que l'atteinte pulmonaire affecte la poursuite de l'allaitement, contrairement à d'autres morbidités néonatales même sévères tels que l'ECUN. Effectivement, la BDP, se définissant par la nécessité de support ventilatoire à 28 jours puis à 36 SA d'AC, réduit la probabilité de poursuite à six mois (aRR : 0,83 [0.73-0.94]), en affectant la coordination de la respiration entre la succion et la déglutition, mais aussi l'endurance et la performance alimentaire (Mizuno et al., 2007). Les ré-hospitalisations au cours de la première année de vie sont également plus de deux fois plus fréquentes chez les nourrissons atteints de DBP que chez les autres grands prématurés, ce qui peut nuire à la poursuite de l'allaitement (Smith et al., 2004) (10).

Nos résultats sont donc en adéquations avec les études comparatives multicentriques quant aux associations de certaines caractéristiques maternelles et néonatales. Seule le type de grossesse est en discordance avec la littérature.

Malgré tout, les caractéristiques individuelles (maternelles et néonatales) associées à l'allaitement à la sortie dans cette population vulnérable ont largement été étudiées et n'expliquent que partiellement la variabilité des taux d'allaitement. Les déterminants de l'allaitement sont multiples et les facteurs organisationnels des unités néonatales sont rarement explorés en tant que déterminants à part entière. L'étude Epipage-2 a donc étudié les données de 137 unités néonatales (66 niveaux 3 et 71 niveaux 2b) (9).

Ainsi, les politiques de soutien à l'allaitement ont également une incidence sur les taux d'allaitement en sortie d'hospitalisation chez les grands prématurés (aOR : 2,45 [1,37-4,41]) dont le peau-à-peau précoce (aOR : 1,76 [1,09-2,85]) et la participation parentale à l'alimentation de leur enfant (aOR : 3,18 [1,94-5,21]) (9), mais aussi la présence de professionnels formés en lactation et l'accréditation IHAB (Bonet et al., 2015 ; Rodrigues, Severo, Zeitlin, & Barros, 2017 ; Santoro Junior & Martinez, 2007 ; Wilson et al., 2017) (10).

En conclusion, soutenir l'allaitement est un processus multifactoriel où s'intriquent tout au long de l'hospitalisation mais aussi au retour à domicile, plusieurs politiques de soutien liées les unes aux autres. Ceci témoigne de la complexité et de l'importance d'une vision globale de l'accompagnement à l'allaitement (21).

Propositions et perspectives

Dans l'idéal, cette étude aurait dû être réalisée de manière prospective en semi-qualitatif, avec entretien maternel, afin de déterminer les réelles difficultés ressenties par les mères en cas sevrage, et au contraire les politiques de soutien qui ont facilité leur poursuite de l'allaitement en l'absence d'abandon. En effet, ici nous n'avons pu étudier que les caractéristiques socio-démographiques et médicales associées à l'allaitement maternel et n'avons pu que spéculer sur l'impact des facteurs organisationnels sur l'allaitement que ce soit pendant l'hospitalisation ou au retour à domicile, à partir des données de la littérature. Nous avons notamment évoqué l'étude en cours depuis 2019 nommée Alaïs qui pourrait améliorer la pratique de l'allaitement chez les nouveau-nés prématurés. Nous proposons donc de reconduire cette étude, sur une population de prématurés nés avant 33 SA au CHUGA et inclus dans le réseau Naître et Devenir, avant 2019 donc n'ayant pas bénéficié de l'accompagnement par des mères expérimentés, pour les comparer à nos résultats et évaluer l'impact de cette étude Alaïs.

Enfin, cette étude nous a conduit à la réflexion autour de la place de la sage-femme libérale dans son rôle Prado. En effet, passé 28 jours de vie, le nouveau-né sort de son champ de compétences, elle ne peut donc pas venir assister ces enfants après leur sortie. De plus, l'accompagnement de l'allaitement ne figure pas parmi les indications pour un passage à domicile des puéricultrices ou des sage-femmes du service d'Hospitalisation À Domicile. Le seul relais à domicile qui peut être proposé est effectué par les puéricultrices de Protection Maternelle et Infantile, dont on peut en imaginer les limites, à savoir un manque d'effectif pour le secteur concerné.

Conclusion

En connaissance des bénéfices de l'allaitement maternel tant sur le plan nutritionnel, immunologique et cognitif des prématurés, et malgré les obstacles à surmonter pour initier et entretenir une lactation dans ce contexte comparativement aux enfants nés à terme et en bonne santé, notre étude constitue un message encourageant pour les parents et les équipes soignantes : une fois l'allaitement maternel initié avec succès, ces nouveau-nés vulnérables ne sont pas plus susceptibles d'arrêter l'allaitement.

Effectivement, cette étude a observé une diminution plus progressive de la prévalence de l'allaitement maternel dans le temps chez les grands prématurés par rapport aux études menées sur des enfants à terme et laisse à penser à une meilleure poursuite de l'allaitement sur la première année chez les nouveau-nés prématurés.

Néanmoins, la proportion d'enfants allaités pourrait encore s'améliorer en jouant sur les multiples facteurs intervenant dans le processus d'allaitement.

Références bibliographiques

1. Pauchet- Traversat AF. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2002. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272220/fr/allaitement-maternel-mise-en-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-l-enfant
2. Vincent M. Indications prioritaires du lait de lactarium issu de don anonyme [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2021. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3266755/fr/indications-priorisees-du-lait-de-lactarium-issu-de-don-anonyme
3. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [Internet]. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. 2011. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/les-naissances-en-2010-et-leur-evolution-depuis-2003>
4. Blondel B, Gonzalez L, Raynaud P, Coulm B, Bonnet C, Vanhaesebrouck A, et al. Enquête nationale périnatale 2016. Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 2017. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/rapports/enquete-nationale-perinatale-2016-les-naissances-et-les-etablissements>
5. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, Demiguel V, Lebreton E, Deroyon T. Enquête nationale périnatale 2021. Situation et évolution depuis 2016 [Internet]. 2022. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
6. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1 déc 2012;25(6):364-72.
7. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *BEH*. 22 sept 2015;(29):11.
8. Courtois É, Thibault P. Impact de l'hospitalisation d'un nourrisson sur la poursuite de l'allaitement maternel : enquête mères/soignants. *Recherche en soins infirmiers*. 2010;102(3):50-8.
9. Mitha A, Kaminski M, Pierrat V. Allaitement à la sortie d'hospitalisation des enfants nés prématurément et politiques des unités néonatales : données de la cohorte nationale française Epipage-2. *BEH*. 27 oct 2020;(28):562-70.
10. Bonnet C, Blondel B, Piedvache A, Wilson E, Bonamy AKE, Gortner L, et al. Low breastfeeding continuation to 6 months for very preterm infants: A European multiregional cohort study. *Maternal & Child Nutrition*. 2019;15(1):e12657.
11. Hertling-Schaal E. De la maternité au retour à domicile : une maïeutique des petits maux transitionnels. *Spirale*. 2013;66(2):71-8.
12. Granier M. Accompagnement des nouveau-nés prématurés et de leurs parents à la sortie de néonatalogie. *Contraste*. 2015;41(1):123-38.

13. Direction de l'information légale et administrative (Première ministre). Congé maternité d'une salariée du secteur privé [Internet]. Service-Publique. 2023. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2265/personnalisation/resultat>
14. Allocation journalière de présence parentale [Internet]. Caisse d'Allocation Familiale. Disponible sur: <https://www.caf.fr/allocataires/aides-et-demarches/droits-et-prestations/handicap/l-allocation-journaliere-de-presence-parentale-ajpp>
15. Vessière-Varigny M, Garlantézec R, Gremmo-Feger G, Collet M, Sizun J. Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire. *Archives de Pédiatrie*. 12 juin 2010;17(10):1416-24.
16. Flacking R, Wallin L, Ewald U. Perinatal and socioeconomic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatrica*. 2007;96(8):1126-30.
17. Jevitt C, Hernandez I, Groër M. Lactation Complicated by Overweight and Obesity: Supporting the Mother and Newborn. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2007;52(6):606-13.
18. Horta BL, Kramer MS, Platt RW. Maternal Smoking and the Risk of Early Weaning: A Meta-Analysis. *American Journal of Public Health*. févr 2001;91(2):304-7.
19. Keely A, Lawton J, Swanson V, Denison FC. Barriers to breast-feeding in obese women: A qualitative exploration. *Midwifery*. 1 mai 2015;31(5):532-9.
20. Di Napoli A, Di Lallo D, Pezzotti P, Forastiere F, Porta D. Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica*. 2006;95(6):678-85.
21. Rollins NC, Bhandari N, Hajeebhoy N, Horton S, Lutter CK, Martines JC, et al. Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*. 30 janv 2016;387(10017):491-504.

Annexe 1 : Taux d'allaitement maternel dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 SA, selon les caractéristiques maternelles

<u>Caractéristiques maternelles *</u>	<u>Sortie (*) (72)</u> n (%) AM n (%) d'excl	<u>15j/1m (55)</u> n (%) AM n (%) d'excl	<u>4m AC (*) (48)</u> n (%) AM n (%) d'excl	<u>9m AC (52)</u> n (%) AM n (%) d'excl	<u>12m AC (33)</u> n (%) AM n (%) d'excl
Âge (années) :					
< 30 (n= 27)	14 (53,8) 10 (38,5)	10 (55,6) 7 (38,9)	4 (20,0) 3 (15,0)	2 (11,1) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
≥ 30 (n= 45)	32 (61,4) 18 (40,9)	18 (48,6) 12 (32,4)	7 (25,9) 2 (7,4)	6 (17,6) 2 (5,8)	1 (5,3) 0 (0)
Parité (enfants) :					
1 (n=36)	24 (66,7) 19 (52,8)	14 (51,9) 12 (44,4)	5 (16,1) 3 (9,7)	2 (7,1) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
2 ou plus (n=36)	17 (50,0) 9 (26,5)	14 (50,0) 7 (25,0)	6 (37,5) 2 (12,5)	6 (25,0) 2 (8,3)	1 (7,7) 0 (0)
CSP :					
Défavorisée (n=18)	8 (50,0) 4 (25,0)	6 (42,9) 3 (21,4)	2 (18,2) 2 (18,2)	1 (9,1) 1 (9,1)	1 (20,0) 0 (0)
Moyenne (n=26)	18 (69,2) 12 (46,2)	10 (52,6) 7 (36,8)	5 (26,3) 3 (15,8)	3 (13,6) 1 (4,5)	0 (0) 0 (0)
Favorisée (n=5)	3 (60,0) 3 (60,0)	2 (66,7) 2 (66,7)	0 (0) 0 (0)	1 (33,3) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
IMC (kg/m²) :					
<18,5 (n=6)	4 (66,7) 2 (33,3)	3 (75,0) 2 (50,0)	1 (33,3) 1 (33,3)	1 (20,0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
18,5 ≤ IMC ≤ 24,9 (n=27)	20 (65,4) 10 (38,5)	13 (68,4) 9 (47,4)	6 (33,3) 3 (16,7)	4 (22,2) 1 (5,6)	1 (7,7) 0 (0)
25 ≤ IMC ≤ 29,9 (n=12)	6 (54,5) 6 (54,5)	4 (44,4) 2 (22,2)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
≥ 30 (n=11)	6 (54,5) 4 (36,4)	4 (36,4) 3 (27,3)	1 (12,5) 0 (0)	1 (11,1) 1 (11,1)	0 (0) 0 (0)
Addictions :					
Oui (n=11)	4 (36,4) 3 (27,3)	3 (37,5) 2 (25,0)	1 (14,3) 1 (14,3)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
Non (n=39)	23 (60,5) 14 (36,8)	16 (53,3) 10 (33,3)	6 (22,2) 3 (11,1)	5 (16,1) 2 (6,5)	1 (5,0) 0 (0)
Grossesse :					
Unique (n=57)	33 (58,9) 25 (44,6)	23 (52,3) 16 (36,4)	9 (23,7) 4 (10,5)	4 (10,5) 1 (2,6)	0 (0) 0 (0)
Multiple (n= 15)	8 (57,1) 3 (21,4)	5 (45,5) 3 (27,3)	2 (22,2) 1 (11,1)	4 (28,6) 1 (7,1)	1 (20,0) 0 (0)
Accouchement :					
Voie basse (n=28)	16 (59,3) 11 (40,7)	15 (68,2) 8 (36,4)	3 (18,8) 1 (6,3)	3 (13,6) 1 (4,5)	0 (0) 0 (0)
Césarienne (n=44)	25 (58,1) 17 (39,5)	13 (39,4) 11 (33,3)	8 (25,8) 4 (12,9)	5 (16,7) 1 (3,3)	1 (4,5) 0 (0)

Vécu retour à domicile :					
Bon (n=32)	19 (61,3) 16 (51,6)	18 (56,3) 14 (43,8)	7 (33,3) 4 (19,0)	3 (13,6) 1 (4,5)	1 (6,3) 0 (0)
Difficile (n=21)	12 (60,0) 7 (35,0)	9 (42,9) 5 (23,8)	0 (0) 0 (0)	2 (11,8) 1 (5,9)	0 (0) 0 (0)
Mode de garde :					
Famille (n=33)	17 (54,8) 9 (29,0)	10 (40,0) 7 (28,0)	4 (20,0) 3 (15,0)	6 (18,2) 2 (6,1)	1 (5,9) 0 (0)
Assistante maternelle (n=13)	10 (76,9) 7 (53,8)	7 (70,0) 6 (60,0)	2 (20,0) 1 (10,0)	1 (7,7) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
Collectivité (n=4)	4 (100,0) 4 (100,0)	4 (100,0) 2 (50,0)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)

Légende : n = effectif, % = pourcentage, AM = allaitement maternel, excl = allaitement maternel exclusif, CSP = catégorie socio-professionnelle, IMC = indice de masse corporelle

* Valeurs non renseignées pour la CSP (n=23), l'IMC d'avant grossesse (n=16), la consommation addictive (n=22), le vécu du retour à domicile (n=2), et le mode de garde (n=2)

(*) Alimentation non renseignée en sortie d'hospitalisation (n=2) et à 4 mois d'AC (n=1)

Annexe 2 : Taux d'allaitement maternel dans l'année suivant la sortie d'hospitalisation des prématurés de moins de 33 SA, selon les caractéristiques néonatales

<u>Caractéristiques néonatales *</u>	<u>Sortie (*) (84)</u> n (%) AM n (%) d'excl	<u>15j/1m (64)</u> n (%) AM n (%) d'excl	<u>4m AC (*) (56)</u> n (%) d'AM n (%) d'excl	<u>9m AC (62)</u> n (%) d'AM n (%) d'excl	<u>12m AC (38)</u> n (%) d'AM n (%) d'excl
AG de naissance :					
≤ 27 + 6 SA (n=17)	8 (50,0) 4 (25,0)	6 (40,0) 5 (33,3)	1 (12,5) 1 (12,5)	2 (14,3) 1 (7,1)	0 (0) 0 (0)
28 ≤ AG ≤ 31 +6 (n=45)	25 (56,8) 18 (40,9)	17 (53,1) 8 (25,0)	8 (24,2) 2 (6,1)	4 (12,9) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
≥ 32 SA (n=22)	13 (59,1) 8 (36,4)	9 (52,9) 7 (41,2)	4 (28,6) 3 (21,4)	5 (29,4) 1 (5,9)	2 (22,2) 0 (0)
Poids de naissance :					
≤ 1000 g (n=20)	9 (47,4) 5 (26,3)	7 (41,2) 6 (35,3)	2 (18,2) 1 (9,1)	2 (13,3) 1 (6,7)	0 (0) 0 (0)
1000 < PN ≤ 1500 (n=37)	22 (61,1) 13 (36,1)	14 (56,0) 8 (32,0)	8 (29,6) 3 (11,1)	4 (14,3) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
> 1500 g (n=27)	15 (55,5) 12 (44,4)	11 (50,0) 6 (27,3)	3 (17,6) 2 (11,8)	5 (26,3) 1 (5,3)	2 (16,7) 0 (0)
Apgar à 5 minutes :					
≤ 7 (n=16)	8 (53,3) 5 (33,3)	6 (40,0) 4 (26,7)	3 (33,3) 1 (11,1)	1 (9,1) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
8-9 (n=40)	22 (56,4) 12 (30,8)	13 (48,1) 7 (25,9)	6 (25,0) 3 (12,5)	8 (26,7) 1 (3,3)	1 (5,3) 0 (0)
10 (n=28)	15 (53,6) 13 (46,4)	13 (59,1) 9 (40,9)	4 (18,2) 2 (9,1)	2 (9,5) 1 (4,8)	1 (7,1) 0 (0)
Durée hospitalisation :					
≤ 60 j (n=50)	28 (56,0) 21 (42,0)	20 (52,6) 12 (31,6)	5 (15,6) 3 (9,4)	8 (20,5) 1 (2,6)	2 (9,1) 0 (0)
> 60 et ≤ 90 j (n=18)	10 (58,8) 5 (29,4)	6 (60,0) 3 (30,0)	6 (40,0) 2 (13,3)	1 (10,0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
> 90 j (n=16)	8 (53,3) 4 (26,7)	6 (37,5) 5 (31,3)	2 (25,0) 1 (12,5)	2 (15,4) 1 (7,7)	0 (0) 0 (0)
Pathologies respi. :					
Oui (n=72)	35 (50,0) 24 (34,3)	25 (46,3) 15 (27,8)	11 (22,9) 5 (10,4)	8 (15,7) 2 (3,9)	2 (6,1) 0 (0)
Non (n=12)	11 (91,7) 6 (50,0)	7 (70,0) 5 (50,0)	2 (28,6) 1 (14,3)	3 (27,3) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
AC autonomie respi. :					
≤ 35 SA (n=25)	12 (48,0) 7 (28,0)	8 (50,0) 5 (31,3)	4 (28,6) 2 (14,3)	4 (23,5) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
> 35 SA (n=15)	7 (46,7) 6 (40,0)	6 (50,0) 4 (33,3)	3 (23,1) 1 (7,7)	0 (0) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
Pathologies dig. :					
Oui (n=6)	2 (33,3) 1 (16,7)	3 (60,0) 2 (40,0)	0 (0) 0 (0)	2 (50,0) 1 (25,0)	0 (0) 0 (0)
Non (n=78)	44 (57,9) 29 (38,2)	29 (49,2) 18 (30,5)	13 (25,0) 6 (11,5)	9 (15,5) 1 (1,7)	2 (5,9) 0 (0)

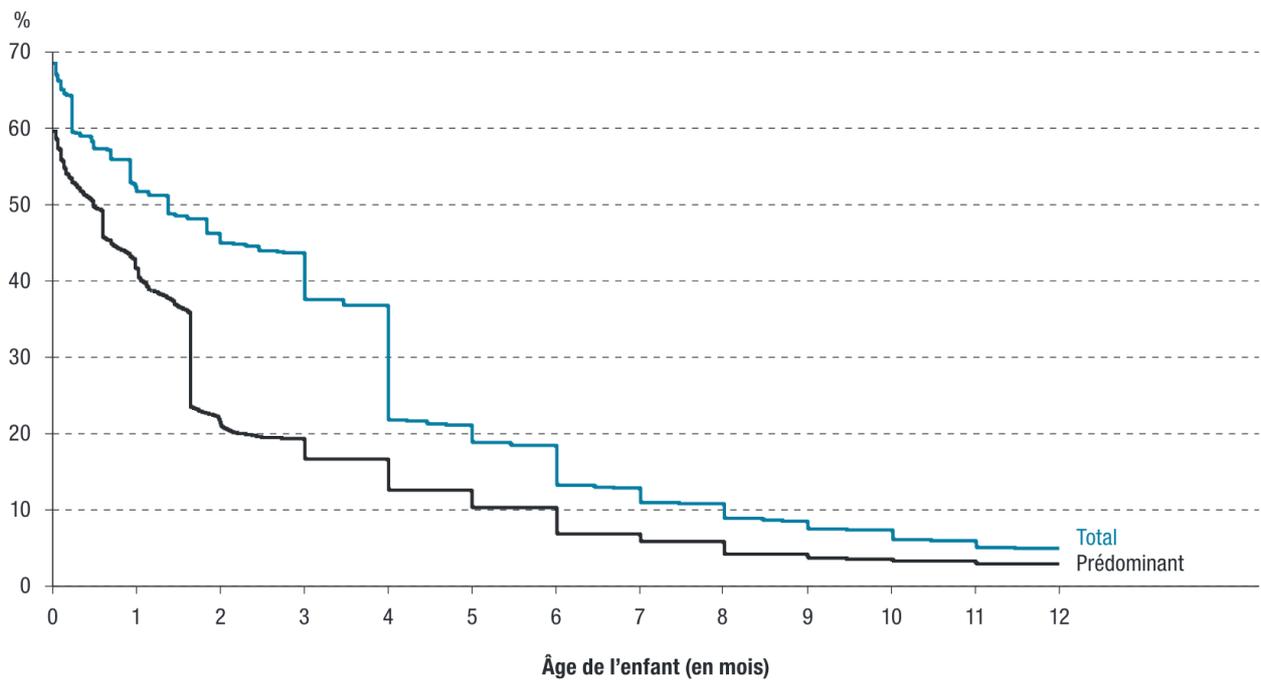
AC autonomie alim :					
≤ 37 SA (n=25)	14 (56,0) 9 (36,0)	11 (47,8) 7 (30,4)	4 (22,2) 3 (16,7)	3 (16,6) 1 (5,6)	2 (18,2) 0 (0)
> 37 SA (n=12)	9 (75,0) 6 (50,0)	7 (77,8) 6 (66,7)	4 (40,0) 1 (10,0)	3 (37,5) 1 (12,5)	0 (0) 0 (0)
Pathologies neuro. :					
Oui (n=10)	4 (40,0) 3 (30,0)	1 (16,7) 1 (16,7)	1 (25,0) 0 (0)	3 (42,9) 0 (0)	0 (0) 0 (0)
Non (n=74)	42 (58,3) 27 (37,5)	31 (53,4) 19 (32,8)	12 (23,5) 6 (11,8)	8 (14,5) 2 (3,6)	2 (5,6) 0 (0)

Légende : n = effectif, % = pourcentage, AM = allaitement maternel, excl = allaitement maternel exclusif, AG = âge gestationnel, PN = poids de naissance, AC = âge corrigé respi = respiratoire(s), dig = digestives, alim = alimentaire, neuro = neurologiques

* Valeurs non renseignées pour l'AC d'autonomie respiratoire (n=44) et alimentaire (n=47)

(*) Alimentation non renseignée en sortie d'hospitalisation (n=2) et à 4 mois d'AC (n=1)

Annexe 3 : Prévalence de l'allaitement de la naissance à 12 mois, Étude Elfe 2011, France (n= 17 462)



— Total : le nourrisson a reçu du lait maternel, quels que soient les aliments ou boissons associés
— Prédominant : le seul lait reçu par le nourrisson est du lait maternel.

POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN SORTIE D'HOSPITALISATION DES PRÉMATURÉS DE MOINS DE 33 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE : ÉTUDE RÉTROSPECTIVE SUR L'ANNÉE 2021 À PARTIR DU RÉSEAU « NAITRE ET DEVENIR »

Résumé

OBJECTIFS : Évaluer la prévalence de l'allaitement maternel (exclusif + mixte) dans une population de prématurés de moins de 33 semaines d'aménorrhée sur l'année suivant leur sortie d'hospitalisation. Identifier les facteurs pouvant influencer la poursuite de cet allaitement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES : Étude descriptive sur l'année 2021, à partir des comptes rendus d'hospitalisation et des consultations de suivi par le réseau « Naître et Devenir ».

RÉSULTATS : 84 prématurés inclus. Prévalence de l'allaitement estimé à 56.1 % en sortie d'hospitalisation, 50.0 % à 15 jours - un mois, 23.6 % à quatre mois d'âge corrigé, 17.7 % à neuf mois d'âge corrigé et 5.3% à 12 mois d'âge corrigé. Caractéristiques associées à de meilleurs taux d'allaitement : âge maternel supérieur à 30 ans, multiparité, catégorie socio-professionnelle favorisée, indice de masse corporel faible à normal, absence d'addiction ; grossesse multiple, faible prématurité néonatale et poids de naissance élevé ; absence de pathologie respiratoire, présence d'une atteinte digestive ou neurologique, autonomie respiratoire précoce et alimentaire tardive ; bon vécu du retour à domicile et mode de garde familial.

CONCLUSION : Diminution plus progressive de la prévalence de l'allaitement sur la première année dans la population étudiée par rapport aux études menées sur des enfants à terme donc meilleure poursuite probable chez les prématurés.

Mots Clefs : Allaitement maternel, prématurité, hospitalisation néonatale

CONTINUATION OF BREASTFEEDING AT DISCHARGE FROM HOSPITALIZATION OF PRETERM INFANTS UNDER THAN 33 WEEKS OF AMENORRHEA: RETROSPECTIVE STUDY ON THE YEAR 2021 FROM THE "NAITRE ET DEVENIR" NETWORK

Abstract

OBJECTIVES: To evaluate the breastfeeding's prevalence (exclusive + mixed) in a population of preterm infants under than 33 weeks of amenorrhea, during the year following their discharge from hospital. To identify the influencing factors of breastfeeding's continuation.

MATERIAL AND METHOD: Descriptive study on the year 2021, based on hospitalization reports and follow-up consultations by the "Naître et Devenir" network.

RESULTS: 84 infants included. Prevalence of breastfeeding estimated at 56.1% at discharge, 50.0% at 15 days - one month, 23.6% at four months of corrected age, 17.7% at nine months of corrected age and 5.3% at 12 months of corrected age. Characteristics associated with better breastfeeding rates: maternal age over 30 years, multiparity, higher socio-professional category, low to normal body mass index, and no addiction; multiple pregnancy, low neonatal prematurity and high birth weight; no respiratory pathology but presence of digestive or neurological impairment, early respiratory and late dietary autonomy; good experience of the return home and family childcare arrangements.

CONCLUSION: More gradual decrease of the breastfeeding's prevalence over the first year in the study population compared to studies on full-term infants, thus better continuation is likely in preterm infants.

Keywords: Breastfeeding, prematurity, neonatal hospitalization