

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET METHODE	3
RESULTATS	6
A. Caractéristiques des mères interrogées	6
B. Choix du mode d'alimentation	8
1. Choix du mode d'alimentation	8
2. Durée de l'allaitement maternel	8
3. Raisons ayant motivé le choix de ce mode d'alimentation	8
4. Influence de la prématureté sur le choix du mode d'alimentation	10
C. Le ressenti des mères	11
1. Ressenti général des mères concernant l'AM de leur(s) NN de J0 à J3	11
2. Les autres éléments et ressentis cités par les mères concernant leur AM de J0 à J3	15
3. Ressenti général des mères concernant l'AM de leur(s) NN à partir de J4	21
4. Autres éléments cités par les mères concernant l'AM de leur(s) NN prématûr(e)s à partir de J4	24
D. ETAT EMOTIONNEL	29
E. CONNAISSANCES DES MERES	30
F. DISCUSSION & ANALYSE	35
I. Limites et biais	35
II. La prématureté	35
1. Épidémiologie	35
2. État de santé des prématurés	37
III. Allaitement maternel	38
1. Epidémiologie	38
2. Bénéfices	39
IV. Le choix du mode d'alimentation	40

V. Empowerment	41
1. Dans les entretiens	41
2. Dans la littérature	43
3. Favoriser l'empowerment	44
VI. Lien mère-enfant, attachement	45
1. Dans les entretiens	45
2. Dans la littérature	46

2. Favoriser l'attachement	49
VII. Voie d'accouchement	50
1. Dans les entretiens	50
2. Dans la littérature	51
VIII. Le retard de stimulation de la lactation	52
2. Dans les entretiens	52
2. Dans la littérature	53
IX. Absence de soins médicaux pour la mère	53
X. Les difficultés logistiques	54
XI. Aspect psychologique	55
XII. Évolution du ressenti des mères pendant le séjour	56
XIII. Influence de l'âge gestationnel sur le ressenti des mères	57
XIV. Différences des ressentis entre les grossesses uniques et les grossesses gémellaires	59
XV. Connaissances des mères et désir d'informations	61
Connaissances des mères avant la naissance	61
1. Désir d'informations	62
CONCLUSION	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	66
GLOSSAIRE	67
SOMMAIRE DES ANNEXES	68

INTRODUCTION

Selon l'OMS, un enfant est prématuré s'il naît avant 37 SA mais toutes les naissances prématurées sont différentes. Elles sont réparties en 3 catégories : (1–3)

- Prématurité moyenne : les naissances survenant entre la 32^e et la 37^e SA, soit 84% de la totalité des naissances prématurées. La majorité de ces nouveau-nés survit grâce à des soins de soutien.
- Grande prématurité: les naissances survenant entre la 28^e et la 32^e SA. Ces enfants requièrent des soins de soutien additionnels. La plupart survivront.
- Extrême prématurité: les naissances survenant avant 28 SA. Ces nouveau-nés requièrent des soins intensifs et coûteux pour survivre. Dans les pays développés, ils ont 90% de chance de survie, mais parfois ils souffrent d'incapacités physiques, neurologiques et pédagogiques pour le reste de leur vie. Dans les pays à faible revenu, seulement 10% d'entre eux survivent.

La méthode kangourou se caractérise par un allaitement maternel (AM) exclusif et fréquent, le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né et le soutien du couple mère-enfant. Les études menées en milieu hospitalier ont constaté qu'elle réduirait la mortalité et la morbidité (3,4).

La plupart des naissances prématurées surviennent spontanément mais certaines sont induites pour raisons médicales (48%). Actuellement, rien ne peut prévoir avec précision le risque qu'a une femme d'accoucher prématurément (1).

Le lait maternel est l'aliment idéal pour tous les nouveau-nés et nourrissons. Ses bienfaits sont reconnus de façon unanime depuis longtemps. Tous les nutriments nécessaires au bon développement y sont présents et les bénéfices immédiats en cas de prématurité sont nombreux (5–11).

La succion au sein permet aux prématurés d'avoir une meilleure stabilité physiologique par rapport à l'utilisation du biberon. Ceci a été évalué sur la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'oxygénation et le nombre d'apnées (10).

Mais au-delà de ses bienfaits immédiats, l'allaitement maternel aide à rester en bonne santé tout au long de la vie (7).

Sur le terrain, la réalité est être plus compliquée. Le prématuré est hospitalisé en néonatalogie et deux équipes médicales de deux services différents, la maternité et la néonatalogie, doivent alors s'harmoniser. Apparaît un dilemme :

- Laisser la mère se reposer, la ménager, ce qui constituerait une perte de chance d'avoir un allaitement maternel efficace et en place rapidement, et pourrait nuire au nouveau-né ;
- Ou bien mettre en place tous les moyens possibles pour favoriser l'allaitement et la montée de lait avec le risque de culpabiliser et de contraindre la mère.

Les deux équipes essaient de faire au mieux pour ce couple vulnérable mais aucune étude ne s'est intéressée au point de vue des femmes concernées. La question de recherche de cette étude était donc : quels sont les ressentis et vécus des mères qui allaitent un enfant prématuré hospitalisé en service de néonatalogie ?

Les 2 objectifs principaux de l'étude étaient :

- Identifier et décrire le vécu des mères allaitant un nouveau-né prématuré hospitalisé en service de néonatalogie, leurs ressentis dans cette situation.
- Identifier les éventuelles difficultés rencontrées.

L'objectif secondaire était d'identifier les connaissances de ces mères sur l'allaitement maternel d'un enfant prématuré et les moyens mis en œuvre pour le favoriser.

MATÉRIELS ET METHODE

L'étude descriptive qualitative a été réalisée sur cinq mois, de juillet à novembre 2016.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Mères francophones
- Mères ayant eu une grossesse unique ou gémellaire
- Mères ayant accouché prématurément, c'est-à-dire avant 37 SA
- Mères ayant choisi l'allaitement maternel comme mode d'alimentation de leur enfant
- Mères ayant un enfant hospitalisé en service de néonatalogie

Les critères de non inclusion étaient les suivants :

- Mères dont l'enfant présente une malformation ou encore une anomalie génétique.

Au total, quatorze mères ont ainsi participé à l'étude sur la base du volontariat. La majorité a été recrutée dans les deux CHU de la ville de Marseille (sept à l'Hôpital Nord, deux à la Conception) et cinq à l'Hôpital Sainte Musse, maternité de niveau IIb.

L'information et le consentement se sont faits à l'oral, directement auprès de mères satisfaisant tous les critères.

La méthodologie choisie consiste à réaliser des entretiens individuels, semi-directifs, avec un guide, et enregistrés grâce à une application installée sur un téléphone portable.

L'entretien est l'outil privilégié pour recueillir le vécu et le ressenti d'une personne. Ces entretiens ont été menés sans limite de temps et se terminent quand la participante n'a plus rien à ajouter, ou qu'aucune nouvelle thématique ne ressort.

Ils se sont déroulés à partir du huitième jour après l'accouchement afin que la femme puisse avoir un minimum de recul sur la situation, et dans le lieu qu'elle a choisi, c'est-à-dire à chaque fois dans le service de néonatalogie auprès de leur nouveau-né. Leur laisser le choix du lieu permet d'instaurer l'ambiance la plus détendue possible. La conversation se fait alors naturellement dans une relation de confiance.

Le guide d'entretien [annexe I] utilisé est divisé en trois parties :

- La première partie est centrée sur le côté médical et permet d'établir le contexte.
- La deuxième partie est axée sur le vécu et le ressenti des mères concernant l'AM de leur NN prématuré. Il leur a d'abord été demandé de citer trois mots pour exprimer ce qu'elles ont ressenti pendant les trois premiers jours, puis d'en choisir à nouveau trois pour les jours suivants (à partir de J4). Ensuite, il leur a été demandé de citer les difficultés rencontrées ainsi que les éléments qui les ont aidées pendant ces deux périodes.
- La troisième et dernière partie concerne les connaissances des patientes au sujet de l'AM d'un NN prématuré.

Au cours des entretiens, aucune note n'a été prise afin de pouvoir établir une relation de confiance avec les mères. Le but était qu'elles puissent s'exprimer librement sans se sentir jugées ni évaluées.

Les entretiens sont restés totalement anonymes. Seuls ont été demandés les prénoms des enfants qui ont permis de nommer les entretiens :

- | | | |
|-----------------------|---|----|
| – La mère de Jules | = | A1 |
| – La mère de Nathan | = | A2 |
| – La mère d'Yléna | = | A3 |
| – La mère d'Alexandre | = | A4 |

- La mère de Youmna = A5
- La mère d'Antoine = A6
- La mère de Léa = A7
- La mère de Thalia = A8
- La mère de Jade = A9
- La mère de Chiara et Livia = A10
- La mère de Gaspard et Ellie = A11
- La mère d'Augustin et Mathilde = A12
- La mère de Zoé et Léna = A13
- La mère de Maxime et Théo = A14

Après réalisation des entretiens, ceux-ci ont été intégralement retranscrits et l'analyse a permis de faire ressortir différentes thématiques, rassemblées en fonction de la période de l'allaitement (de J0 à J3 ou bien à partir de J4). Il a aussi fallu analyser séparément les entretiens des femmes ayant eu un singleton de ceux des femmes qui ont eu des jumeaux.

RESULTATS

A. Caractéristiques des mères interrogées

Au total, quatorze mères ont été interrogées. Parmi elles, il y avait :

- Neuf mères ayant eu une grossesse unique et cinq une grossesse gémellaire
- Quatre mères qui ont eu une grossesse physiologique, et dix une grossesse pathologique
- Huit transferts dont six transferts in utero et deux transferts postnatals du nouveau-né seul : Jules (A1) et Antoine (A6)
- Huit mères qui avaient été hospitalisées en GRE
- Neuf mères qui s'étaient mises en travail spontanément
- Sept mères qui ont accouché par voie basse et six par césarienne en urgence (aucune par extraction instrumentale ni par césarienne programmée)
- Une mère qui avait accouché avant 28 SA ; deux entre 28 SA et 29 SA + 6 j ; trois entre 30 SA et 31 SA + 6 j ; sept entre 32 SA et 33 SA + 6 j ; et deux après 34 SA
- Onze mères qui avaient eu au moins un enfant qui a fait un séjour en service de réanimation néonatale

	Mères	Caractéristiques des mères interrogées											
		G	P	Grossesse				Accouchement				Séjour en service de réanimation néonatale	Expérience de l'AM
				Physio-logique	Pathologique	T	H en GRE	W spontané	VB simple	C en urgence	Terme (SA + j)		
<u>Grossesses Uniques</u>	A1	1	1	X		X		X	X		29 + 4	X (21 j)	0
	A2	2	1		MAP puis RPM		X (1 s)	X	X		33 + 1	X (3 j)	0
	A3	2	1	X		X		X		X	32 + 1		0
	A4	2	2		MAP			X	X		35 + 5		2 mois
	A5	1	1		RCIU+MAP + PE	X	X (1 s)			X	30	X (21 j)	0
	A6	4	4		RPM + ARCF	X				X	31 + 1	X (24 j)	2 mois et ½
	A7	2	2		RPM	X	X (9 s)	X		X	29 + 5	X (7 j)	0
	A8	3	3		MAP		X (12 s)	X	X		33 + 1	X (8 j)	1 an et 10 mois
	A9	1	1	X				X	X		26 + 5 j	X (27 j)	0
<u>Grossesses Gémellaires</u>	A10	1	2		RCIU + PE	X	X (6 s)			X	33 + 5	X (7 j les 2)	0
	A11	1	2		RCIU	X	X (2 j)			X	32	X (6 j)	0
	A12	2	3		MAP		X (2 s)	X	X		34 + 2		6 mois
	A13	2	3		MAP+ RCIU	X	X (1 s)			X	33	X (5 et 8 j)	0
	A14	1	1	X				X	X		30 + 3	X (9 j)	0

Tableau n°1 : Caractéristiques des mères interrogées

B. Choix du mode d'alimentation

1. Choix du mode d'alimentation

Toutes les mères interrogées déclarent avoir choisi le mode d'alimentation de leur enfant pendant la grossesse. Seule A6, la mère d'Antoine, n'avait pas encore pris sa décision au moment de l'accouchement. Elle dit avoir été « bouleversée » et « choquée » par les événements (prématurité, césarienne en urgence et transfert post-natal de son nouveau-né) et avoir choisi l'allaitement maternel seulement deux - trois jours après la naissance d'Antoine.

2. Durée de l'allaitement maternel

Concernant la durée prévue de l'allaitement, toutes les mères avaient choisi, avant l'accouchement, d'allaiter le plus longtemps possible, c'est-à-dire jusqu'à la reprise du travail. Seule A3 avait décidé d'allaiter deux à trois semaines.

La prématurité n'a pas modifié cette décision. A l'exception de A3, toutes les mères ont conservé comme idée d'allaiter jusqu'à la reprise du travail. Cependant, l'accouchement ayant eu lieu prématurément, le temps entre la naissance et la reprise du travail est plus long que prévu et la durée de l'allaitement maternel sera donc elle aussi allongée.

3. Raisons ayant motivé le choix de ce mode d'alimentation

Les mères ont choisi l'allaitement maternel comme mode d'alimentation de leur(s) enfant(s) pour plusieurs raisons. Ces dernières sont identiques, que la grossesse soit unique ou gémellaire.

Toutes les mères interrogées, à l'exception d'A5 et A10 (les mères de Youmna et de Chiara et Livia), ont invoqué une raison médicale : les bénéfices pour l'enfant.

Huit mères ont exprimé une envie spontanée d'essayer l'allaitement maternel ; cinq ont évoqué le contact privilégié avec leur(s) enfant(s), deux ont eu envie de renouveler l'expérience positive de leur précédent allaitement et deux ont abordé l'aspect culturel.

Mères		Raisons du choix de l'AM				
		Raisons médicales : <i>Bénéfices pour le NN</i>	Envie personnelle			Culturel
			<i>Renouveler l'expérience positive du précédent AM</i>	<i>Contact privilégié</i>	<i>Envie spontanée d'essayer</i>	
Grossesses	A1	X				
	A2	X			X	
	A3	X		X	X	
	A4	X			X	
	A5					X
	A6	X				X
	A7	X				
	A8	X	X			X
	A9	X		X	X	
Grossesses Gémellaires	A10				X	
	A11	X		X	X	
	A12	X	X	X		
	A13	X			X	
	A14	X			X	

Tableau n°2 : Raisons ayant motivé le choix du mode d'alimentation

Aspect culturel :

Pour A5 et A8, les mères de Youmna et Thalia,, il est tout à fait naturel d'allaiter. Même si elles ne peuvent pas encore faire de mise au sein, elles déclarent utiliser le tire-lait sans difficulté et sans se poser de question. Elles ont vu les femmes de leur entourage mettre au sein et tirer leur lait. Elles n'ont donc pas eu l'effet de de découverte et de bouleversement qu'ont dit avoir ressenti certaines mères.

La mère de Youmna dit même avoir découvert le choix entre l'allaitement maternel et l'allaitement artificiel en arrivant en France :

« dans mes origines, chez moi ça n'existe pas en fait de refuser d'allaiter. C'est pas normal, donc c'était naturel pour moi ça » (ligne 155-156) ; « Moi franchement j'ai découvert tout ça en France, le truc d'allaiter ou pas. J'ai découvert en France parce que chez moi, il y a pas ça. » (ligne 297-298).

La mère de Thalia explique que dans sa culture on parle même de la maladie de la vache :

« C'est la maladie de la vache quand on voit un enfant qui fait des trucs bizarres, on dit ta maman t'as pas donné le lait » (ligne 247-248) ; « Depuis toute petite tu entends ça et puis tes parents te parlent de l'allaitement maternel » (ligne 254-255)

4. Influence de la prématurité sur le choix du mode d'alimentation

Même si le choix a été fait pendant la grossesse, toutes les mères déclarent que la prématurité a eu une influence sur ce choix. Elles disent avoir été encore plus motivées pour allaiter.

A11, la mère de Gaspard et Ellie, a utilisé à plusieurs reprises les mots « *il faut* », mais insiste bien sur le fait qu'elle a vécu ça comme une motivation supplémentaire et non pas comme une obligation.

En revanche, A2, la mère de Nathan, a exprimé s'être sentie « *plus forcée* » d'allaiter mais en la questionnant d'avantage, ce sentiment n'a pas été provoqué par une personne extérieure. Elle dit :

« *C'est moi qui me suis sentie plus obligée de le faire* » (ligne 113)

A4, la mère d'Antoine, a choisi d'allaiter pour les bienfaits que le LM apporte à son enfant, surtout dans ce contexte de prématurité et parce que si ce n'était pas son lait à elle, il aurait eu le lait du lactarium donc d'une autre mère. Si Antoine n'avait pas été prématuré, elle n'est pas sûre qu'elle aurait allaité. La prématurité a donc été décisive dans le choix du mode d'alimentation.

C. Le ressenti des mères

1. Ressenti général des mères concernant l'AM de leur(s) NN de J0 à J3

Il a été demandé aux mères de choisir trois mots ou groupes de mots qui représentent, pour elles, leur AM les premiers jours (de J0 à J3). Ces mots ont ensuite été regroupés en trois catégories : les ressentis négatifs, les ressentis positifs et les souhaits des mères.

➤ **Ressenti général des mères ayant eu une grossesse unique concernant l'AM de leur NN prématuré de J0 à J3**

Au total, à dix-neuf reprises les mères ont cité des mots négatifs, pour quatre mots positifs et trois souhaits.

Toutes les mères ont cité au moins 1 mot sur les 3 qui exprimait un ressenti négatif et trois mères n'ont exprimé que des ressentis négatifs à travers les mots choisis.

Sept mères ont déclaré avoir des difficultés logistiques. Dans cette catégorie ont été regroupées les difficultés d'utilisation du matériel, et surtout les difficultés d'organisation et de gestion du temps. Seules A2 et A5, les mères de Nathan et Youmna, ont choisi trois mots qui n'ont pas exprimé cela.

Mères	Ressentis négatifs						Ressentis positifs		Souhaits des mères	
	Bizarre / Ridicule	Pas ce qui était prévu / imaginé : déception	Bouleverse- ment	Stress	Pas agréable / frustrant	Difficultés logistiques	Naturel	Entourée	Informations / Accompagne- ment	Avoir un TL plus tôt
A1		X		X		X				
A2	X			X	X					
A3			X			X		X		
A4						X	X			X
A5		X		X			X			
A6					X	X				X
A7				X		X			X	
A8				X	X	X				
A9		X				X		X		

Tableau n°3 : Ressenti général des mères ayant eu une grossesse unique concernant l'AM de leur NN prématuré de J0 à J3

➤ **Ressenti général des mères ayant eu une grossesse gémellaire concernant l'AM de leur NN prématuré de J0 à J3**

M	Ressentis négatifs						Ressentis positifs			Souhait des mères : Aider leurs NN
	E Appréhension	D Difficultés logistiques	M Mal expliqué	P Pas ce qui était prévu / imaginé ; déception	H Horrible	D Douloureux	B Beau	P Plaisir	D Détendue	
A10		X	X				X			
A11				X				X		X
A12	X							X	X	
A13		X			X	X				
A14		X		X						X

Tableau n°4 : Ressenti général des mères ayant eu une grossesse gémellaire concernant l'AM de leur NN prématuré de J0 à J3

Au total, des ressentis négatifs ont été cités 9 fois, pour 4 ressentis positifs et 2 souhaits.

Toutes les mères ont exprimé au moins 1 ressenti négatif parmi les 3 mots choisis et seule A13, la mère de Zoé et Léna, a cité 3 ressentis négatifs.

Cependant, en cas de grossesse gémellaire, les difficultés logistiques semblent principalement marquées par les difficultés d'organisation et de gestion du temps. Les difficultés d'utilisation du matériel ont très peu été citées.

2. Les autres éléments et ressentis cités par les mères concernant leur AM de J0 à J3

Au cours des entretiens, les mères ont évoqué de nombreux éléments qu'elles ont identifiés comme une aide pour leur AM, et d'autres au contraire comme une difficulté.

- **Eléments cités par les mères ayant eu une grossesse unique comme une aide à l'AM de leur(s) NN prématuré(s) de J0 à J3 [annexe III]**

Equipe soignante

L'équipe soignante a été citée par cinq mères comme une aide à l'AM d'un NN prématuré de J0 à J3. Quatre d'entre elles ont vécu comme une aide les conseils, les informations et le soutien apportés par le personnel ; et une a cité uniquement les conseils et informations données.

Elles déclarent avoir eu les explications nécessaires, avoir pu poser leurs questions mais aussi avoir reçu des encouragements.

Conjoint, famille

Cinq mères ont dit avoir ressenti que leur conjoint et/ou leur famille avaient été une aide à l'AM grâce à leurs encouragements et leur soutien, mais aussi grâce à l'aide apportée. En effet, elles ont déclaré que leur entourage les avaient aidées pour l'organisation quotidienne, notamment pour s'occuper de la maison, de la fratrie ou encore des animaux.

Une mère a cité l'entourage uniquement pour les encouragements et le soutien.

A2, la mère de Nathan, a précisé que le soutien de son conjoint se traduisait aussi par la possibilité de parler de la situation et de ses émotions sans tabou.

Conditions d'hospitalisation

Deux mères, A4 et A5, ont affirmé que d'être hospitalisées dans le même établissement que leur enfant les avaient aidées pour leur AM car elles avaient la possibilité d'être auprès de leur enfant autant qu'elles souhaitaient.

Se sentir utile / Aider son enfant grâce aux bienfaits du LM

Quatre mères ont déclaré que l'AM leur permettait de participer, à leur façon, aux soins de leur enfant. Elles se sont senties utiles, avaient la sensation de réellement aider leur nouveau-né grâce aux bienfaits de leur LM. Elles ont donc cité ceci comme une aide supplémentaire, une motivation pour continuer.

Contact privilégié

Deux mères, A3 et A9, ont cité le contact avec leur nouveau-né comme une aide pour leur AM mais sans réelle précision.

Multiparité

Deux mères, A4 et A8, ont déclaré avoir été aidées pour leur AM par le fait que ce soit un deuxième enfant. Selon elles, même si le contexte est différent, leur expérience de l'AM et des soins d'un nouveau-né les ont aidées pour allaiter.

Particularité

Il est à noter qu'une mère, A6, n'a rien cité comme ayant été une aide pour l'AM de son nouveau-né de J0 à J3.

- **Eléments cités par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une aide à l'AM de leur(s) NN prématuré(s) de J0 à J3 [annexe IV]**

Equipe soignante

Toutes les mères ont cité l'équipe soignante comme une aide à l'AM dont trois pour les conseils, les informations et le soutien, et deux pour les conseils et les informations seulement.

Conjoint, famille et amis

Deux mères ont dit avoir été aidées par le soutien de leur entourage et son aide dans l'organisation quotidienne. En effet, elles disent avoir été aidées par leur conjoint dans le service de néonatalogie pour utiliser le matériel et s'organiser pendant la journée ; et par la famille et/ou les amis pour s'occuper de la maison et/ou de la fratrie.

Une mère dit avoir été aidée uniquement par leur soutien.

Conditions d'hospitalisation

Deux mères ont cité les conditions d'hospitalisation, pour les mêmes raisons que les mères ayant eu une grossesse unique.

Se sentir utile et aider son nouveau-né

Trois mères ont dit avoir été aidées par ce ressenti, de la même manière que les mères ayant eu une grossesse unique.

Multiparité

A12 a cité son expérience précédente de l'AM et de la manipulation d'un nouveau-né comme une aide à l'AM actuel.

Gémellité

A12 a dit avoir été préparée psychologiquement à cette situation par la fréquence plus importante de la prématurité en cas de grossesse gémellaire. Elle dit ne pas avoir eu le choc de la naissance prématurée et a vécu cela comme une aide pour débuter son AM.

- **Éléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une difficulté pour l'AM de leur(s) NN prématuré(s) de J0 à J3 [annexe V]**

Retard de stimulation de la lactation

Trois mères ont eu la sensation d'être mises en difficulté par un retard de stimulation de la lactation et donc une montée de lait tardive. Ce temps de latence avant le début de la stimulation est variable entre ces trois mères (entre 12h et 48h).

Manque d'informations

Trois mères ont déclaré avoir manqué d'informations, ne pas avoir eu assez d'explications et avoir été mises en difficulté par cela.

A1 a dit :

« Du coup mon allaitement on ne m'a pas trop expliqué de choses dessus. »
(ligne 235)

Logistique

Toutes les mères, excepté A5, ont exprimé des difficultés d'organisation et de gestion du temps :

« Vous avez l'impression de perdre du temps. » (A2, ligne 160)

Quatre mères disent avoir rencontré en plus des difficultés avec le matériel.

L'état de santé du nouveau-né

La santé de l'enfant a été citée par quatre mères, autant pour l'inquiétude que cela entraîne que pour les difficultés d'alimentation du nouveau-né.

Échanges avec les autres mères

A1 a déclaré que les échanges avec les autres mères avaient été une difficulté supplémentaire pour leur AM car elle a comparé les quantités de lait qu'elle tirait avec les autres mères, ce qui a entraîné des incertitudes et une baisse de moral.

La césarienne

Trois mères ont cité la césarienne dans les difficultés rencontrées les premiers jours de l'AM à la fois à cause de la douleur engendrée et des difficultés de mobilisation.

Transfert postnatal du nouveau-né

Le transfert postnatal du nouveau-né a été cité deux fois comme une difficulté pour l'AM à cause de la séparation mère-enfant pendant parfois plusieurs jours.

Entourage trop présent

Seule A2 dit avoir été mise en difficulté par un entourage trop présent. Ce sont les nombreuses visites, les nombreux appels et messages téléphoniques et les questions récurrentes qui ont été cités comme une difficulté pour l'AM car très chronophages.

Hospitalisation en suites de couche

Une seule mère, A5, a mis en avant l'hospitalisation en service de suites de couches comme une difficulté pour l'AM :

« Oui voilà c'était encore plus dur en fait, parce que voir tous les matins et tous les après-midi, avec ma glacière pour aller en néonat voir les autres mamans avec leur bébé pour faire des soins... c'est un peu dur » (ligne 458 à 460)

- **Éléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une difficulté pour l'AM de leur(s) NN prématuré(s) de J0 à J3 [annexe VI]**

État de santé et Poids du NN

Trois mères ont cité l'état de santé de leur enfant et son poids comme une difficulté pour l'AM à cause des difficultés de manipulation, des appareils reliés au NN et des difficultés d'alimentation.

Fatigue

La fatigue a été citée par trois mères comme une difficulté pour l'AM les premiers jours.

Logistique

Cinq mères ont exprimé avoir eu des difficultés dans l'organisation et la gestion du temps. Elles ont l'impression que les journées ne sont pas assez longues pour tout faire. Une mère dit avoir eu, en plus, des difficultés pour l'utilisation du matériel (tire-lait).

Manque d'informations

Deux mères ont déclaré avoir été concernées par un manque d'informations et d'explications les mettant en difficulté pour la mise en place de leur AM.

L'accouchement par césarienne

Une mère a été mise en difficulté par l'accouchement par césarienne à cause de la douleur et des difficultés de mobilisation.

Éloignement géographique du conjoint

Une mère a été concernée par l'éloignement géographique avec son conjoint et a cité cela comme une difficulté pour les premiers jours à cause du sentiment de solitude, du soutien moins permanent et du manque d'aide lié à son absence.

3. Ressenti général des mères concernant l'AM de leur(s) NN à partir de J4

Il a été demandé aux mères de choisir trois mots ou groupes de mots pour exprimer leurs ressentis à partir de J4. Ces mots ont ensuite été regroupés en trois catégories : les ressentis négatifs, les ressentis positifs et les souhaits des mères.

➤ Ressenti général des mères ayant eu une grossesse unique concernant l'AM de leur NN prématuré à partir de J4

Au total, des ressentis négatifs ont été cités quinze fois, des ressentis positifs sept fois et quatre souhaits ont été émis.

- Toutes les mères ont cité au moins un ressenti négatif.
- Trois mères n'ont cité que des ressentis négatifs.
- Cinq mères ont cité au moins un ressenti positif.
- Aucune mère n'a cité que des ressentis positifs
- Trois mères ont émis au moins un souhait.

Mères	Ressentis négatifs					Ressentis positifs			Souhait des mères		
	<i>Pas agréable</i>	<i>Fatigue</i>	<i>Constrignant</i>	<i>Stress / incertitude</i>	<i>Difficultés logistiques</i>	<i>Agréable</i>	<i>Habitu-des</i>	<i>Confiance</i>	<i>Évolution plus rapide</i>	<i>AM uniquement au sein</i>	<i>RAD</i>
A1		X				X			X		
A2	X		X		X						
A3	X				X					X	
A4		X					X	X			
A5						X				X	X
A6		X			X	X					
A7		X		X	X						
A8						X		X			
A9		X		X	X						

Tableau n°5 : Ressenti général des mères ayant eu une grossesse unique concernant l'AM de leur NN prématuré à partir de J4

➤ **Ressenti général des mères ayant eu une grossesse gémellaire concernant l'AM de leur NN prématuré à partir de J4**

Au total, des ressentis négatifs ont été cités six fois, des ressentis positifs six fois et trois souhaits ont été émis.

- Toutes les mères ont cité au moins un ressenti négatif.
- Aucune mère n'a cité que des ressentis négatifs.
- Toutes les mères ont cité au moins un ressenti positif.
- Aucune mère n'a cité que des ressentis positifs.
- Trois mères ont émis au moins un souhait.

<u>Mères</u>	<u>Ressentis négatifs</u>			<u>Ressentis positifs</u>				<u>Souhait des mères</u>	
	<i>Contraign</i>	<i>Peur / angoisse</i>	<i>Difficultés logistiques</i>	<i>Agréa</i>	<i>Satisfac</i>	<i>Bien-être / plaisir</i>	<i>Contact privilégié</i>	<i>Mises au sein</i>	<i>R A D</i>
A10	X		X		X				
A11		X	X			X			
A12				X			X	X	
A13	X						X		X
A14		X			X			X	

Tableau n°6 : ressenti général des mères ayant eu une grossesse gémellaire concernant l'AM de leurs NN prématurés à partir de J4

4. Autres éléments cités par les mères concernant l'AM de leur(s) NN prématuré(s) à partir de J4

- **Eléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une aide à l'AM à partir de J4 [annexe VII]**

Equipe soignante

Toutes les mères, à l'exception de A7, ont cité l'équipe soignante comme aide pour l'AM à partir de J4 en raison de sa disponibilité jour après jour quelle que soit l'heure, des informations qu'elle apporte et de son soutien.

Conjoint et Famille

Six mères ont cité le conjoint et/ou la famille pour ses encouragements, son soutien et son aide pour l'organisation quotidienne dans le service de néonatalogie mais aussi à l'extérieur (gestion des tâches ménagères, de la fratrie).

Deux mères les ont cités uniquement pour les encouragements et le soutien.

Seule A6 n'a pas cité le conjoint ni la famille comme aide pour l'AM à partir de J4.

État de santé du NN

Quatre mères ont déclaré que l'état de santé de leur enfant à partir de J4 avait été une aide pour l'AM en raison de son amélioration et des progrès des NN.

Proximité mère-enfant

Seule A4 a cité la proximité comme aide. Dans son cas, c'est la possibilité de bénéficier d'un logement proposé par l'hôpital et proche de ce dernier.

Multiparité

Deux mères ont exprimé avoir été aidées par le fait d'avoir déjà eu un enfant. Elles ont en effet déjà eu une précédente expérience de l'AM et des soins classiques d'un NN. Même si la situation est différente, elles ressentent cela comme une aide pour leur AM.

- **Eléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une aide à l'AM de leurs NN prématurés à partir de J4 [annexeVIII]**

Equipe soignante

Toutes les mères ont cité l'équipe soignante comme une aide pour sa disponibilité, les informations données et son soutien. Seule A10 n'a pas évoqué le soutien.

Entourage : conjoint, famille, amis

Toutes les mères à l'exception de A10, ont cité l'entourage (conjoint et/ou famille et/ou amis) comme une aide à l'AM à partir de J4 pour son soutien et son aide dans l'organisation au quotidien.

Contact mère-enfant

Trois mères ont déclaré avoir été aidées par le contact avec leurs enfants, y compris le peau à peau, et la possibilité de passer beaucoup de temps avec leurs NN.

État de santé des NN

Seule A14 a cité l'état de santé des NN comme une aide à l'AM pour les mêmes raisons que les mères ayant eu une grossesse unique.

Multiparité

Seule A12 a cité la multiparité comme une aide à partir de J4, toujours pour les mêmes raisons.

Fixer des objectifs à court terme

Deux mères ont déclaré avoir été aidées dans leur AM à partir de J4 par le fait de fixer de petits objectifs réalisables rapidement. En effet, au lieu de se focaliser sur les incertitudes du futur, elles restent concentrées sur le présent et expriment faire les choses « *étape par étape* ».

- **Eléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une difficulté pour leur AM d'un NN prématuré à partir de J4 [annexe IX]**

Logistique

Toutes les mères ont cité comme difficulté l'organisation et la gestion du temps et seules deux mères ont cité aussi des difficultés avec le matériel (tire-lait).

État de santé du NN

Deux mères ont cité les problèmes de santé de leur NN comme une difficulté à l'AM, avec notamment, la fatigabilité de ce dernier.

Fatigue

Six mères ont cité la fatigue comme une difficulté. Cela comprend la fatigue physique et/ou la fatigue psychologique, la lassitude.

Discours divergents

A1 a dit avoir été mise en difficulté dans son AM par les discours divergents, notamment des pédiatres. En effet, chaque jour c'est un nouveau pédiatre qui est de garde et la continuité du discours n'est pas toujours maintenue d'après A1.

Manque d'informations

Quatre mères ont cité le manque d'informations comme une difficulté pour l'AM. Ceci concerne les quantités mais aussi les explications concernant le RAD ou bien l'état de santé de l'enfant. Beaucoup de leurs questions restent sans réponses.

Entourage trop présent

A2 a exprimé avoir ressenti la présence de l'entourage comme une difficulté à partir de J4, pour les mêmes raisons que de J0 à J3.

Echanges avec les autres mères

Deux mères ont cité les échanges avec les autres mères comme une difficulté supplémentaire à cause de l'anxiété et des doutes que cela entraînaient chez elles.

L'accouchement par césarienne

Seule A3 a cité la césarienne comme une difficulté à l'AM à partir de J4 à cause de la douleur persistante et des difficultés à se mobiliser.

- Eléments vécus par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une difficulté pour l'AM d'un NN prématuré à partir de J4 [annexeX]

Logistiques

Toutes les mères ont cité les difficultés d'organisation et de gestion du temps. Et cela s'avère être d'autant plus prépondérant que l'un des enfants est en service de réanimation néonatale et l'autre en service de néonatalogie.

Le conjoint

A11 a cité la présence discontinue de son conjoint comme une difficulté pour l'AM pour les mêmes raisons que les premiers jours.

État de santé des NN

A10 et A14 ont cité les problèmes médicaux de leurs enfants comme une difficulté pour les mêmes raisons que celles évoquées les premiers jours.

Fatigue

La fatigue a été citée par deux mères comme une difficulté à l'AM.

L'accouchement par césarienne

Seule A 13 a cité la césarienne comme une difficulté après J3, pour les mêmes raisons que les premiers jours.

Complications de l'accouchement

Trois mères ont exprimé avoir eu des difficultés supplémentaires pour leur AM à cause des complications liées à l'accouchement. Ceci comprend à la fois la

douleur, la nécessité de recevoir des soins supplémentaires et le traumatisme psychologique. Tout ceci rend plus difficile l'AM à partir de J4, que ce soit physiquement et/ou psychologiquement.

D. État émotionnel

Pendant les entretiens, les mères ont laissé transparaître de multiples émotions :

- *Quatre Mères* : larmes aux yeux ou pleurs et difficultés à s'exprimer en racontant la naissance et les premiers jours, puis en évoquant l'état de santé de l'enfant (ou des enfants) et l'avenir.
- *Six Mères* : contrariées en parlant des quantités et de la qualité de leur lait mais aussi citant les discours divergents des pédiatres.
- *Huit Mères* : souriantes lorsqu'elles racontent les mises au sein et les quantités de lait tiré qui augmentent.
- *Toutes les mères* étaient plutôt détendues mais très attentives au nouveau-né, calmes et réactives pendant la majeure partie de la discussion.
- *Toutes les mères* étaient impatientes à l'idée de pouvoir faire des mises au sein et à l'idée de pouvoir rentrer chez elles prochainement.

Imaginaire

Au cours des entretiens, il a été demandé aux mères comment elles avaient imaginé leur allaitement avant l'accouchement :

- Cinq mères ne s'étaient rien imaginé mais ne s'attendaient pas à « ça ».
- Aucune mère ne s'était imaginé utiliser un tire-lait ou bien faire de l'expression manuelle pour que leur enfant soit ensuite nourri par une sonde gastrique.
- Une mère avait imaginé des mises au sein agréables et sans difficulté et n'ayant pas été déçue.

- Quatre mères ne savaient plus à quoi s'attendre et n'arrivaient plus à se projeter suite à une hospitalisation en service de grossesses à risques.
- Quatre mères s'étaient imaginé un AM identique à leur précédent AM (plaisir des mises au sein sans difficulté).

E. Connaissances des mères

Les moyens mis en place, d'après les mères, pour favoriser l'allaitement au moment des entretiens sont les suivants :

- Tire-lait : *cité par toutes les mères*
- Expression manuelle : *cité par une mère*
- Hydratation, tisanes (anis, houblon) : *cité par huit mères*
- Alimentation équilibrée : *cité par trois mères*
- Mises au sein nutritives : *cité par quatre mères*
- Mises au sein non nutritives : *cité par quatre mères*
- Homéopathie : *cité par deux mères*
- Bières sans alcool : *cité par deux mères*
- Galactogyl sachet : *cité par une mère*
- Peau à peau : cité par trois mères mais fait par toutes les mères

Les moyens pour favoriser l'allaitement maternel connus par les mères avant l'accouchement sont les suivants :

- Tire-lait : *cité par toutes les mères*
- Tisanes d'allaitement : *cités par six mères*
- Nutrition mais sans savoir quels aliments en particulier : *cités par trois mères*
- Massage des seins et expression manuelle : *cité par deux mères*

- Alimentation : fenouil et amande : *cité par une mère*
- Peau à peau : *cité par deux mères*

Il a été demandé aux mère ayant participé à l'étude s'il existait des différences de composition du lait maternel entre les mères ayant accouché prématurément et celles ayant accouché à terme, et si oui lesquels. Les réponses sont les suivantes :

- « Je m'étais pas posé la question avant maintenant » : *toutes les mères*
- « Je pense que le lait s'adapte au terme de la grossesse et à l'âge du bébé » : *trois mères*
- « Ça s'adapte à l'enfant je crois » : *sept mères*
- « C'est pareil je pense, je vois pas pourquoi ce serait pas pareil. C'est du lait. » : *deux mères*
- « Je sais pas » : *deux mères*

Les mères interrogées ont listé tous les bénéfices du lait maternel qu'elles connaissaient. Voici leurs réponses :

- « Anticorps » / « système immunitaire » : *treize mères*
- « Digestifs » / « transit » : *sept mères*
- « Contact », « relationnel », « évite l'intrusion des autres » : *trois mères*
- « Croissance » : « plus rapide, plus grand plus fort » : *trois mères*
- « Permet de retrouver des sensations connues comme l'odeur, le bruit du cœur et ... voilà ! » : *deux mères*
- « Besoins nutritionnels couverts » : *deux mères*
- « Ça a meilleur goût que le lait en poudre » : *une mère*
- « C'est mieux parce que ... bah j'en sais rien en fait mais c'est mieux » : *une mère*

Les informations sur l'allaitement maternel ont été obtenues à différents moments et par des personnes différentes :

- *Après la naissance* : dans le service de néonatalogie ou en réanimation néonatale par des puéricultrices et à la biberonnerie.
- *Pendant la première grossesse* : aux cours de préparation à la naissance et à la parentalité et puis pendant le premier allaitement.
- *Pendant l'allaitement d'une autre personne* : tire-lait connu grâce à une amie ou à de la famille.
- *Après la naissance* : par de la lecture spontanée (livres et internet) ; par la personne qui s'occupe de la location du tire-lait.
- *Pendant la grossesse* : consultation de suivi de grossesse par une sage-femme et cours de préparation à la naissance et à la parentalité.
- *Pendant une hospitalisation en service de GRE* : par un pédiatre
- *Pendant la grossesse* : peu d'informations données spontanément par le gynécologue-obstétricien pendant les consultations, pas de tact ni d'asepsie verbale.

Il a été demandé aux quatorze mères si elles désiraient avoir plus d'informations et sur quel(s) sujet(s) précisément. Le tableau 7 résume les réponses données.

Au total, dix d'entre elles souhaiteraient avoir des informations supplémentaires et quatre n'estiment pas en avoir besoin et préfèrent poser des questions si besoin. Il est à noter que les mères ayant pu participer à des cours de PNP sont presque toutes demandeuses d'informations.

<u>Mères</u>	Désir d'informations des mères					
	<i>Logistique et organisation</i>	<i>Moyens pour favoriser la lactation</i>	<i>Moyen d'extraire le lait (tire-lait)</i>	<i>Composition du lait maternel avant terme</i>	<i>Bénéfices du lait maternel</i>	<i>Ne souhaite pas plus d'informations</i> <i>Demande si besoin</i>
A1			X (<i>quantités</i>)	X	X	
A2	X		X (<i>quantités</i>)			
A3			X			
A4						X
A5	X RAD					
A6	X	X	X			
A7						X
A8	X	X	X			
A9	X	X	X			
A10	X		X (<i>quantités</i>)	X	X	
A11	X	X	X	X	X	
A12						X
A13						X
A14	X	X	X			

Tableau n°7 : Désir d'informations des mères sur l'AM

Pour les mères désireuses de recevoir des informations supplémentaires, il a été demandé à quel moment et sous quelle forme elles auraient aimé bénéficier de ces informations.

- PNP : trois *mères*
- Pendant l'hospitalisation en GRE : une *mère*
- En fin d'hospitalisation en GRE (avant la sortie) : une *mère*

- Entre J0 et J3 : deux *mères*
- Après J3 : *aucune mère*
- Pendant tout le séjour : six *mères*

Il a été demandé aux mères de quelle(s) façon(s) elles souhaiteraient recevoir l'information :

- A l'oral par une SF : deux *mères*
- A l'oral par un membre de l'équipe soignante : *toutes les mères*
- Avec des brochures contenant un texte explicatif : deux *mères*
- Avec des brochures contenant des images / schémas : deux *mères*

F. DISCUSSION & ANALYSE

I. Limites et biais

Cette étude est qualitative, elle est donc limitée par le nombre restreint de mères à avoir participé, quatorze, dont aucune n'ayant accouché de jumeaux avant 30 SA. Cette étude n'est donc pas généralisable à l'ensemble de la population française.

Dès le début des entretiens, il a été demandé de façon directive aux mères de citer trois mots exprimant leurs ressentis concernant leur AM de J0 à J3, puis de nouveau trois mots exprimant leurs ressentis concernant leur AM à partir de J4. Ceci peut constituer un biais car les mères peuvent ressentir une pression et peuvent être influencées. Elles ne sont pas encore vraiment en confiance et peuvent être tentées de répondre ce qu'elles pensent que l'on veut entendre et non pas ce qu'elles ressentent réellement.

De plus, ont été sélectionnées seulement les mères volontaires et présentes entre les mois de juillet et de novembre, dans l'un des trois établissements choisis pour l'étude. Ceci peut constituer un biais de sélection.

II. La prématurité

1. Épidémiologie

Dans le monde

La prématurité est un problème mondial et souvent négligé (1). Dans le monde, quinze millions d'enfants naissent prématurément chaque année, c'est-à-dire avant 37 SA (1). Cela représente environ 11,1 % des naissances vivantes (2).

La prématureté concerne à la fois les pays à revenus élevés et ceux à faibles revenus (1). Dans le monde, onze pays présentent un taux de prématureté supérieur à 15 %. Neuf de ces onze pays se trouvent en Afrique Subsaharienne (2).

Par an, un million cent mille de ces prématurés décèdent et il est estimé que 75 % d'entre eux pourraient survivre grâce à des soins de base contre les infections et les détresses respiratoires et grâce l'AM (1,2). Parmi ceux qui survivent nombreux sont ceux qui, une fois adultes, souffrent de séquelles et d'incapacités motrices, neurologiques et d'apprentissage (1,2).

La mortalité et la morbidité de ces prématurés présentent de nombreuses inégalités entre les pays. Par exemple, concernant les enfants nés à 32 SA, 50 % ne survivent pas dans les pays à faibles revenus alors que près de 100 % de ceux nés dans les pays à hauts revenus survivent ; concernant les prématurés de moins de 28 SA, 90 % décèdent pendant les premiers jours de vie dans les pays à faibles revenus alors que 90 % survivent dans les pays à revenus élevés (3,12).

Le nombre de naissances prématurées augmente tous les ans. Parmi les soixante-cinq pays avec des données fiables, soixante-deux présentent une augmentation significative (3,12).

En France

En 2012, la prématureté représentait 7,3 % des naissances vivantes. On constate une légère augmentation entre 2003 et 2009 (6,3 % vs 6,6 %) (13).

La prématureté concerne d'avantage les grossesses multiples que les grossesses uniques. Parmi les singltons, les prématurés représentent 5,9 % des naissances vivantes alors que chez les jumeaux, triplés ou plus, il y en a 50,8 % (13).

La prématureté peut être spontanée ou bien due à un déclenchement. Parmi les naissances vivantes spontanées, 5,3 % ont lieu avant 37 SA contre 9,4 % parmi

les naissances vivantes déclenchées (13). La prématurité induite représente 48 % des naissances vivantes prématurées.

On constate également une grande disparité entre les régions avec notamment un taux beaucoup plus élevé dans les DOM-TOM (13).

2. État de santé des prématurés

Les nouveau-nés prématurés sont considérés comme vulnérables et plus sujets aux complications médicales dues à l'immaturité de nombreux organes.

Quelques exemples : (14–16)

- *Complications métaboliques* : hypothermie, hypoglycémie, hypocalcémie, ictère
- *Complications respiratoires* : apnée du prématuré, maladie des membranes hyalines, dysplasie broncho-pulmonaire
- *Complication hépatique* : cholestase
- *Complication digestive* : entérocolite ulcéro-nécrosante
- *Complication rénale* : tubulopathie
- *Complications cardio-vasculaires* : persistance du canal artériel avec risque de décompensation cardiaque, d'hypertension artérielle pulmonaire
- *Complications neurologiques* : hémorragie intraventriculaire, leucomalacie péri-ventriculaire
- *Complication rétinienne* : rétinopathie

L'âge gestationnel de 34 SA représente un seuil dans le développement de certains organes. Par exemple concernant : (1,3,17)

- *Immaturité cérébrale* : des étapes essentielles du développement cérébral ont lieu avant 34 SA

- *Immaturité pulmonaire* : le pic de sécrétion du surfactant se fait à 34 – 35 SA. Avant cela, il existe un déficit responsable de la maladie des membranes hyalines. De plus les apnées sont également plus nombreuses.
- *Immaturité digestive* : avant 34 SA le réflexe de succion n'est pas encore acquis et les mécanismes de déglutition et respiration ne sont pas bien coordonnés. De ce fait l'alimentation se fait souvent par voie entérale avant 34 SA et entraîne un risque d'entérocolite ulcéro-nécrosante plus important

A 31-32 SA, environ 5% des anciens prématurés présentent des séquelles neurologiques, entre 28 et 31 SA, ce chiffre passe entre 10 et 15% (avec la moitié de ces enfants ayant un handicap sévère), et en-dessous de 28 SA, la fréquence d'atteinte neurologique atteint entre 15 et 30%. A 23 SA, entre 50 et 70% auront des séquelles (16). En dessous de 23 SA, aucun enfant n'a pu être réanimé (17).

III. Allaitement maternel

1. Épidémiologie

Dans le monde

Dans le monde, de 2007 à 2014, en moyenne seuls 36% des nourrissons de zéro à six mois étaient exclusivement nourris au sein (6).

Cependant, on constate une augmentation significative. En effet, en 2011 le taux d'AM était de 36% alors qu'en 2014 il était de 43%. Certains pays comme le Niger et la Sierra Leone ont connu une augmentation d'autant plus importante (18).

En France

En France en 2012, l'étude Epifane, sept femmes sur dix choisissaient l'AM à la naissance comme mode d'alimentation de leur NN et 60% initient un AM exclusif.

Ces chiffres sont stables depuis 2003 mais restent mauvais par rapport aux autres pays européens (par exemple : 98% d'AM dans les pays nordiques) (19).

L'étude Epifane a établi qu'en 2012, il y avait 58% d'AM à un mois avec 35% d'AM exclusif .

En 2013, le taux d'AM était de 66% à la naissance, de 40% à onze semaines, de 30% à quatre mois et seulement de 18% à six mois (19)

Tous ces chiffres sont une moyenne nationale mais il existe de grandes disparités locales. L'Ile-de-France, l'est de la France et les départements d'outre-mer présentent les taux les plus élevés de France (19).

En 2011, la durée moyenne de l'AM était de dix semaines avec seulement 19% d'AM à six mois (19).

2. Bénéfices

L'OMS recommande un AM exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant et de six mois à deux ans, un AM auquel s'ajoute une alimentation solide. Dans l'optique de satisfaire ces recommandations, l'AM doit commencer dans l'heure qui suit la naissance, il doit se faire « à la demande » et les biberons et tétines sont à éviter (7).

L'OMS a émis ces recommandations en raison des nombreux bénéfices de l'AM, tant pour l'enfant que pour la mère.

En effet, le lait maternel est l'aliment idéal pour tous les nouveau-nés et nourrissons. Ses bienfaits sont reconnus de façon unanime depuis longtemps. Tous les nutriments nécessaires au bon développement y sont présents et les bénéfices immédiats en cas de prématurité sont nombreux. En voici quelques-uns : (5–11,15).

- *Digestion facile et meilleure tolérance* : les protéines du lait humain sont entièrement fractionnées et absorbées par le système digestif du nouveau-né.

- *Source énergétique importante* : la lipase, enzyme contenue dans le lait, aide la digestion des graisses, source d'énergie pour un enfant prématuré.
- *Défenses immunitaires* : les anticorps contenus dans le lait maternel apportent une protection contre des infections bactériennes potentiellement graves (diarrhée, pneumonie etc...) chez un prématuré dont le système immunitaire est immature
- *Développement neurologique et vision* : il contient des graisses complexes qui entrent dans la composition des membranes des cellules du cerveau et qui contribuent à une meilleure vision chez le prématuré.

La succion au sein permet aux prématurés d'avoir une meilleure stabilité physiologique par rapport à l'utilisation du biberon. Ceci a été évalué sur la fréquence cardiaque, la fréquence respiratoire, l'oxygénation et le nombre d'apnées (10).

Mais au-delà de ses bienfaits immédiats, l'allaitement maternel aide à rester en bonne santé tout au long de la vie. Une fois adultes, il a été observé une tension artérielle et une cholestérolémie plus basses chez les personnes ayant été allaitées. Celles-ci souffrent plus rarement de surpoids, d'obésité ou de diabète de type 2 et obtiennent de meilleurs résultats aux tests d'intelligence avec une meilleure fréquentation scolaire. Dans l'étude de Lucas (1992), les prématurés qui avaient reçu du lait maternel avaient, à l'âge de 7 1/2 - 8 ans, ont un quotient intellectuel supérieur de 8,3 points par rapport aux autres (20).

L'AM apporte aussi des bienfaits maternels. Il entraîne une diminution de la fréquence des cancers du sein et des ovaires. Ceux-ci sont fonction de la durée de l'AM (6).

IV. Le choix du mode d'alimentation

Concernant le choix du mode d'alimentation, il ressort que la prématurité a influencé ce choix mais n'a pas été décisive. Elle a renforcé cette décision. Pour

toutes les mères sauf une, le choix de l'AM avait été fait pendant la grossesse, avant la naissance donc avant de savoir que l'enfant allait être prématuré.

Concernant leurs motivations pour ce choix, les mères interrogées ont insisté sur le rôle bénéfique du lait maternel. Elles souhaitaient offrir « le meilleur » à leur(s) enfant(s). Il a aussi été mentionné lors des entretiens une envie spontanée d'essayer, le contact privilégié avec leur(s) enfant, la culture et l'envie de renouveler l'expérience positive du précédent AM. Les principales réponses données par ces mères sont en corrélation avec la littérature.

En effet, l'enquête nationale périnatale de 2010 précise que la principale motivation est « *la santé, le bien-être et le bon développement du bébé* » (68% des premières raisons sélectionnées). Ensuite il est retrouvé le caractère « *normal* » de l'AM avec l'aspect culturel (15%), la relation mère-enfant (8%) et les raisons pratiques (4%) (21)

Cependant, dans les entretiens il ne ressort pas l'aspect pratique évoqué dans l'enquête périnatale 2010.

De même, aucune des mères n'a évoqué les bénéfices maternels, peut-être par méconnaissance, par oubli ou bien parce qu'elles ont jugé cet argument moins important ...

V. Empowerment

1. Dans les entretiens

L'entourage

Dans les entretiens, il est mis en évidence par toutes les mères, le rôle indispensable et incontesté des équipes soignantes comme une aide à l'AM d'un singleton ou de jumeaux prématurés, et ce, à tous les moments de l'hospitalisation. Les mères ont exprimé s'être senties soutenues, encouragées et guidées par un

personnel qualifié, disponible, faisant preuve d'empathie et sans émettre de jugement.

Les conseils et les encouragements à répétition ont valorisé ces mères, leur donnant confiance en elles et en leur capacité d'être mères. Elles ont alors constaté une évolution favorable de leur AM ce qui les encourage d'avantage à continuer et à faire de leur mieux.

Il ressort aussi des entretiens que ces conseils et encouragements ne sont pas venus que du personnel soignant mais aussi de leur conjoint et de leur famille proche parfois même si celle-ci habite loin (A1).

L'entourage trop présent n'a été cité que par une seule mère, A2 :

« Il y a quand même pas mal de visites, mais... limite je m'en sors plus tellement j'ai des messages et des appels. » (lignes 235-245)

L'état de santé du (ou des) nouveau-né(s)

Les mères interrogées ont révélé qu'au fil des jours, voir leur(s) enfant(s) progresser, être relié(s) à de moins en moins d'appareils médicaux, surmonter chaque obstacle un à un et avoir de moins en moins de complications avait été une aide pour leur AM après J3. Elles ont exprimé une satisfaction et une envie de continuer voire même de faire encore plus d'efforts. Elles ont dit se sentir utiles même si elles ont avoué ne pas savoir si leur lait maternel avait contribué à ces progrès ...

« Puis bon elle va mieux maintenant donc c'est encourageant aussi et je me dis que c'est peut-être grâce à mon lait mais je sais pas ... J'espère » A3, lignes 357-358.

2. Dans la littérature

La littérature regroupe tout cela sous le terme « empowerment ». Mais l'empowerment, qu'est-ce que c'est ?

De nombreux auteurs ont essayé d'apporter une définition et une traduction. Une définition simple est :

« processus par lequel un individu, une communauté, une association, etc. prend le contrôle des événements qui le ou la concerne. On entend parfois également parler de « pouvoir d'agir » ou de « capacitation » ou encore « d'autonomisation ». » (22)

Dans le monde de l'entreprise, ce concept offre de nombreux avantages. En effet, le travailleur se trouve plus impliqué dans son travail. Cette implication se caractérise par la vision, l'autonomie et l'appropriation de son travail. La motivation augmente et le stress diminue. Le travailleur éprouve par conséquent une satisfaction accrue, ce qui rend son travail plus efficace et plus rentable. L'empowerment entraîne donc qualité de service, productivité et compétitivité accrues, prise de décision efficace, engagement et implication dans la vie de l'entreprise ce qui rend son activité rentable et pérenne (22).

En médecine, l'empowerment désigne l'accroissement de la capacité d'agir de la personne malade grâce au développement de son autonomie, la prise en compte de son avenir et sa participation aux décisions la concernant. L'empowerment est étroitement lié à la notion de rétablissement (23).

Mais alors l'empowerment pour les mères interrogées ?

Dans la situation des mères interrogées, l'empowerment serait, comme l'a décrit C.H. Gibson, une conséquence (24). La conséquence des paroles et actions de l'équipe soignante, de leur mari, de leur famille proche, de l'amélioration de l'état de santé de leur(s) enfant(s), de l'augmentation des quantités de lait maternel produit et parfois la possibilité de faire les premières mises au sein. Tous ces éléments sont

ceux cités par les mères comme une aide à l'AM d'un (ou deux) nouveau-né(s) prématuré(s) mais l'empowerment a surtout été ressenti à partir de J4.

L'allaitement dans ce contexte de prématurité pourrait être assimilé à un travail en entreprise. En effet, grâce à l'empowerment les mères mettent en œuvre plus de moyens pour stimuler leur lactation, elles produisent plus de lait maternel, elles sont donc satisfaites ce qui augmente leur motivation et diminue leur stress.

3. Favoriser l'empowerment

Il paraît évident que l'empowerment contribue à l'AM d'un singleton ou de jumeaux prématuré(s) et améliore le ressenti des mères.

D'un point de vue professionnel, le meilleur angle pour augmenter cet empowerment passe par les paroles et les actions des équipes soignantes. Rappelons que l'équipe soignante a été citée par toutes les mères comme la principale aide qu'elles ont reçue pour leur allaitement. Il paraît donc indispensable de conserver au sein des services de néonatalogie des soignants qualifiés, expérimentés et bienveillants envers les mères et leur allaitement.

Pour favoriser cet empowerment, il paraît judicieux que les professionnels de santé fixent régulièrement, avec les mères, de petits objectifs qui peuvent être atteints assez rapidement. Atteindre ces objectifs constitue des petites victoires pour les mères, augmentant leur motivation et leur satisfaction, ce qui favorise l'empowerment.

Ce qui n'est pas retrouvé dans la littérature mais qui ressort dans certains entretiens, est le bénéfice d'une consultation avec un psychologue ou bien les échanges avec d'autres mères. Les mères interrogées qui ont cité cela comme une aide pour leur AM, ont décrit avoir une meilleure compréhension de la situation et une diminution du sentiment de culpabilité après cela, ce qui a amélioré leur moral et augmenté leur motivation et donc l'empowerment.

VI. Lien mère-enfant, attachement

1. Dans les entretiens

La proximité, les mises au sein et le peau à peau ont été cités par les mères comme ayant favorisé l'allaitement maternel. En effet, la proximité a été bénéfique par son côté pratique, et les mises au sein et le peau à peau se sont révélés motivants. Mais ces trois éléments ont surtout permis aux mères d'établir une relation privilégiée avec leur(s) enfant(s) et de favoriser l'attachement.

Proximité et Transfert

Pour les mères, la proximité regroupe à la fois la possibilité d'être hospitalisées plusieurs jours dans le même établissement que leur(s) enfant(s), la possibilité d'être présentes en néonatalogie autant qu'elles le souhaitent, de jour comme de nuit tous les jours de la semaine, la possibilité d'être logées (logement personnel ou studio de l'hôpital) proche du centre hospitalier. Grâce à cette omniprésence auprès de leur(s) nouveau-né(s), elles décrivent le ressenti d'un lien privilégié entre eux.

A l'inverse, les mères dont le(s) nouveau-né(s) a(ont) dû être transféré(s) immédiatement après la naissance, entraînant une séparation mère-enfant(s), ont cité ce fait comme une difficulté à leur AM entre J0 et J3 sans forcément évoquer la relation mère-enfant.

Les mères ayant eu un transfert in utero, avec ou sans hospitalisation en service de GRE, plébiscitent elles aussi la proximité avec leur(s) enfant(s). Toutes ces mères ont pu être logées à maximum trente minutes de l'hôpital où se trouve(nt) leur(s) enfant(s) grâce à un logement personnel, à de la famille ou aux studios loués par l'hôpital. De ce fait, elles n'ont pas évoqué cela comme une réelle difficulté pour leur AM.

Mises au sein

Les mises au sein ont été citées comme une aide à l'AM pour toutes les mères ayant eu la possibilité d'en faire, qu'elles soient nutritives ou non.

Évidemment, les mères ayant fait des mises au sein nutritives ont déclaré ressentir une plus grande satisfaction que celles ayant fait des mises au sein non nutritives. Mais dans les deux cas, la mise au sein a été une source de motivation supplémentaire car cela leur a permis de se rapprocher de l'AM plus naturel qu'elles souhaitaient et de créer ce lien privilégié avec leur(s) enfant(s).

Peau à peau

Le contact en peau à peau avec leur(s) enfant(s) a été cité par les mères comme une aide à l'AM. En effet, pouvoir prendre leur(s) enfant(s) contre elles en peau à peau a été une source de satisfaction supplémentaire en étant considéré presque comme une « récompense » pour leurs efforts. Elles ont décrit cela comme un moment unique et privilégié avec leur(s) enfant(s) sans réellement aborder le lien mère-enfant.

Elles ont aussi souvent déclaré s'être aperçues que l'enfant était plus calme pendant les périodes de peau à peau.

2. Dans la littérature

Théorie de l'attachement

Contrairement à Freud, Bowlby relie la notion d'attachement au besoin de contacts sociaux. L'enfant naît social et se construit au moyen des relations avec les personnes qui l'entourent. Il se sent plus ou moins en sécurité en fonction de la façon dont on répond à ses besoins. D'après lui, l'attachement est un processus instinctif destiné à assurer la survie de l'espèce en maintenant une proximité entre un nourrisson et sa mère (25). L'attachement se réfère donc au lien émotionnel

spécifique que le bébé développe avec son caregiver, en l'occurrence sa mère, grâce au contact et aux interactions (25).

Le but est que l'enfant se sente en sécurité, protégé et confiant. Le comportement d'attachement est la recherche ou le maintien d'une proximité avec la figure d'attachement, car l'attachement est un processus réciproque qui nécessite des interactions entre l'enfant et la figure d'attachement. La proximité et le contact physique avec l'enfant sont nécessaires (25,26).

La préoccupation maternelle primaire

Winnicott attribue une grande importance à la mère et sa fonction maternante. Il explique les processus qui interviennent au début de la vie du nouveau-né et considère le couple mère-enfant comme une unité. L'essentiel des pensées maternelles va au confort du nouveau-né. C'est ce que l'auteur appelle « la préoccupation maternelle primaire » (27).

En effet, pour J. Bowlby, l'enfant ne peut se développer correctement sans la présence d'un être humain qui participe au Holding et au Handling : (27)

- *Le Holding est l'art de porter physiquement et psychiquement l'enfant.*
- *Le Handling est la manière d'être concrètement en contact avec le bébé, dans les soins de maternage.*

La méthode Kangourou

Avant de parler de « méthode kangourou », il était question de « mère kangourou » ce qui consistait à porter continuellement le nouveau-né sur la poitrine directement contre la peau (28). Ce contact peau à peau fréquent et l'AM exclusif sont les deux éléments principaux de la « méthode kangourou ». Cette méthode permet de renforcer le lien mère-enfant et l'attachement (29,30).

Aujourd'hui, la « méthode kangourou » est de plus en plus répandue dans le monde pour prendre soin des prématurés et des bébés de faible poids à la naissance (28). L'OMS déclare qu'elle représente :

« un moyen efficace de répondre au besoin de chaleur, d'allaitement au sein, de protection contre les infections, de stimulation, de sécurité et d'amour du nourrisson » OMS, 2003

La « méthode kangourou » renforce également ce que le Dr Tessier a nommé « *les relations d'attachement* » entre les mères et leur(s) nouveau-né(s) (28). Selon lui, sans cette méthode :

« *créer des liens peut s'avérer plus ardu. Il est souvent malaisé de comprendre ce dont le bébé a besoin, car les signes qu'il donne ne sont pas très clairs. Il peut, par exemple, pleurer sans raison apparente, ce qui rend difficile l'établissement de rapports positifs.* » Dr Tessier (28)

Le contact peau contre peau tend à calmer le nourrisson, renforçant du même coup l'attachement et le sentiment de « capacitation » des mères parce qu'elles ont un rôle direct à jouer dans les soins de leur(s) enfant(s) (28).

De plus, le peau à peau contribue à la stabilité des nouveau-nés et réduit les complications liées à la prématurité comme l'hypothermie et la désorganisation motrice, et améliore donc leur état de santé (31).(32).

Le peau à peau joue également un grand rôle dans la mise en place de l'AM puisqu'il favorise la lactation (32). En effet le peau à peau entraîne une sécrétion d'ocytocine (33) qui favorise le processus biologique de la lactation (34).

Il y a donc une influence mutuelle. Le peau à peau favorise de façon directe agissant sur la lactation, mais aussi indirecte par l'attachement et le lien mère-enfant. Réciproquement, l'allaitement maternel favorise et renforce cet attachement.

Il ressort donc que les résultats des entretiens sont en corrélation avec la littérature.

3. Favoriser l'attachement

L'attachement est essentiel pour tous les couples mère-enfant, et d'autant plus dans ce contexte de prématurité. Il faut donc l'encourager en permanence.

Proximité

Favoriser l'attachement passe par la proximité mère-enfant(s). Pour cela, peut-être serait-il envisageable de proposer plus de chambres mère-enfant(s) et plus de studios à proximité de l'hôpital ? Ou bien de conventionner ces logements avec les mutuelles ? Ainsi, il y aurait moins de discrimination entre les mères des différentes catégories socio-professionnelles. L'idéal serait de pouvoir bénéficier de ces logements gratuitement.

Pour éviter au maximum une séparation mère-enfant(s), il faut anticiper le plus possible la situation en réalisant des transferts in utero qui permettent aux mères de rester auprès de leur(s) enfant(s) par plusieurs dizaines de kilomètres. Cependant, c'est déjà la politique en vigueur dans la très grande majorité des maternités mais certaines situations ne peuvent malheureusement pas être anticipées.

Peau à peau

Il paraît évident que le contact privilégié entre la mère et son (ses) enfant(s) est bénéfique tant pour la mère que pour son (ses) nouveau-né(s). Il crée chez ses mères un sentiment de confiance en leur capacité à être mères et une force insoupçonnée. Il est vécu comme une participation aux soins, améliorant nettement l'état de santé de ces enfants prématurés. Elles se sentent donc indispensables et établissent une relation presque fusionnelle avec leur enfant.

Peut-être cela pourrait-il se mettre en place par une information plus importante ? Une information pour toutes les mères de ces avantages pour l'AM et leur relation avec leur(s) enfant(s) grâce à la « méthode kangourou ». Cette dernière favorise la mise en place et le bon déroulement de l'AM ainsi que le processus d'attachement.

Mises au sein

Au vu des résultats des entretiens et des données de la littérature, il semblerait judicieux de procéder à des mises au sein dès que possible, qu'elles soient nutritives ou non mais ce fait est déjà retrouvé dans les politiques de santé en vigueur.

VII. Voie d'accouchement

1. Dans les entretiens

Presque toutes les mères ayant accouché par césarienne ont cité la voie d'accouchement comme une difficulté à l'AM de J0 à J3. Elles ont admis que la douleur, la difficulté à se mobiliser et la montée de lait tardive avaient été vécues comme un handicap pour la mise en place de l'allaitement. Cependant peu de ces mères ont fait le lien entre montée de lait tardive et césarienne. Est-ce un oubli ou un manque d'information ?

En revanche, les entretiens ont révélé que les mères ayant cité les complications de l'accouchement comme une difficulté à l'AM ne sont pas nécessairement celles qui ont eu une césarienne.

2. Dans la littérature

Douleur

L'accouchement par césarienne a un impact négatif sur l'allaitement à cause de la douleur qu'il engendre. La prise en charge de la douleur est donc une composante importante pour la réussite d'un AM après une césarienne. Une prise en charge optimale reposera sur une association d'analgésiques de différents paliers, et la morphine administrée par voie périmédullaire lors de la césarienne permet d'obtenir une analgésie efficace, diminuer l'usage de morphiniques par voie parentérale ou orale et donc le passage dans le lait (35–37).

Après une césarienne il est difficile de se mobiliser et de trouver une position confortable. Pour les mises au sein, il faut donc adapter la position : couchée, puis assise, en ballon de rugby (35,38).

Montée de lait retardée

Dans le cas d'une césarienne, le climat hormonal de la mère est différent. En effet, il n'y a pas la même décharge d'ocytocine que lors d'un accouchement par voie basse. Ceci peut induire, pour certaines mères, une mise en route plus lente de la lactation, la production du lait étant alors induite essentiellement par des moyens extérieurs.

Il est alors d'autant plus important de créer un environnement favorable à l'établissement du lien mère-enfant. En effet, lors de la création du lien, la mère secrète naturellement de l'ocytocine qui était jusqu'alors en déficit. La séparation la plus courte possible entre la mère et l'enfant après la césarienne, le peau-à-peau, une atmosphère paisible et intime favoriseront la création du lien et donc, le démarrage de l'allaitement (38).

Témoignages

« Moi aussi j'ai eu une césarienne en 2001. La cicatrice faisait très mal, des bouts de seins pas très formés, la montée de lait qui ne se faisait pas et bébé qui perdait beaucoup de poids et qui n'arrivait pas à téter....conclusion, grosse déprime à la maternité malgré les efforts des sages-femmes et du papa.....du coup arrêt au bout de quatre jours » Bibiflo, le 28/07/2003 à 14h39 (39)

XIII. Le retard de stimulation de la lactation

1. Dans les entretiens

Les résultats de l'étude ne permettent pas d'établir de lien entre le retard de stimulation de la lactation décrit par certaines mères et les caractéristiques des mères et de la naissance.

Il en est de même pour le souhait d'obtenir un tire-lait plus précocement. Aucun lien n'a pu être mis en relief avec les caractéristiques des mères ni avec le contexte de la naissance.

Les mères ayant cité comme difficulté à l'AM de leur(s) enfant(s) prématuré(s) le retard de stimulation de la lactation l'expliquent par des difficultés pour obtenir un tire-lait et aussi pour apprendre à s'en servir. S'entremêlent à tout cela des difficultés d'organisation et de gestion du temps qui peuvent aussi expliquer ce retard.

De plus, parmi les mères ayant cité cet élément comme une difficulté à l'AM, on peut constater que la notion de retard est très subjective. En effet, A1 a pu tirer son lait au bout de quatre heures alors que A6 a tiré pour la première fois au bout de douze heures. Pourtant toutes deux ont déclaré avoir ressenti comme difficulté à l'AM un retard de stimulation de la lactation. A l'inverse A11 a pu disposer d'un tire-lait au bout de vingt-quatre heures mais n'a pas considéré cela comme un retard de stimulation ni comme une difficulté à l'AM.

2. Dans la littérature

Dans la littérature, peu de données sont retrouvées concernant un possible retard de stimulation de la lactation dans ce contexte de prématurité. De ce fait, existe-t-il un lien entre ce retard et le contexte de la naissance ?

Le seul lien fait est entre le retard de stimulation de la lactation et la prématurité car souvent la mise au sein précoce n'est pas possible (40). Cette stimulation se fait alors principalement par le tire-lait mais encore faut-il en avoir un à disposition dès l'accouchement et être informée. L'idéal est de tirer le lait au moins six fois par jour (40).

Pour éviter ce retard de stimulation de la lactation en cas de prématurité, le principal angle d'attaque serait alors l'information des mères, l'obtention rapide d'un tire-lait, l'apprentissage rapide de son fonctionnement et une aide pour l'organisation.

IX. Absence de soins médicaux pour la mère

Lors des entretiens il a été évoqué par deux mères l'absence de soins maternels après l'accouchement. En effet cela s'explique, pour l'une, par l'existence d'un transfert postnatal de son enfant ayant entraîné une sortie précoce de la mère. Pour l'autre, cela peut s'expliquer par une hospitalisation en service de gynécologie, loin des sages-femmes effectuant les examens obstétricaux quotidiens. De plus pendant leur hospitalisation, les mères interrogées ont reconnu passer peu de temps dans leur chambre.

A l'absence d'examen obstétrical en post-partum, il semble possible de remédier de façon simple.

L'hospitalisation en gynécologie peut être tout à fait justifiée par le désir de protéger les mères et de ne pas leur imposer un contact avec d'autres mères ayant

eu un enfant à terme, en bonne santé et présent en chambre avec elles. Mais il ne faut pas oublier pour autant que ce sont elles aussi des mères en période post-partum. Il paraît donc tout à fait approprié qu'elles puissent voir une sage-femme qui réalisera un examen journalier complet pendant toute la durée de leur hospitalisation. Peut-être serait-il possible de réfléchir à une organisation de service un peu différente de l'organisation actuelle qui permettrait aux sages-femmes de garde de voir ces mères sans que ce ne soit délétère pour personne ? Peut-être serait-il possible de prévenir ces mères de l'heure de passage de la sage-femme afin qu'elles soient présentes en chambre ?

Pour certaines mères, ne pas voir de sage-femme revient à dire qu'elles ne sont pas mères. Elles ont le ressenti de ne pas être « *une vraie maman* ». Alors ajouté au choc de l'accouchement prématuré et de l'hospitalisation de leur enfant, pour ces mères en situation de vulnérabilité, ceci est vécu comme une difficulté supplémentaire qui impacte leur AM.

X. Les difficultés logistiques

Les difficultés logistiques sont omniprésentes dans tous les entretiens. En effet, elles sont toujours citées par les mères comme une difficulté à l'AM de leur(s) enfant(s) prématuré(s) quels que soient le moment du séjour, le terme, la voie d'accouchement, le nombre d'enfants, l'existence ou non d'un transfert in utero ou postnatal etc.

En revanche, elles semblent ressortir de façon encore plus prépondérante chez les mères de jumeaux.

Ces difficultés logistiques comprennent les difficultés de gestion du temps et d'organisation avec une impression de ne pas avoir le temps de tout faire et en particulier tirer son lait au moins six fois par jour (le tire-lait est souvent considéré comme chronophage). Dans une moindre mesure cela comprend des difficultés d'obtention et d'utilisation du matériel.

Cette omniprésence des difficultés logistiques n'est malheureusement pas retrouvée dans la littérature

XI. Aspect psychologique

Il ressort des entretiens avec les mères interrogées que les difficultés citées sont très souvent d'ordre psychologique, notamment concernant l'état de santé de leur(s) enfant(s). Leur influence sur l'AM est donc indirecte mais non négligeable. Il semble donc nécessaire de prendre en charge cet aspect. Une consultation avec le psychologue est généralement proposée à plusieurs reprises pendant l'hospitalisation mais pas toujours au bon moment.

Certaines mères sont conscientes de l'aspect psychologique de leurs difficultés et ont bénéficié d'une consultation avec un psychologue. D'autres ne semblent pas en avoir besoin. Enfin, certaines pensaient ne pas en avoir besoin avant l'entretien et ont réalisé après coup que parler les avaient aidées :

« En tout cas, ça m'a fait vachement de bien de vous parler. » (A3, ligne 625)

Dans la littérature, il ressort qu'une consultation avec un psychologue peut être bénéfique car elle apporte : (41,42)

- **Un temps d'écoute** : un moment privilégié, afin d'exprimer son ressenti, ses doutes et ses inquiétudes le plus librement possible, et être rassurée sur la « normalité » de ses ressentis (culpabilité, peur de s'attacher ...)
- **Le soutien à la parentalité** : il est parfois difficile de trouver sa place de parents au sein d'un service hospitalier, il peut alors être précieux de parler de son rôle, unique et indispensable auprès de l'enfant.
- **L'accueil de la fratrie** : quand les aînés souhaitent rencontrer le nouveau-né de la famille, l'accompagnement du psychologue est nécessaire pour les préparer au mieux, leur permettre de poser toutes les questions qu'ils souhaitent.

- **Le suivi des anciens grands prématurés**: via des bilans psychologiques réguliers.

Proposer une aide psychologique pour ces mères

Il paraît important de prendre en compte tous les éléments qui encombrent l'esprit de ces mères, les contrarient ou bien les démoralisent. Une consultation avec le psychologue est généralement proposée à plusieurs reprises pendant l'hospitalisation de l'enfant mais il ne faut pas se contenter de cela.

Il pourrait être intéressant d'organiser plus de réunions avec des parents ayant eu un enfant prématuré et qui sont rentrés à la maison avec un enfant en bonne santé. Cela pourrait, pour les mères, qui souhaitent y participer (A2 et), les aider à se projeter, à voir plus loin et peut-être les remotiver en cas de baisse de moral.

XII. Évolution du ressenti des mères pendant le séjour

En analysant de plus près les mots cités par les mères pour représenter leur AM de J0 à J3, on constate qu'ils ont en très grande majorité une connotation négative que ce soit pour les grossesses uniques (dix-neuf mots cités) ou gémellaires (neuf mots cités). Ils mettent en évidence un ressenti général plutôt négatif.

En revanche, les mots énumérés pour représenter l'AM à partir de J4 sont beaucoup plus partagés. Beaucoup plus de ressentis positifs apparaissent. Les mots cités révèlent toujours des difficultés à surmonter. Les difficultés du début semblent s'atténuer mais d'autres apparaissent.

L'évolution au cours du temps semble donc positive en ce qui concerne les ressentis de ces mères.

XIII. Influence de l'âge gestationnel sur le ressenti des mères

Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre trente-cinq minutes et une heure et demie, et la majorité se situe aux environs de quarante-cinq minutes. Il est à noter que plus la prématurité est grande (avant 30 SA voire avant 28 SA) plus les entretiens sont longs et ce, que la grossesse ait été unique ou gémellaire : A1 = 1h20 et A4 = 35 min ; A10 = 38 min et A 14 = 1h04

Ressenti général

La seule mère interrogée ayant accouché avant 28 SA n'a cité que des ressentis négatifs, que ce soit de J0 à J3 ou à partir de J4.

Les mères ayant accouché entre 28 SA et 29 SA + 6 j ne citent aucun ressenti positif de J0 à J3 mais commencent à en exprimer quelques-uns à partir de J4.

Entre 30 SA et 36 SA + 6 j, le ressenti général est plus positif. Les difficultés existent bien mais sont contre-balancées par des sentiments positifs.

Le ressenti général des mères concernant l'AM de leur NN prématuré tout au long du séjour est donc influencé par l'âge gestationnel au moment de la naissance : plus la prématurité est grande, plus les ressentis sont négatifs et ce, que la grossesse ait été unique ou gémellaire.

Difficultés / Aides

De manière générale, plus la prématurité est grande plus les mères ont cité de difficultés mais aussi d'aides.

La principale difficulté évoquée par les mères qui semble être influencée par l'âge gestationnel est l'état de santé du nouveau-né.

Lorsque la naissance a lieu avant 34 SA, la difficulté principale semble être l'état de santé des nouveau-nés. En effet, les problèmes médicaux rencontrés par leur(s) enfant(s) est au cœur des préoccupations maternelles de J0 à J3 mais aussi dans une moindre mesure à partir de J4. C'est une thématique qui revient régulièrement au cours des entretiens. Ce n'est pas évoqué comme une difficulté directe pour l'AM mais cela le relègue au second plan dans l'esprit de ces mères (20). En réalité, c'est une difficulté à la fois indirecte par l'inquiétude que cela entraîne chez les mères mais aussi directe liée à l'immaturité de certains organes. Les problèmes de santé des nouveau-nés nés avant 34 SA sont plus nombreux et plus graves dus à cette immaturité plus importante (voir état de santé des prématurés).

Concernant les éléments cités par les mères comme une aide à l'AM qui semblent être influencés par l'âge gestationnel, il y a le contact avec les nouveau-nés et l'impression d'être utile.

- Le contact privilégié avec leur(s) enfant(s) semble être vécu comme une aide à l'AM par les mères ayant accouché avant 28 SA.
- La sensation d'être utile à leur enfant et de l'aider grâce à l'AM a été décrite comme une source de motivation et une aide à l'AM par les mères ayant accouché avant 34 SA (cf partie empowerment).

La logistique est la seule difficulté citée par la quasi totalité des mères sans distinction d'âge gestationnel et de J0 à J3 mais aussi après J3. De même, l'entourage de manière générale (équipe soignante, mari, famille, amis) est ressenti comme une aide à l'AM par presque toutes les mères.

La littérature

Dans la littérature, peu de données sont retrouvées concernant les ressentis des mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s) en fonction de l'âge gestationnel. Cependant, les principaux ressentis et difficultés évoqués par les mères

qui semblent influencés par l'âge gestationnel sont en relation directe avec l'état de santé de(s) l'enfant(s).

On constate alors que plus la prématurité est grande, plus l'état de santé de l'enfant semble être une difficulté pour l'AM de sa mère, et plus les ressentis à ce sujet sont négatifs. Or, la littérature nous informe que plus la prématurité est grande, plus l'état de santé de l'enfant est fragile, et plus les complications sont fréquentes et graves (voir partie État de santé des prématurés). On peut donc en conclure que les informations obtenues pendant les entretiens à ce sujet sont en corrélation avec les données de la littérature.

XIV. Différences des ressentis entre les grossesses uniques et les grossesses gémellaires

Ressenti général

De J0 à J3, les mères de singltons ont cité presque cinq fois plus de mots exprimant un ressenti négatif que ceux exprimant un ressenti positif alors que les mères de jumeaux ont cité deux fois plus de mots négatifs que positifs. En comparant les mères de jumeaux et celles de singltons, on constate que ces dernières ont cité deux fois plus de mots négatifs que les mères de jumeaux, mais exactement le même nombre de mots positifs. Il s'avère donc, que sur cette période, les mères ayant eu une grossesse gémellaire ont exprimé moins de ressentis négatifs concernant leur AM.

Même si les ressentis ne sont pas exprimés dans les mêmes proportions selon que la grossesse a été unique ou gémellaire certains ont été cité en commun :

- « Pas ce qui était imaginé / prévu »
- « Bouleversement / stress »
- « Difficultés logistiques : organisation et gestion du temps »
- « Naturel / Beau »

A partir de J4, les mères de singltons ont cité deux fois plus de mots exprimant un ressenti négatif que ceux exprimant un ressenti positif et les mères de jumeaux ont cité autant de mots positifs que négatifs.

Mais là encore certains ressentis ont été cités à la fois par les mères de singltons et les mères de jumeaux :

- « Contraignant / logistique »
- « Stress / incertitude / peur »
- « Agréable »

L'évolution des ressentis concernant l'AM au cours du séjour semble être favorable mais elle paraît plus importante chez les mères ayant accouché de singltons que chez les mères de jumeaux. Cependant, dès le début, ces dernières ont exprimé moins de ressentis négatifs que les mères de singltons.

Dans la littérature, aucune donnée n'a été retrouvée concernant les ressentis des mères allaitant un ou deux nouveau-né(s) prématuré(s). La comparaison des ressentis entre les mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s) ne peut donc être confirmée ni infirmée ...

Difficultés / Aides

Parmi les éléments cités par les mères comme une aide à leur AM de leur(s) nouveau-né(s) prématuré(s), on peut constater que certains sont omniprésents sans distinction entre singltons et jumeaux :

- *L'entourage* : il comprend à la fois l'équipe médicale pour ses encouragements, ses conseils et les informations apportées. Pour ses mères, les soignants sont considérés comme
- *Se sentir utile* : les mères expriment le désir d'aider leur(s) enfant(s) et en sachant que le lait maternel est bénéfique pour les nouveau-nés et ce, particulièrement en cas de prématurité, elles ont ce ressenti d'être utile.

- *L'état de santé* : elles éprouvent de la peur et de l'inquiétude pour la santé fragile de leur(s) enfant(s)
- *La logistique* : les difficultés d'organisation et de gestion du temps sont toujours très présentes et même si elles sont citées à la fois par les mères de singletons et les mères de jumeaux, il semble que ces dernières aient plus insisté sur cet aspect et ont paru beaucoup plus en difficulté que les mères de singletons. Elles ont d'ailleurs décrit une fatigue plus importante.

XV. Connaissances des mères et désir d'informations

1. Connaissances des mères avant la naissance

Que savent les mères interrogées ?

Les mères interrogées dans le cadre de l'étude avaient une vision plus ou moins approfondie de l'allaitement maternel avant de le mettre en place après l'accouchement. Il semblerait que les mères ayant déjà eu une expérience de l'AM soit mieux informées sur les moyens de favoriser la lactation et notamment sur l'utilisation du tire-lait.

Les principales lacunes portaient sur la composition du lait maternel en cas de prématurité et les moyens de favoriser la lactation. Concernant les bénéfices, la plupart étaient capables d'en citer quelques-uns sans se tromper

Comment les femmes reçoivent-elles ou trouvent-elles l'information ?

Les mères ont reçu des informations principalement après la naissance, en néonatalogie et par les puéricultrices. Ensuite, elles ont pu obtenir des informations par l'entourage (avant et après l'accouchement) mais uniquement sur l'AM hors contexte de prématurité ; par des lectures spontanées (livres ou sites internet) après la naissance ou encore lors du précédent AM.

Qu'en est-il dans la littérature ?

Gina Guigui a conduit une étude pour déterminer les connaissances et méconnaissances des femmes sur l'allaitement mais hors contexte de prématurité (43). Ses résultats sont donc différents et ne peuvent pas être comparés à ceux des entretiens

2. Désir d'informations

En analysant les résultats des entretiens, il s'avère que les mères seraient souvent demandeuses d'informations.

Quand ?

Les mères auraient aimé obtenir plus d'informations après la naissance, mais pas seulement dans les deux jours qui suivent, car elles ont avoué avoir eu des difficultés à mémoriser les informations alors qu'elles essayent en priorité d'accepter la situation.

Deux mères ont d'abord exprimé le fait qu'elles auraient aimé avoir des informations sur l'AM d'un nouveau-né prématuré, puis finalement ont modéré leurs propos en disant qu'elles n'étaient pas sûres que cela aurait été approprié.

Sur quel(s) sujet(s) ?

Les réponses des mères à ce sujet portent principalement sur la logistique avec l'utilisation du tire-lait, l'organisation et les moyens de favoriser la lactation avec en plus des repères pour les quantités de lait qu'il faut tirer.

La composition du lait maternel dans le contexte de la prématurité et les bénéfices pour l'enfant n'ont été cités que par « *curiosité* » ou « *envie d'apprendre* ».

Les bénéfices maternels n'ont jamais été cités.

Comment ?

Les informations orales données dans le service de néonatalogie ont été appréciées mais les mères ont aussi exprimé le désir d'avoir à disposition de la documentation qu'elles pourraient lire au moment choisi.

Il pourrait alors être judicieux et adapté de créer des brochures simples, faciles d'abord et pragmatiques avec quelques informations essentielles. Il pourrait aussi y avoir une photo ou un schéma d'un tire-lait pour celles qui ne le connaissent pas du tout, avec quelques explications sur son but et son utilisation. Ces documents seraient laissés dans la chambre, dans un tiroir de la commode de nuit par exemple. Les futures mamans sauraient qu'ils sont là ce qui leur permettraient de choisir si elles veulent les lire en entier, juste en partie ou pas du tout, et à quel moment elles seraient disponibles pour recevoir ces informations.

A ce sujet, l'INVS a mis en place en 2009 un guide officiel sur l'allaitement maternel, expliquant ses principaux bénéfices, et les solutions possibles pour pallier les difficultés éventuellement rencontrées (44).

CONCLUSION

Cette étude a permis de montrer l'étendue des ressentis des mères allaitant un singleton ou des jumeaux dans le contexte de la prématureté et les difficultés rencontrées.

En effet, les ressentis humains sont complexes et difficiles à appréhender. Ils peuvent être influencés par plusieurs facteurs. De même, l'allaitement maternel ne se déroule pas toujours de façon identique et les mères peuvent parfois se trouver confrontées à des difficultés. Ajouté à cela le contexte particulier de la prématureté qui se caractérise surtout par une fragilité des nouveau-nés et un état de santé instable.

Il semble alors important de soutenir ces mères au mieux et de mettre en œuvre tous les moyens possible pour les aider, autant dans la mise en place de leur allaitement maternel que dans son maintien.

Dans ce domaine, les équipes soignantes des services de néonatalogie et de maternité ont un rôle primordial à jouer à chaque instant. Ces professionnels s'appliquent à rendre l'allaitement maternel efficace le plus rapidement possible tout en respectant les ressentis des mères. Et ce n'est pas aisément car il ne faut pas oublier que chaque mère est différente et que chacune a son propre caractère et ses propres désirs. L'étude des ressentis ainsi que cette notion d'individualité rendent impossible la mise en place d'un protocole unique et applicable à toutes les mères.

De plus, parmi les difficultés rencontrées par les mères, beaucoup sont d'ordre psychologique et agissent de façon indirecte sur l'allaitement maternel ce qui complique encore davantage le rôle des soignants.

Cependant, les équipes soignantes jouent un rôle majeur grâce à l'empowerment. En effet, la disponibilité, les conseils et les encouragements des soignants largement plébiscités par les mères augmentent la confiance des mères en leur capacité d'être mères et les motivent à continuer leurs efforts. Les conjoints et les familles ont également leur place dans ce processus.

La seconde notion omniprésente pour aider ces mères dans leur allaitements est l'attachement et la relation mère-enfant. Là encore, les professionnels de santé participent à la mise en place de ce processus en informant les mères, en les accompagnant et en rendant leur environnement le plus propice possible à l'instauration de cette relation.

Malgré le travail remarquable réalisés dans les services pour aider les mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s), des progrès restent encore à faire..

Dans ce contexte, la sage-femme semble presque totalement absente alors qu'elle tient une place centrale dans le post-partum des mères. La sage-femme a un rôle d'accompagnement et de prévention à tenir auprès de toutes les mères. La présence d'une sage-femme leur permet aussi d'avoir le ressenti d'être une mère au même titre que les autres. La sage-femme pourrait donc jouer un rôle déterminant dans la mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés prématurés, dans le vécu et le ressenti des mères.

Si cette étude a permis de répondre en partie à la problématique posée, elle soulève également de nouvelles questions :

- Qu'en est-il des ressentis, du vécu des mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s) hospitalisé(s) en service de néonatalogie, à l'échelle de la France ?
- Quelle est la place du père dans ce contexte particulier ? Quels sont ses ressentis, son vécu face à cette situation ?

Cette étude montre à quel point il peut être difficile d'accompagner ces mères et à quel point il peut être important de s'adapter à chacune d'elle. C'est en faisant preuve de patience, d'empathie et de professionnalisme qu'il est possible d'aider ces mères et les accompagner au mieux.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. OMS | Qu'est-ce qu'un bébé prématuré? [Internet]. WHO. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/fr/
2. OMS | Quinze millions de bébés naissent prématurément chaque année [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2012/preterm_20120502/fr/
3. borntoosoon_execsum_fr.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/borntoosoon_execsum_fr.pdf
4. OMS | Quels sont les principaux risques pour la santé de l'enfant? [Internet]. WHO. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.portal.pmnch.org/features/qa/13/fr/>
5. Microsoft Word - Allaitement enfant prémaGGF.doc - allaitementpremaGGF.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/allaitementpremaGGF.pdf>
6. OMS | Alimentation du nourrisson et du jeune enfant [Internet]. WHO. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/fr/>
7. OMS | L'allaitement maternel [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/index1.html>
8. AMprematureAA2011GGF.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.co-naitre.net/wp-content/uploads/2016/04/AMprematureAA2011GGF.pdf>
9. Allaitement maternel et développement neurologique de l'enfant prématuré | SpringerLink [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007%2F978-2-8178-0529-0_4
10. 17627 PNNS Allaitement Couv - allaitement.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>

11. doc_num.php [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: https://projet.chubesancon.fr/pmb/PMB_Ecole/opac_css/doc_num.php?explnum_id=1472
12. OMS | Naissances prématurées [Internet]. WHO. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/fr/>
13. esp2017.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
14. contenu - document [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01095805/document>
15. Laugier J, Rozé J-C, Siméoni U, Saliba E. Soins aux nouveau-nés. /data/revues/12594792/00270230/11_3/ [Internet]. 18 févr 2008 [cité 27 août 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/85907>
16. 04_r_prematurite.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: http://www.medecine.unige.ch/enseignement/apprentissage/module4/immersion/archives/2003_2004/travaux/04_r_prematurite.pdf
17. Pierre-Yves Ancel, INSERM. La prématuroté [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/biologie-cellulaire-developpement-et-evolution/dossiers-d-information/la-prematurote-un-monde-a-explorer>
18. L'allaitement maternel exclusif: une nécessité absolue [Internet]. UNICEF France. 2013 [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://www.unicef.fr/article/l-allaitement-maternel-exclusif-une-necessite-absolue>
19. Très grande prématuroté : problèmes actuels - ScienceDirect [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S163740880586225X>
20. Marie Courdent, Laure Marchand-Lucas. Allaiter un bébé prématuroté [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1009-allaiter-un-bebe-premature>

21. Enquête périnatale 2010 Rapport final-16092011 - Rapport-Naisances-ENP2010.pdf [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Rapport-Naisances-ENP2010.pdf>
22. Equipe ManagerGo. Empowerment: donnez le pouvoir d'agir à vos collaborateurs [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://www.manager-go.com/management/developpement-du-pouvoir-d-agir.htm>
23. Catherine Holué. Empowerment et santé mentale - Santé mentale de A à Z - Espace Presse - Psycom [Internet]. 2015 [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Espace-Presse/Sante-mentale-de-A-a-Z/Empowerment-et-sante-mentale>
24. Gibson CH. A concept analysis of empowerment. J Adv Nurs. 1 mars 1991;16(3):354-61.
25. Microsoft Word - La théorie de l'attachement.doc - La_theorie_de_l_attachement.pdf [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.grainedemassage.fr/La_theorie_de_l_attachement.pdf
26. Vuillat S. Les relations précoce entre la mère et l'enfant : la théorie de la relation d'objet selon Fairbairn, Summary. Devenir. 1 nov 2006;15(3):289-99.
27. Joly V. Donald Winnicott. La préoccupation maternelle primaire [Internet]. Paradoxa. 2009 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://paradoxa1856.wordpress.com/2009/02/17/donald-winnicott-la-preoccupation-maternelle-primaire/>
28. Gouvernement du Canada | de recherche en santé du C. La méthode mère kangourou : une autre façon de prendre soin des prématurés - IRSC [Internet]. 2017 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/46094.html>
29. OMS | Soins du nouveau-né prématuré et/ou de faible poids à la naissance [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/care_of_preterm/fr/

30. Autour de l'AM dans un service .PDF - Autour-AM-neonatalogie-GGF.pdf [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Autour-AM-neonatalogie-GGF.pdf>
31. Peau à peau ... Et vous, dans votre équipe où en êtes-vous ? [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: https://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/DO_445_PUBLICATION_L_GIRARD.pdf
32. Impact du peau à peau et des mises au sein précoces sur les grands prématurés - main.pdf [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/1026120/main.pdf>
33. Christelle. DA 66 : Impact du contact peau à peau sur l'allaitement, Les dossiers de l'Allaitement 64 (janvier, février, mars 2006) [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1271>
34. Biologie de la lactation, LM Houdebine [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/showarticlefile/65236/05-46304.pdf>
35. Christelle. Allaitement maternel après une césarienne [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/feuillets-de-lll-france/1008-lallaitemenmaternel-apres-une-cesarienne>
36. Morau E, Bonnal A, Deras P, Dehon A. Césarienne, allaitement et douleur. 31 oct 2012;
37. D. Subtil, P. Vaast, P. Dufour, & Co. Conséquences maternelles de la césarienne par rapport à la voie basse - EM|consulte [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/module/displayarticle/article/114127/impression/vue5>
38. Césarine - Allaiter après une césarienne [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.cesarine.org/apres/allaitement/>

39. allaitement et césarienne : au secours! - Forum Alimentation bébé Famili [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: http://forums.famili.fr/famili/Alimentation/Alimentationbebe/allaitement-cesarienne-secours-sujet_27868_1.htm
40. Christelle. AA 52 : Allaitement des prématurés [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <https://www.lllfrance.org/1134-52-allaitement-des-prematures>
41. Albert C. L'accompagnement des familles : le point de vue de la psychologue. In: Soins de développement en période néonatale [Internet]. Springer, Paris; 2014 [cité 28 août 2017]. p. 187-95. Disponible sur: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-2-8178-0529-0_18
42. Célia du Peuty. L'accompagnement psychologique en néonatalogie [Internet]. Maternité Louis-Mourier Colombes. 2014 [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://hupnvs.aphp.fr/maternites/nos-specialites/service-de-neonatalogie/laccompagnement-psychologique-en-neonatalogie/>
43. Guigui Gina, « Connaissances et méconnaissances des mères sur l'allaitement », Devenir, 3/2007 (Vol. 19), p. 261-297)
44. INPES, Le Guide de l'allaitement maternel – 2009

GLOSSAIRE

AM : allaitement maternel

C : césarienne

CHU : centre hospitalier universitaire

GRE : grossesse à risque élevé

G : gestité

H : hospitalisation

j : jour

LM : lait maternel

OMS : Organisation mondiale de la santé

MAP : menace d'accouchement prématuré

NN: nouveau-né

PNP : préparation à la naissance et à la parentalité

P : parité

PE : pré-éclampsie

RAD : retour à domicile

RCIU :

RMP :

s : semaine

SA : semaines d'aménorrhée

SdC : suites de couches

SF : sage-femme

T : transfert

TL : tire-lait

VB : voie basse

W : travail

SOMMAIRE DES ANNEXES

ANNEXE I : Guide d'entretiens

ANNEXE II : Tableau de codage

ANNEXE III : Éléments cités par les mères ayant eu une grossesse unique comme une aide à l'allaitement maternel de J0 à J3

ANNEXE IV : Éléments cités par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une aide à l'AM de J0 à J3

ANNEXE V : Éléments cités par les mères ayant eu une grossesse unique comme une difficulté pour leur AM de J0 à J3

ANNEXE VI : Éléments cités par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une difficulté pour l'AM de leur nouveau-né de J0 à J3

ANNEXE VII : Éléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une aide à l'AM de leur NN prématuré à partir de J4

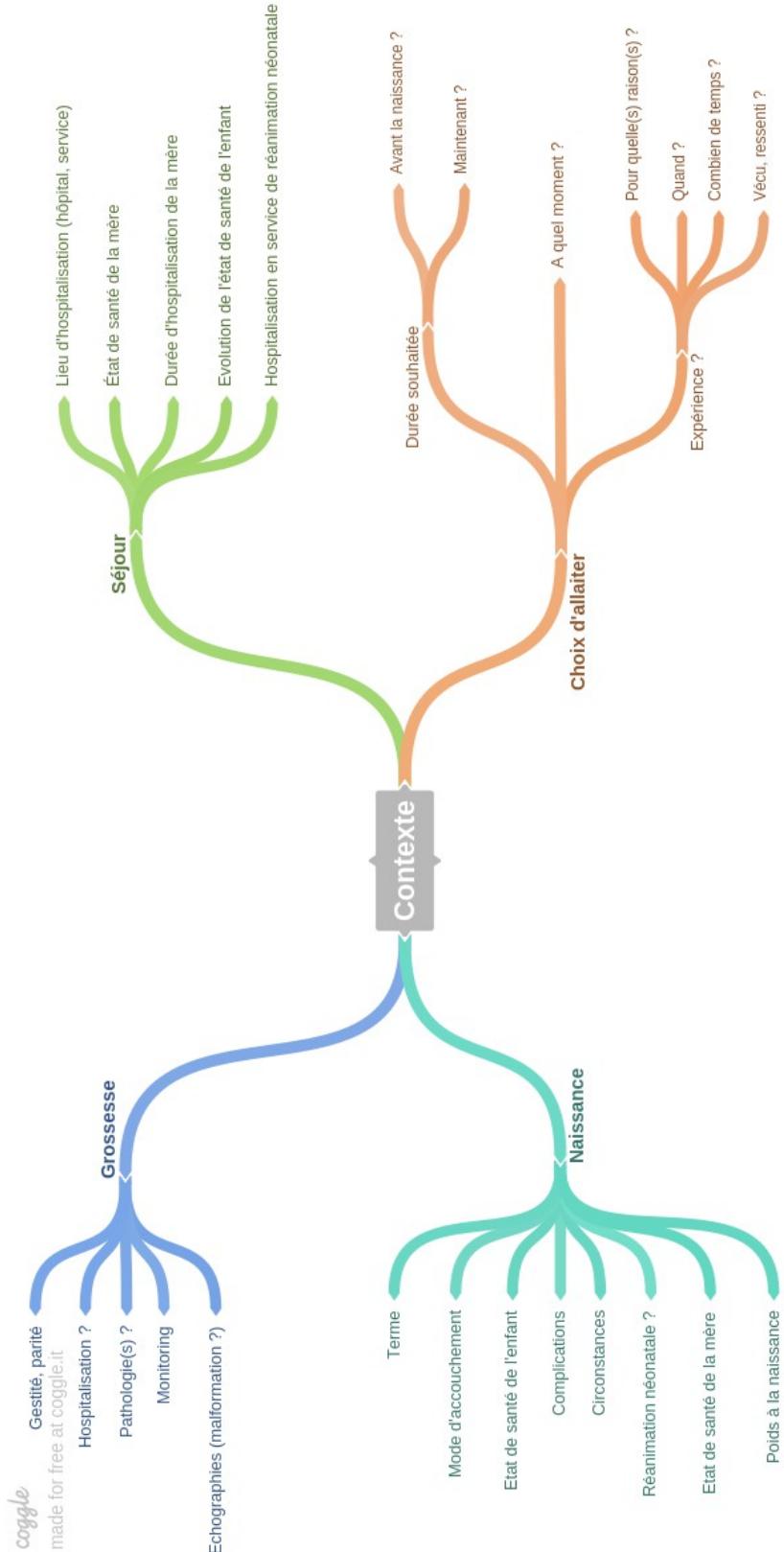
ANNEXE VIII : Éléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une aide à l'AM de leurs NN prématurés à partir de J4

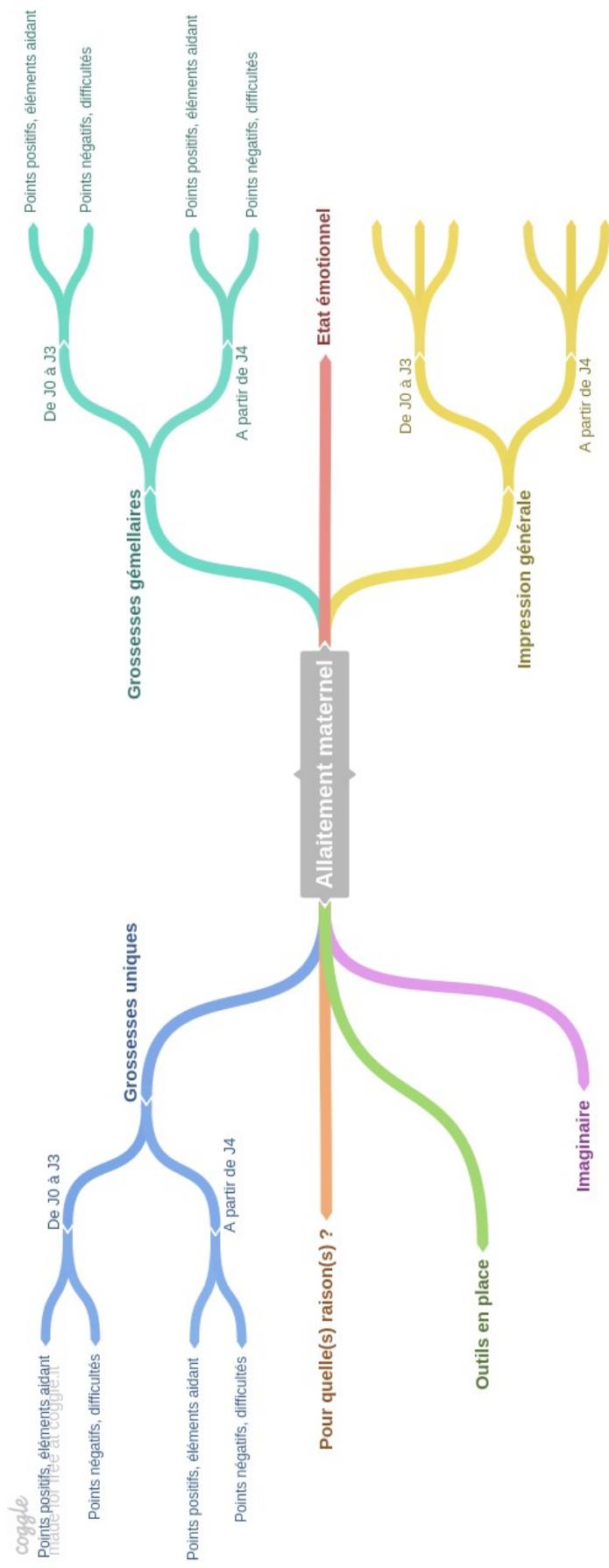
ANNEXE IX : Éléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une difficulté pour leur AM d'un NN prématuré à partir de J4

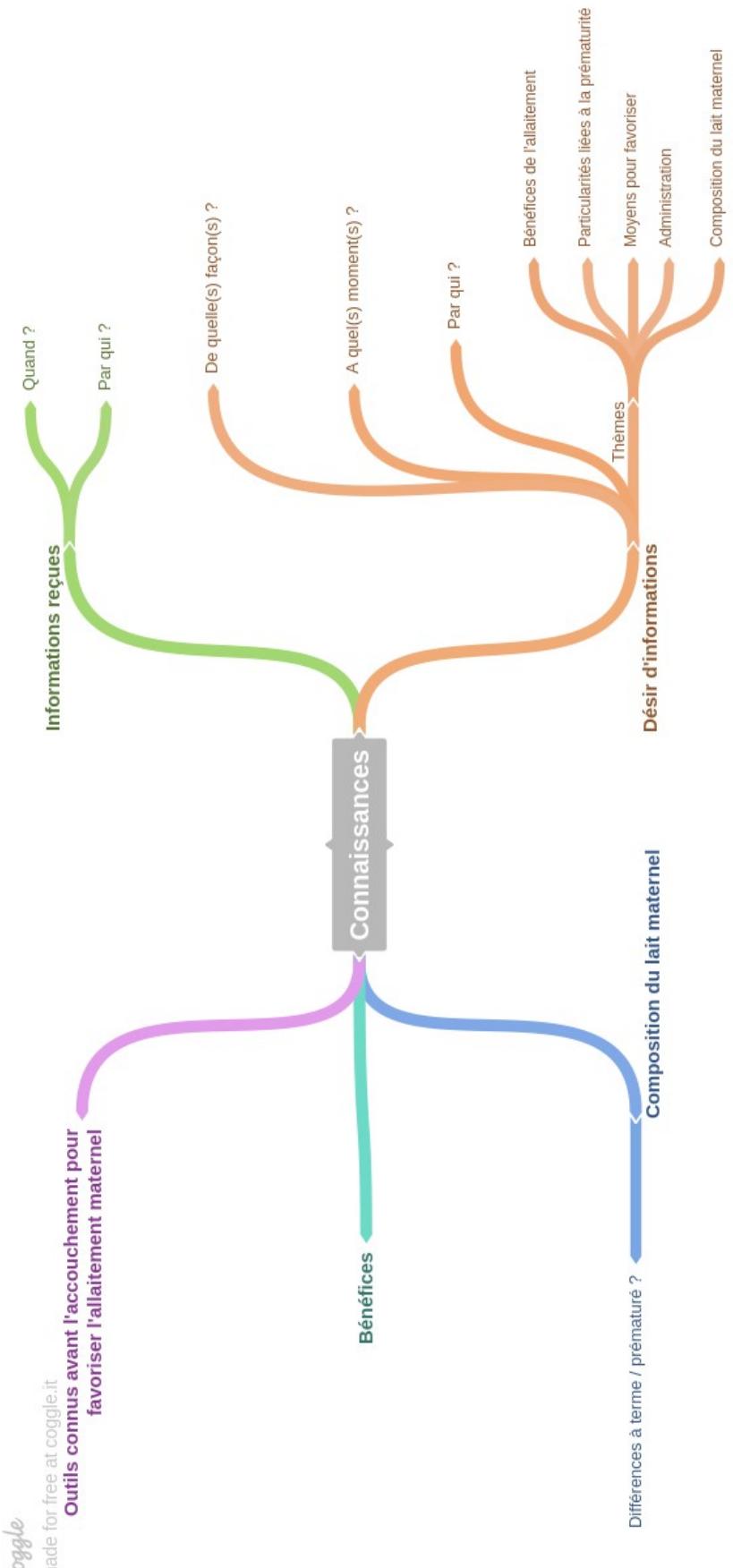
ANNEXE X : Éléments vécus par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une difficulté pour l'AM d'un NN prématuré à partir de J4

ANNEXE XI : Clé USB contenant les entretien

Annexe I : Guide d'entretien







Annexe II : Tableaux de codage

THEME 1 : Le choix du mode d'alimentation

		Raisons qui ont motivé ce choix de mode d'alimentation
Bénéfices pour l'enfant		A1 (lignes 280-281) A2 (ligne 98) A3 (lignes 161 à 163) A4 (ligne 123) A6 (lignes 89, 123-124) A7 (ligne 144) A8 (lignes 64-65) A9 (lignes 58-59) A11 (ligne 91) A12 (ligne 126) A13 (ligne 95)
Envie personnelle	Renouveler l'expérience positive du précédent AM	A8 (lignes 63-64) A12 (ligne 150)
	Contact privilégié	A3 (lignes 166 à 167) A9 (ligne 58) A11 (ligne 91) A12 (ligne 142)
	Envie spontanée d'essayer	A2 (lignes 96-97) A3 (lignes 166 à 167) A4 (lignes 122-123) A9 (ligne 58) A10 (lignes 78 à 80) A11 (ligne 91) A13(ligne 95)
	Fierté	A6 (lignes 91, et 123-124))
Culture		A5 (lignes 155-156) et A8 (ligne 64)

THEME 2 : le ressenti des mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s) de J0 à J3

	Sous-thème 1 : Eléments ressentis par les mères comme une aide à l'AM de leur(s) NN prématuré(s) de J0 à J3
Equipe soignante	A2 (lignes 204-205) A4 (ligne 164) A5 (lignes 339 à 341) A8 (ligne 157) A10 (ligne 51) A11 (ligne 141) A12 (lignes 238 à 240)
Conjoint / Famille	A1 (lignes 419-420) A3 (lignes 176-177, et 320) A4 (lignes 164-165) A5 (lignes 326-327) A7 (lignes 238, et 240) A8 (ligne 157) A11 (ligne 141)
Proximité mère-enfant	A4 (lignes 165-166) A5 (ligne 343) A10 (lignes 141-142) A11 (ligne 217)
Se sentir utile / Aider	A1 (lignes 406 à 408) A2 (ligne 217) A10 (ligne 142) A11 (ligne 625)
Contact privilégié	A3 (ligne 321)
Multiparité	A4 (ligne 168) A8 (ligne 170) A12 (ligne 224)
Gémellité	A12 (ligne 224)

THEME 2 : le ressenti des mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s) de J0 à J3

	Sous-thème 2 : Eléments ressentis par les mères comme une difficulté à l'AM de leur(s) NN prématuré(s) de J0 à J3	
Retard de stimulation de la lactation	A1 (ligne 450) A4 (ligne 170) A6 (lignes 99 à 101)	
Manque d'informations	A1 (lignes 450-451) A5 (ligne 326) A6 (lignes 110 à 112) A10 (lignes 172-173)	
Logistique	A1 (ligne 434) A2 (lignes 226 à 231, 233) A3 (lignes 313, 317, 318, 319) A4 (lignes 170-171-172) A6 (ligne 112) A8 (ligne 155) A10 (lignes 173-174) A11 (ligne 259) A12 (ligne 158) A13 (ligne 187)	
Etat de santé de leur(s) NN	A5 (lignes 326-327) A8 (ligne 150) A11 (ligne 264) A12 (ligne 160)	
Echanges avec les autres mères	A1 (lignes 434 à 436, et 439 à 443)	
Césarienne	A3 (lignes 314-315, et 323-324) A6 (lignes 46-47)	A5 (lignes 312, et 315 à 322) A13 (lignes 184-185)
Transfert postnatal du NN	A6 (lignes 94 à 97, et 168)	

Entourage trop présent	A2 (lignes 236 à 238)
H en SdC	A5 (lignes 460, 463, 468, 470, 472)
Fatigue	A11 (ligne 261) A13 (ligne 227)
Eloignement géographique du conjoint	A12 (lignes 325-326)

THEME 2 : le ressenti des mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématuré(s) de J0 à J3

	Sous-thème 3 : Eléments ressentis par les mères comme une aide à l'AM de leur(s) NN prématuré(s) à partir J4
Equipe soignante	A2 (lignes 219 à 223) A3 (lignes 354 à 356) A4 (ligne 185) A6 (lignes 163 et 165) A8 (ligne 172) A10 (ligne 178) A11 (ligne 244) A12 (ligne 506)
Conjoint / Famille	A2 (ligne 220) A3 (ligne 355) A4 (ligne 185) A8 (lignes 172-173) A11 (ligne 232) A12 (ligne 507)
Amélioration de l'état de santé du NN	A3 (ligne 357)
Proximité mère-enfant	A4 (ligne 194)
Multiparité	A4 (ligne 179) A8 (lignes 173-174) A12 (ligne 418)
Passer du temps avec les NN / Contact	A10 (lignes 178-179) A11 (ligne 266)
Objectifs à court terme	A11 (ligne 265)

THEME 2 : le ressenti des mères allaitant un singleton ou des jumeaux prématué(s) de J0 à J3

	Sous-thème 4 : Eléments ressentis par les mères comme une difficulté à l'AM de leur(s) NN prématué(s) à partir J4
Logistique	A1 (ligne 342) A2 (lignes 274-276) A3 (lignes 342, 345-346, 348 à 351) A4 (ligne 196) A5 (ligne 330) A6 (ligne 312) A7 (ligne 318) A10 (ligne 181) A11 (ligne 412)
Etat de santé du NN	A11 (ligne 415)
Fatigue	A1 (ligne 365) A3 (lignes 340, 342) A4 (lignes 197-198) A10 (ligne 181)
Discours divergents	A1 (lignes 450-451)
Manque d'informations	A1 (ligne 547) A5 (lignes 326-327)
Entourage trop présent	A2 (ligne 274)
Echanges avec les autres mères	A5 (ligne 330)
Césarienne	A3 (lignes 342-343)
Complications de l'accouchement	A12 (lignes 65-66)

M E R E S	<u>Equipe soignante</u>		<u>Conjoint, famille</u>		<u>Conditions d'hospitalisation :</u> <i>Proximité mère-enfant</i>	<u>Se sentir utile / Aider son enfant grâce aux bienfaits du LM</u>	<u>Contact privilégié</u>	<u>Multiparité : expérience</u>
	<i>Conseils / Informations</i>	<i>Encouragements</i>	<i>Encouragements / Soutien</i>	<i>Aide pour l'organisation</i>				
A1			X	X		X		
A2	X	X				X		
A3			X	X			X	
A4	X	X	X	X	X			X
A5	X		X		X			
A6	Aucun élément n'a été ressenti comme une aide							
A7			X	X		X		
A8	X	X	X	X				X
A9	X	X	X			X	X	

Annexe III : Eléments cités par les mères ayant eu une grossesse unique comme une aide à l'AM de J0 à J3

<u>Mères</u>	<u>Equipe soignante</u>		<u>Conjoint, Famille & amis</u>		<u>Proximité mère-enfant</u>	<u>Se sentir utile / Aider ses NN</u>	<u>Multiparité expérience</u>	<u>Gémellité : prématurité fréquente</u>
	<i>Soutien</i>	<i>Conseils / Informations</i>	<i>Soutien</i>	<i>Aide pour l'organisation</i>				
A10		X			X	X		
A11	X	X	X	X	X	X		
A12	X	X					X	X
A13		X	X	X				
A14	X	X	X			X		

Annexe IV : Eléments cités par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une aide à l'AM de J0 à J3

Mères	Retard de stimulation de la lactation	Manque d'informations	Logistique		État de santé du NN	Échanges avec les autres mères	Césarienne	Transfert postnatal du NN	Entourage trop présent	H en SdC
			Le matériel	Gestion du temps / Organisation						
A1	X	X		X	X	X		X		
A2				X					X	
A3			X	X			X			
A4	X			X						
A5		X			X		X			X
A6	X	X	X	X			X	X		
A7				X						
A8			X	X	X					
A9			X	X	X					

Annexe V : Eléments cités par les mères ayant eu une grossesse unique comme une difficulté pour leur AM de J0 à J3

<u>Mères</u>	État de santé / Poids	Fatigue	Difficultés logistiques		Manque d'informations	Accouchement par césarienne	Conjoint : éloignement géographique
			<i>Le matériel</i>	<i>Organisation / Gestion du temps</i>			
A10				X	X		
A11	X	X	X	X			
A12	X			X			X
A13		X		X		X	
A14	X	X		X	X		

Annexe VI : Eléments cités par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une difficulté pour l'AM de leur NN prématuré de J0 à J3

Mères	<u>Equipe soignante</u>		<u>Conjoint & Famille</u>		<u>Amélioration de l'état de santé du NN</u>	<u>Proximité mère - enfant</u>	<u>Multiparité : expérience</u>
	Soutien	Disponibilité / informations	Encouragements / Soutien	Aide pour l'organisation			
A1	X	X	X	X			
A2	X	X	X	X			
A3	X	X	X		X		
A4	X	X	X	X		X	X
A5	X	X	X		X		
A6	X	X					
A7			X	X	X		
A8	X	X	X	X			X
A9	X	X	X	X	X		

Annexe VII : Eléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une aide à l'AM

de leur NN prématuré à partir de J4

<u>Mères</u>	<u>Equipe soignante</u>		<u>Conjoint, Famille, amis</u>		<u>Passer du temps avec les NN / Contact</u>	<u>État de santé des NN</u> : progrès	<u>Multiparité</u> : expérience	<u>Fixer des objectifs à court terme</u>
	<i>Disponibilité / Informations</i>	<i>Soutien</i>	<i>Soutien</i>	<i>Aide pour l'organisation</i>				
A10	X				X			
A11	X	X	X	X	X			X
A12	X	X	X	X			X	
A13	X	X	X	X				
A14	X	X	X	X	X	X		X

Annexe VIII : Eléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une aide à l'AM de leurs NN prématurés à partir de J4

Mères	Difficultés logistiques		État de santé du NN	Fatigue	Discours divergents des pédiatres	Manque d'informations	Entourage trop présent	Echanges avec les autres mères : anxiété	Césarien ne
	<i>Le matériel</i>	<i>Organisation / Temps</i>							
A1		X		X	X	X			
A2		X					X		
A3		X		X					X
A4		X		X					
A5	X	X				X		X	
A6		X	X			X			
A7		X		X					
A8	X	X		X				X	
A9		X	X	X		X			

Annexe IX : Eléments ressentis par les mères ayant eu une grossesse unique comme une difficulté pour leur AM d'un NN prématuré à partir de J4

<u>Mères</u>	<u>Difficultés logistiques : organisation et gestion du temps</u>	<u>Séparation géographique du conjoint</u>	<u>État de santé des NN</u>	<u>Fatigue</u>	<u>Césarienne</u>	<u>Complications de l'accouchement</u>
A10	X			X		
A11	X	X	X			X
A12	X					X
A13	X				X	X
A14	X		X	X		

Annexe X : Eléments vécus par les mères ayant eu une grossesse gémellaire comme une difficulté pour l'AM d'un NN prématuré à partir de J4

RESUME

L'OMS définit la prématurité par une naissance avant 37 SA. Ces enfants nés avant terme ont des besoins entièrement comblés par l'allaitement maternel exclusif. Cependant, sur le terrain les équipes sont confrontés à un dilemme, entre laisser la mère se reposer, la ménager ou bien mettre immédiatement en place les moyens pour favoriser l'allaitement.

L'objectif de l'étude était d'identifier et décrire le vécu et les ressentis des mères allaitant un nouveau-né prématuré hospitalisé en néonatalogie d'identifier leurs éventuelles difficultés.

Une étude qualitative a été menée grâce à des entretiens individuels semi-directifs réalisés avec guide, du 3 juillet 2016 au 29 novembre 2016, et analysés.

Les résultats montrent à quel point les ressentis des mères allaitant un(des) nouveau-né(s) prématuré(s) sont influencés par le contexte de la prématurité. Ces mères doivent faire face à de multiples difficultés et ont besoin pour cela de la plus grande aide possible. Pour permettre à ces mères d'avoir le meilleur vécu possible de leur allaitement materne, les équipes soignantes ont un grand rôle à jouer notamment en favorisant l'empowerment et l'attachement.

L'allaitement maternel dans un contexte aussi particulier que la prématurité est complexe et fait émerger de nombreux ressentis avec une tendance à l'amélioration du vécu de ces mères avec le temps.

Mots-clés : allaitement maternel, prématurité, aide, difficultés, empowerment, attachement.

SUMMARY

According to WHO, one talks about prematurity when a birth arrives before 37 amenorrhoea weeks. For those babies born before term, exclusive breastfeeding fills all their needs. However, in the field, teams face with a dilemma between letting the mother relax and sparing her, or setting all the means up immediately in order to boost breastfeeding.

The study aims at identifying and depicting the experience of mothers who breastfeed hospitalized premature newborn babies, their feelings in that situation, and the difficulties they can experience.

A qualitative study made of Individual half-guided interviews of 14 mothers have been carried out with a table between 3/7/2016 and 29/11/2016, then analyzed.

Results highlight how the prematurity context influence the feelings of mothers who breastfeed premature new-born babies. Those mothers have to face with numerous difficulties and really need help. To help them to have the best possible experience of their breastfeeding, medical teams play an important role, notably by encouraging empowerment and attachment.

In the particular context of prematurity, breastfeeding is complicated and generate numerous feelings, which improve with time.

Key words : breastfeeding, prematurity, help, difficulties, empowerment, attachment.