



Université Lille 2
Droit et Santé

**UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG**

Année : 2012

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**Allaitement maternel
et
Travail**

**Enquête auprès de 270 mères actives travaillant
en milieu hospitalier dans la Région Nord Pas de Calais**

Présentée et soutenue publiquement le

9 Juillet 2012

Par

Mme Corinne DELFOSSE - FERNANDES

Jury

Président :

Monsieur le Professeur FRIMAT

Assesseurs :

Monsieur le Professeur TURCK

Madame le Professeur SOBASZEK

Madame le Docteur JAMBON

Directrice de thèse :

Madame le Docteur FANTONI

TABLE DES MATIERES

<i>INTRODUCTION</i>	<i>14</i>
<i>PREMIÈRE PARTIE : Allaitement maternel et travail : Etat des lieux</i>	<i>16</i>
<i>I. ALLAITEMENT MATERNEL, UN VERITABLE ENJEU DE SANTE PUBLIQUE</i>	<i>16</i>
A. Des bienfaits multiples et partagés	16
1. Des avantages pour la santé de l'enfant	16
2. Des avantages pour la santé de la mère	17
3. Des avantages socio-économiques	18
B. Recommandations et Promotion de l'allaitement maternel, notamment lors de la reprise du travail	22
1. Au niveau international	22
2. Au niveau européen	22
3. Au niveau national	23
<i>II. SITUATION ACTUELLE EN FRANCE</i>	<i>27</i>
A. L'allaitement maternel	27
1. Recueil des données	27
2. Initiation de l'allaitement maternel en maternité	27
3. Durée de l'allaitement maternel	29
B. Le marché du travail des femmes françaises	34
1. Le taux d'activité	34
2. Le taux d'emploi	36
3. Les secteurs d'activité	36
4. Le temps partiel	36
C. La législation sociale et le droit du travail français autour de l'allaitement maternel	37
1. Les prestations familiales, les droits sociaux	37
2. Le code du travail	38
3. Les conventions collectives	43
<i>DEUXIEME PARTIE : Allaitement maternel et travail : Analyse de la littérature en lien avec notre sujet</i>	<i>44</i>
<i>III. IMPACT DU TRAVAIL SUR LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</i>	<i>44</i>
A. Un peu d'histoire...	44
B. L'influence du travail sur l'initiation de l'allaitement maternel	46
C. L'influence du travail sur la durée de l'allaitement maternel	47
1. Les multiples déterminants de la durée d'allaitement, dont le travail	47
2. La reprise du travail	49
3. La durée de l'arrêt maternité	52
4. Le temps partiel	55
5. L'environnement et le soutien professionnel	55
D. Allaitement et travail : le soutien auprès des mères actives	63
1. Associations de soutien à l'allaitement maternel	63
2. Quelques exemples de brochures récentes de soutien et d'information sur l'allaitement maternel	64

TROISIEME PARTIE : Etude auprès de 270 mères actives dont 219 allaitantes, au sein du milieu hospitalier dans le Nord Pas de Calais		65
IV.	OBJECTIFS DE L'ETUDE	65
A.	Objectif principal	65
B.	Objectifs secondaires	65
V.	MATERIEL ET METHODES	66
A.	Principe de l'enquête et constitution des échantillons	66
1.	Au préalable : Etat des lieux des hôpitaux de la Région Nord Pas de Calais	66
2.	Enquête auprès de 270 mères actives dont 219 allaitantes autour de l'allaitement et le travail.	66
B.	Réalisation des questionnaires	67
C.	Recueil des données	68
D.	Méthodologie et analyse statistique	68
VI.	PRESENTATION DES RESULTATS	70
A.	Etat des lieux initial	70
B.	Description de l'échantillon global des mères interrogées (n=270)	70
1.	Rappel des caractéristiques des trois centres hospitaliers sélectionnés.	70
2.	Participation à l'étude	71
3.	Le taux d'allaitement	72
4.	Profil de l'échantillon global des mères (non allaitantes et allaitantes)	72
5.	La durée de l'arrêt maternité, soit l'âge de l'enfant à la reprise du travail	74
6.	Critères influençant le taux d'allaitement de notre étude	74
C.	Les mères non allaitantes (n=51)	76
1.	Raisons de non-allaitement	76
2.	Influence d'un local d'allaitement existant ou potentiel sur ces mères non allaitantes	76
D.	Les mères allaitantes (n=219)	77
1.	Caractéristiques professionnelles des mères allaitantes interrogées	77
2.	Soutien professionnel et non professionnel des mères allaitantes	79
3.	Connaissances des mères allaitantes	80
4.	Déroulement de l'allaitement maternel des mères actives	81
5.	Local d'allaitement et allaitement sur le lieu de travail	95
6.	Appréciation globale des mères concernant leur allaitement	99
VII.	DISCUSSION	102
A.	Synthèse des résultats	102
B.	Commentaires des résultats de notre étude et confrontation de certains à la littérature	105
1.	Le taux d'allaitement exclusif ou partiel à la naissance de notre étude	105
2.	Les durées totales d'allaitement et les durées d'allaitement exclusif	107
3.	Impact du travail sur la poursuite de l'allaitement	109
C.	Faiblesses du travail et biais de l'étude	120
1.	Biais de sélection	120
2.	Biais de mesure et de réponse	120
3.	Réflexions complémentaires	121
D.	Quelques clefs et propositions pour l'avenir	122
1.	Le congé postnatal : une durée à revoir ?	122
2.	Faciliter la conciliation allaitement-travail	123
CONCLUSION		127
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES		129
TABLE DES ANNEXES		147

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>Figure 1 : Répartition des nombres de jours d'absences en fonction du type d'alimentation.(71)</i>	20
<i>Figure 2 : Evolution des taux d'allaitement exclusif ou partiel à la maternité de 1972 à 2010.</i>	27
<i>Figure 3 : Taux d'allaitement au sein exclusif ou partiel selon les régions</i>	28
<i>Figure 4 : Evolution des taux d'allaitement exclusif à la maternité de 1995 à 2010</i>	29
<i>Figure 5 : Evolution du taux d'allaitement en fonction de l'âge du nourrisson en 2002 et en 2007.</i>	30
<i>Figure 6 : Taux d'initiation de l'allaitement à la naissance ou à la sortie de maternité dans 17 pays européens. (Allaitement partiel et exclusif)</i>	31
<i>Figure 7 : Taux d'allaitement à 3 ou 4 mois dans 21 pays européens.</i>	32
<i>Figure 8 : Taux d'allaitement à 6 mois dans 21 pays européens (tout allaitement compris).</i>	32
<i>Figure 9 : Taux d'activité des femmes en 2009 en Europe</i>	35
<i>Figure 10 : Causes de sevrage</i>	49
<i>Figure 11 : Raisons de sevrage par âge</i>	50
<i>Figure 12 : Participation à l'étude</i>	71
<i>Figure 13 : proportions des mères allaitantes et non allaitantes</i>	72
<i>Figure 14 : Age des mères interrogées</i>	73
<i>Figure 15 : Niveau d'études des mères interrogées</i>	73
<i>Figure 16 : Nombre d'enfants des mères interrogées</i>	73
<i>Figure 17 : Caractère IHAB de la maternité d'accouchement du dernier enfant des mères interrogées</i>	73
<i>Figure 18 : Age de l'enfant à la reprise du travail</i>	74
<i>Figure 19 : Raisons de non allaitement avancées par les mères (n=51)</i>	76
<i>Figure 20 : poste de travail occupé par les mères allaitantes interrogées</i>	77
<i>Figure 21 : Temps de trajet domicile-travail des mères allaitantes interrogées</i>	78
<i>Figure 22 : Travail de nuit des mères allaitantes interrogées</i>	78
<i>Figure 23 : Ancienneté des mères allaitantes interrogées</i>	78
<i>Figure 24 : Soutien des mères allaitantes</i>	79
<i>Figure 25 : Contact avec une association de soutien à l'allaitement</i>	79
<i>Figure 26 : Connaissance de la législation sur l'heure d'allaitement (L1225-30)</i>	80
<i>Figure 27 : Connaissance de la législation sur les locaux d'allaitement dédiés au personnel sur le lieu de travail, principalement appliquée dans le secteur privé (L1225-32)</i>	80
<i>Figure 28 : Connaissance des recommandations autour des durées optimales d'allaitement maternel (3)(7)...</i>	80
<i>Figure 29 : Raisons du sevrage des mères n'ayant pas concilié allaitement et travail</i>	81
<i>Figure 30 : Raisons du sevrage des mères ayant concilié allaitement et travail</i>	81
<i>Figure 31 : Poursuite de l'allaitement à la reprise du travail</i>	83
<i>Figure 32 : Durée d'allaitement maternel exclusif et durée totale d'allaitement pour l'ensemble des mères (n=219) (en semaines).</i>	85
<i>Figure 33 : Evolution du taux d'allaitement total (partiel + exclusif) au cours de la première année de vie de l'enfant (n=189, nombre de mères ayant un enfant de 1an et plus au moment de l'étude).</i>	85
<i>Figure 34 : Durées d'allaitement en fonction de la durée du congé maternité</i>	91
<i>Figure 35 : Durées d'allaitement en fonction du poste de travail</i>	91
<i>Figure 36 : Durée moyenne d'allaitement en fonction du soutien ressenti par la mère</i>	92

<i>Figure 37 : Durée moyenne d'allaitement en fonction du niveau d'études de la mère.....</i>	<i>92</i>
<i>Figure 38 : Evaluation subjective des mères concernant les locaux d'allaitement du CH Tourcoing</i>	<i>95</i>
<i>Figure 39 : Soutien professionnel et allaitement sur le lieu de travail dans le CH Tourcoing.....</i>	<i>96</i>
<i>Figure 40 : Allaitement sur le lieu de travail des mères travaillant dans les CH Roubaix et CH Seclin.....</i>	<i>97</i>
<i>Figure 41 : Soutien professionnel et allaitement sur le lieu de travail dans les CH Roubaix et Seclin.....</i>	<i>98</i>
<i>Figure 42 : Synthèse des facteurs professionnels impactant les durées d'allaitement</i>	<i>103</i>

TABLE DES TABLEAUX

<i>Tableau 1 : Calcul des coûts relatifs à la prise en charge des maladies des jeunes enfants entre 0 et 6 mois, pendant une année en millions d'euros, 1997, Leclercq AM. (65)</i>	19
<i>Tableau 2 : Part du coût de l'allaitement artificiel dans les foyers</i>	20
<i>Tableau 3 : Notre région Nord Pas de Calais, en 2010,</i>	28
<i>Tableau 4 : Le taux d'activité des femmes en France, 2010</i>	34
<i>Tableau 5 : Taux d'activité des femmes en fonction du nombre d'enfants dans le foyer en 2010</i>	34
<i>Tableau 6 : Le taux d'emploi des femmes en France, 2010</i>	36
<i>Tableau 7 : Causes de sevrage avant ou après 9 semaines</i>	50
<i>Tableau 8 : Congé légal de maternité de quelques pays européens</i>	54
<i>Tableau 9 : Etude portant sur l'ensemble des mères interrogées (n=270)</i>	75
<i>Tableau 10 : Temps de travail (Temps complet, 80% et mi-temps) des mères allaitantes interrogées</i>	77
<i>Tableau 11: Quatre premières causes de sevrage évoquées par les mères ayant sevré avant ou après la reprise du travail</i>	82
<i>Tableau 12 : Conciliation Allaitement-Travail</i>	84
<i>Tableau 13 : Facteurs influençant la durée totale d'allaitement et la durée d'allaitement exclusif des mères allaitantes (n=219)</i>	87
<i>Tableau 14 : Facteurs les plus prédictifs de la prolongation de l'allaitement de 6 mois et plus (total et exclusif) (n=219)</i>	94
<i>Tableau 15 : Facteurs influençant significativement la satisfaction des mères allaitantes (n=219)</i>	100

LISTE DES ABREVIATIONS

ANAES =	Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, l'ANAES existe au sein de l'HAS
CH =	Centre Hospitalier
CHSCT =	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
DREES =	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
ENP =	Enquête Nationale Périnatale
HAS =	Haute Autorité de Santé
IHAB =	Initiation Hôpital Ami des Bébé
INPES =	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE =	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM =	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
OMS =	Organisation Mondiale de la Santé = WHO = World Health Organization
PMI =	Protection Maternelle et Infantile
PNNS =	Programme National Nutrition Santé
RH =	Ressources Humaines

Dans la partie statistique de notre étude :

(S) = Significatif

(NS) = Non Significatif

n = effectif

OR = Odds Ratio

p = p-value traduisant la significativité statistique ; quand $p < \text{ou} = \text{à } 0.5$, le lien ou la différence est significative.

AUC = Area Under the Curve, Aire sous la courbe = indice de qualité statistique

Quelques définitions :

Nous parlons d' « **allaitement exclusif** » lorsque le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, d' « **allaitement partiel** », quand le lait maternel est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales...

Dans notre étude, nous parlons de « **durée totale** » ou d' « **allaitement total** », qui signifie la durée cumulée d'allaitement exclusif et partiel.

INTRODUCTION

Etre mère et femme active à la fois...

Nombreuses sont les femmes désirant mener de front leur maternité et leur vie professionnelle. Concilier l'allaitement maternel et la reprise du travail demeure l'un des défis que se lancent certaines mères. Après avoir passé les étapes difficiles de la mise en place de l'allaitement, elles souhaitent le poursuivre dans la durée et ne pas arrêter cette aventure en reprenant le travail.

L'allaitement maternel est une pratique intime au cœur de la santé publique et un mode d'alimentation optimal pour les nourrissons et les jeunes enfants.

Véritable enjeu majeur aux regards de ses bénéfices multiples, physiologiques et socio-économiques, l'allaitement constitue un formidable outil de prévention de la maladie, naturel, gratuit et universel.

La France est la lanterne rouge des pays industrialisés. Elle est à la traîne en Europe, elle présente des taux d'initiation très bas et des durées d'allaitement très courtes. L'allaitement maternel est loin d'être un réflexe en France.

La reprise du travail considérée comme un de ses obstacles est associée dans beaucoup d'esprits à sevrage. Cette conciliation allaitement-travail est réelle bien que méconnue, notamment grâce à des mesures légales de protection de la mère allaitante au travail.

Il existe en France un décalage important entre la durée du congé maternité et la durée de l'allaitement optimale préconisée dans les recommandations Internationales OMS et Françaises de l'HAS/ANAES reprises à travers le Plan National Nutrition Santé (PNNS).

Nous nous sommes penchés sur la question de l'allaitement maternel chez des mères actives travaillant dans un milieu professionnel particulier, tel que le milieu hospitalier. Elles ont pour rôle de soutenir l'allaitement maternel auprès de leurs patientes.

Curieux de cerner cet environnement, nous avons cherché à identifier les facteurs professionnels influençant la pratique de l'allaitement maternel de ses salariées et ainsi pouvoir agir sur eux.

Créer ainsi un environnement de travail favorable à l'allaitement maternel fait partie intégrante de la lutte contre les risques professionnels psychosociaux.

Il devient ainsi légitime de se poser les questions suivantes :

- Que fait l'employeur, la hiérarchie pour soutenir et faciliter la poursuite de l'allaitement maternel chez leurs salariées allaitantes?
- Quel est l'impact d'un local d'allaitement sur le lieu de travail ? Sa mise en place suffit elle à aider les mères dans cette démarche ?
- Quels facteurs professionnels influencent la pratique et la poursuite de l'allaitement chez les mères actives travaillant en milieu hospitalier ?
- L'environnement professionnel hospitalier est-il favorable à la poursuite de l'allaitement ?
- Les mères sensibilisées de par leur profession allaitent elles plus souvent et plus longtemps ?

Pour répondre à ces questions, réaliser une enquête en se rapprochant des mères actives dans ce milieu nous a paru indispensable.

La littérature nous offre peu d'études d'interventions réalisées pour promouvoir l'allaitement en milieu professionnel. Tous les facteurs liés au travail, comme les conditions matérielles et relationnelles, ne sont pas entièrement explorés.

Après un rappel des principaux bienfaits et des recommandations de l'allaitement maternel, nous établirons un état de lieux de la situation actuelle en France de l'allaitement maternel, du marché du travail et de la législation.

Nous analyserons ensuite la littérature en lien avec notre sujet avant de détailler les résultats de notre étude. Nous les commenterons et nous confronterons certains d'entre eux aux données de la littérature.

Enfin, nous tenterons de dégager des propositions pour l'avenir afin de faciliter la poursuite de l'allaitement maternel et d'accroître sa durée chez les mères actives.

PREMIÈRE PARTIE : Allaitement maternel

et travail : Etat des lieux

I. ALLAITEMENT MATERNEL, UN VÉRITABLE ENJEU DE SANTE PUBLIQUE

L'allaitement maternel représente un outil universel et gratuit de prévention primaire.

Le lait maternel, un modèle inimitable, possède de nombreux effets bénéfiques largement décrits dans la littérature, partagés entre l'enfant et sa mère, ainsi qu'au niveau socio-économiques.(1-5)

Ces bénéfices dépendent du degré d'exclusivité de l'allaitement et de sa durée, ils sont « dose-dépendants ». Il est ainsi important de le soutenir et de le promouvoir à la fois à l'initiation au moment de la naissance ainsi que dans la durée, en accompagnant notamment les mères actives reprenant le travail et souhaitant concilier l'allaitement qu'elles ont entrepris avec leur activité professionnelle.

A. Des bienfaits multiples et partagés

1. Des avantages pour la santé de l'enfant

Le lait maternel satisfait les **besoins nutritionnels** du nourrisson à lui seul, exclusivement, pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant.(3)(6) Une durée de 6 mois d'allaitement maternel exclusif est ainsi préconisée dans les recommandations internationales OMS (2-3) et nationales HAS/ANAES.(7)

La composition unique du lait maternel qui évolue durant une même tétée et au fil des jours, s'adapte en permanence aux besoins de l'enfant pendant sa croissance. (8-11)

Une protection à court terme notamment contre les **infections** (digestives notamment, (1)(12-15), à un moindre niveau, respiratoires, de la sphère ORL(1)(16-18) demeure le principal bénéfice santé de l'allaitement pour l'enfant diminuant ainsi le risque d'hospitalisation pour une quelconque infection virale ou bactérienne sévère.(1)(19-20)

L'allaitement confère également une protection à long terme contre certaines pathologies chroniques comme la prévention des **allergies** qui reste l'objet de débats.

Certains auteurs penchent pour une protection non absolue et une diminution probable du risque d'asthme et d'allergie chez les enfants allaités au sein, à risque d'allergie. (1)(12-13)(21-24) Mais, quelques études ont montré une augmentation du risque allergique.(22)(25-26) Cependant, d'autres

publications récentes ne montrent pas d'effet bénéfique ou délétère du type d'allaitement sur ce risque et ne sont pas concluantes à ce sujet.(27-30)

L'allaitement maternel est associé à une diminution significative du risque de **surpoids et d'obésité** de l'enfant allaité, dans l'enfance et à l'adolescence. La poursuite de cet effet bénéfique à l'âge adulte est incertaine.(1)(12-13)(31-34)

A l'âge adulte, les enfants allaités ont une **pression artérielle** et une **cholestérolémie** légèrement inférieures à celles des enfants non allaités.(1)(33)(35)

Un effet protecteur modéré mais réel de l'allaitement maternel sur les facteurs de risque, l'incidence et la mortalité par **maladies cardiovasculaires** a également été montré.(36-37)

L'allaitement maternel diminue le risque d'apparition de certaines maladies pour l'enfant allaité comme le **diabète de type 1** (38-41), de type 2 (sujets controversés) ou d'autres maladies comme la **maladie cœliaque**, la **maladie de Crohn**, la **rectocolite hémorragique**.(1)(12)(42)

Le lien éventuel entre allaitement et **développement cognitif** est extrêmement controversé. (1)(12)(31)(43-47)

Que ce soit pour des raisons psychoaffectives, nutritionnelles ou environnementales, l'allaitement apporte un bénéfice sur le plan cognitif, modeste mais démontré dans la majorité des études, persistant à l'âge adulte.(11)(48-52)

Sujet également très discuté, l'allaitement maternel conférerait une protection contre la **mort subite du nourrisson**.(53-54)

2. Des avantages pour la santé de la mère

Notamment dans la période du post-partum, les **suites de couches** sont facilitées.(1)(55)

L'allaitement facilite la perte de poids dans les six mois qui suivent l'accouchement et réduirait le risque de dépression du post-partum pour la mère.(1)(55-57)

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une **méthode de contraception naturelle** pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %. (ANAES, recommandations, 2002 (7)).

Lors de la reprise du travail, les **bénéfices psychologiques** de la poursuite de l'allaitement sont majeurs. Le fait de garder un contact charnel direct ou indirect (par l'expression du lait maternel entre autres) compense l'angoisse générée chez la mère reprenant le travail et devant laisser son enfant. Le retour au travail leur paraît ainsi moins douloureux.(58)

Le stress occasionné pour la mère fait partie intégrante des risques psychosociaux auxquelles elle est confrontée.

Grâce au cordon du lait maintenu, la séparation est adoucie tant pour la mère que pour l'enfant. La joie de la tétée de retrouvailles permet à la mère de se reposer et reprendre son souffle après le travail.

A long terme, allaiter son enfant serait pour la mère un facteur de prévention pour le risque d'**ostéoporose**.⁽¹⁾

L'allaitement maternel est également corrélé à une diminution du risque de contracter un **cancer du sein et de l'ovaire** avant la ménopause.⁽¹⁾⁽⁵⁵⁾⁽⁵⁹⁻⁶⁰⁾

Ces effets protecteurs sur la santé de la mère se manifestent après au moins trois mois d'allaitement maternel ⁽⁶¹⁾ et sembleraient liés à la durée cumulée d'allaitement maternel de la femme pendant sa vie reproductive.⁽⁶²⁾

L'allaitement maternel est associé aussi à une réduction du risque de **maladies cardiovasculaires et métaboliques**.⁽¹⁾⁽⁵⁶⁾⁽⁶¹⁻⁶³⁾

3. Des avantages socio-économiques

Le lait maternel est l'aliment adapté aux besoins nutritionnels de l'enfant le plus économique.

Les familles, les employeurs et les gouvernements réalisent des économies en soutenant activement l'allaitement maternel. Toutefois, dans les pays développés, les consommateurs le délaissent au profit du lait maternisé en poudre.

Mesurer l'impact économique de l'allaitement maternel s'avère difficile étant donné qu'il concerne de nombreux secteurs de la vie sanitaire et sociale. Cependant, des estimations indéniables existent concernant les économies réalisées par les gouvernements dans le domaine des dépenses de santé, par les familles et par les employeurs, quand les bébés sont allaités.

a. Economie pour les gouvernements concernant les dépenses de santé.

Le non allaitement étant associé à un risque plus élevé de morbidité infantile et maternelle, les stratégies visant à promouvoir l'allaitement à l'initiation et dans la durée, ont ainsi un impact favorable sur la santé publique. Ils génèrent en effet des économies significatives pour le système de santé (baisse des soins médicaux externes et prévention des hospitalisations).

Les **dépenses de santé** diminuent significativement en volume lorsque les taux d'allaitement maternel augmentent, les enfants nourris artificiellement étant des plus gros consommateurs de soins.

Très peu de données nationales sont disponibles sur les économies de coûts de santé liées à l'allaitement. En France, en 1994 et en 1997, respectivement Bitoun P.(64) et Leclercq AM. (65) ont mis en évidence la valeur économique de l'allaitement maternel.

L'économie annuelle en frais médicaux était estimée à 189 euros et par enfant.(64)

Concernant les pathologies, uniquement les otites, les rhinopharyngites et les gastroentérites ont été prises en compte. Concernant les soins médicaux, les visites chez le médecin et les frais pharmaceutiques ont été étudiés sans prendre en compte les éventuelles hospitalisations.

Une analyse des coûts et des bénéfices inhérents au mode d'alimentation de l'enfant (65) estimait que pour une élévation de 5% du taux d'allaitement maternel, une économie de 2,7 millions d'euros par an pourrait être faite sur les seules dépenses liées aux pathologies des jeunes nourrissons (0-6 mois).(Tableau 1)

Ces statistiques ont été réajustées en tenant compte du fait que ce sont les mères les plus diplômées et les plus âgées qui allaitent le plus, appartenant à un milieu social favorisé.

Tableau 1 : Calcul des coûts relatifs à la prise en charge des maladies des jeunes enfants entre 0 et 6 mois, pendant une année en millions d'euros, 1997, Leclercq AM. (65)

Taux d'allaitement Maternel	Coût Calculé (m€)	Economie calculée (m€)
33%	58	-
67%	40	18
95%	25	33

Par ailleurs, une analyse de l'Inserm publiée en 2005 sur le coût des seules infections à rotavirus estimait que si la proportion des enfants allaités en France était égale à celle de la Norvège, où plus de 40 % des enfants sont allaités à l'âge de 9 mois, on pourrait éviter 8000 cas de diarrhées à rotavirus et 1000 hospitalisations par an.(66)

b. Economie pour les familles

L'allaitement maternel évite des dépenses directement liées à l'**achat des formules lactées** mais aussi liées aux **frais médicaux supplémentaires** (dépenses en soins médicaux, notamment ceux liés aux maladies infectieuses, en pharmacie, en consultations et en hospitalisations en pédiatrie plus nombreuses chez les enfants non allaités).(67-70)

Ces dépenses faites en moins par le foyer, augmente le pouvoir d'achat. Cette étude explique que l'Etat est gagnant : des dépenses moindres en laits en poudre et en eaux minérales (TVA à 5,5%) et des familles qui se tournent vers les biens de consommations taxés à 19,6%.

Le surcoût lié à l'alimentation au lait artificiel durant 6 mois est estimé à 512,50 euros pour un nourrisson pendant les six premiers mois.(65)

Le tableau suivant montre la part importante du coût de l'allaitement artificiel dans les foyers à bas revenus. (Tableau 2)

Tableau 2 : Part du coût de l'allaitement artificiel dans les foyers

	Mère + Bébé RMI	Mère + Père + Bébé RMI	Mère + Bébé SMIC	Mère + Père + Bébé SMIC
Biberon	14.2%	8.9%	6.4%	3.2%
Sein	3%	1.9%	1.4%	0.7%

Le non-allaitement constitue un facteur d'appauvrissement des familles, en particulier pour les familles en difficulté sur le plan socio-économique.

c. Economie pour les employeurs

Une étude américaine publiée en 1995 souligne les effets indirects de l'allaitement poursuivi après la reprise du travail, s'intéressant à l'**absentéisme des mères** selon qu'elles allaient ou non. Cette étude a été réalisée dans deux entreprises ayant un programme de soutien à la lactation.(71)

Les enfants nourris au lait maternel sont moins souvent malades que les enfants non allaités et lorsqu'ils le sont, ils le sont moins longtemps.

Pendant la première année de vie, les enfants allaités étaient quatre fois plus souvent indemnes de pathologies infectieuses (otites, infections respiratoires, diarrhées aiguës) que les enfants non allaités. Dans cette étude, 86% des bébés non malades avant leur premier anniversaire sont des bébés allaités et 14% sont des bébés non allaités. De plus, 74% des cas de maladies chez les bébés allaités n'entraînent pas d'absentéisme maternel contre 57 % chez les mères qui nourrissent au lait industriel.

Deux tiers des absences maternelles au travail survenaient chez les mères non allaitantes et leurs absences d'une durée d'une journée étaient significativement deux fois plus fréquentes également (26% contre 11% chez celles qui avaient un enfant allaité).(71)

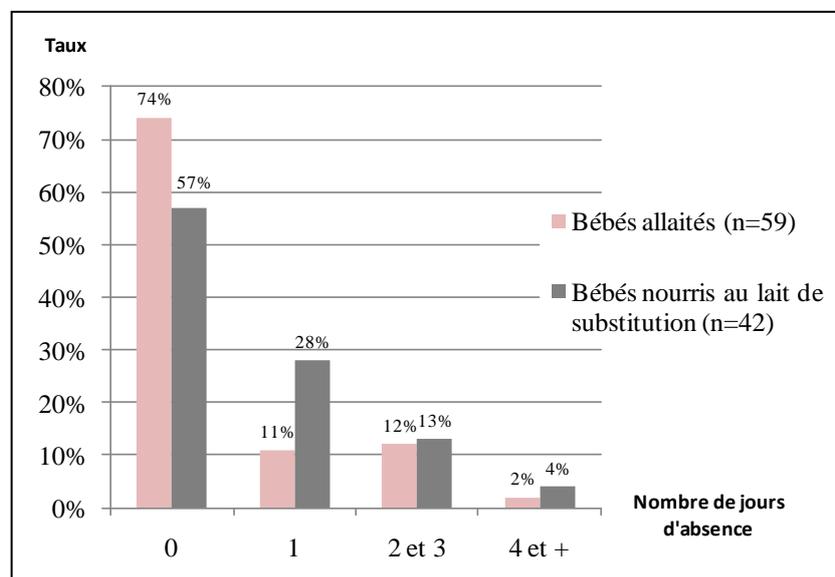


Figure 1 : Répartition des nombres de jours d'absences en fonction du type d'alimentation.(71)

La mère préoccupée par la santé de son enfant malade est moins disponible pour son travail. En effet, les enfants malades contraignent la plupart du temps leurs parents à quitter au moins momentanément leur travail pour les soigner en prenant par exemple des « congés pour enfant malade ».

Selon l'article L1225-61, le salarié bénéficie d'un congé non rémunéré en cas de maladie ou d'accident, constatés par certificat médical, d'un enfant de moins de seize ans dont il assume la charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale.

La durée de ce congé est au maximum de trois jours par an. Elle est portée à cinq jours si l'enfant est âgé de moins d'un an ou si le salarié assume la charge de trois enfants ou plus âgés de moins de seize ans

Les bénéfices pour l'employeur :

- un **absentéisme moins important** pour cause de maladies de l'enfant
- une **amélioration du climat dans l'entreprise et des relations salariées-employeurs** avec en conséquence plus d'implication et de concentration dans leur activité professionnelle
- une meilleure **productivité** et une **stabilité** plus importante
- un **retour plus serein** des employées
- une **amélioration de l'image** du lieu de travail

Devant la méconnaissance fréquente des avantages de l'allaitement par les employeurs, une **campagne d'information** se justifie. Celle-ci a pour but d'attirer leur attention et de les sensibiliser sur ce domaine afin qu'ils mettent en œuvre les mesures adéquates pour soutenir les femmes souhaitant concilier allaitement et travail ainsi que pour appliquer la législation en vigueur. (72)

Cette notion est notamment retrouvée dans un plan d'action français, où sont réalisées des propositions d'actions variées pour la promotion de l'allaitement maternel en France, dans un rapport du groupe de travail Allaitement du PNNS présenté par le Professeur Turck en juin 2010.(72)

B. Recommandations et Promotion de l'allaitement maternel, notamment lors de la reprise du travail

Devenue progressivement un sujet majeur de santé publique devant ces multiples bienfaits, la pratique de l'allaitement maternel a acquis au fil du temps une reconnaissance scientifique et politique mondiale, européenne et nationale notamment depuis 2002.

Une véritable stratégie s'est ainsi mise en place pour soutenir et promouvoir l'allaitement maternel dans la durée, à travers les difficultés rencontrées par les mères comme la reprise du travail.

1. Au niveau international

Les Recommandations OMS sur l'alimentation infantile ont été votées en 2001 par l'Assemblée mondiale de la santé (Résolution WHA 54.2, (2)) et ont été réaffirmées dans la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en 2002.(Résolution WHA55.25, (3)).

« Le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les 6 premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique. Par la suite, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats du point de vue nutritionnel, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus ».

Ces recommandations générales, squelette d'une bonne hygiène alimentaire, doivent être adaptées à chaque enfant.

2. Au niveau européen

Un Plan Européen de Protection, de Promotion et de Soutien de l'Allaitement Maternel a été élaboré en 2002, révisé en 2004 (73) lors de la mise en œuvre pilote du Plan d'action et de nouveau révisé en 2008.(74)

Un panorama de la situation actuelle de l'allaitement maternel y est brossé. Il offre un cadre pour la mise en place d'un plan d'action, avec des programmes et des actions à mettre en œuvre en Europe de manière à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel notamment au sein du milieu professionnel de la mère.

En 2008, **le Deuxième Plan d'action européen de l'OMS** pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012, a été révisé.(75)

Le Premier Plan d'action pour l'alimentation et la nutrition (2000-2005) était paru en 2001 (Région européenne de l'Organisation Mondiale de la Santé).(76)

Deux des principaux domaines d'action de ce deuxième plan d'action européen s'intitulent : « favoriser un départ sain dans la vie » et « améliorer la nutrition et la sécurité sanitaire des aliments dans le secteur de la santé ».

Le thème de la promotion de l'allaitement maternel y est abordé avec une partie concernant sa conciliation avec l'activité professionnelle de la mère (protéger l'allaitement exclusif pendant 6 mois en permettant un congé parental approprié, des pauses allaitement et la souplesse voulue pour aider les femmes qui travaillent pendant l'allaitement).

La **Société Européenne de Gastroentérologie, d'Hépatologie et de Nutrition Pédiatrique (ESPGHAN)** recommande un allaitement exclusif d'une durée de 6 mois idéalement, et au minimum de 4 mois.

3. Au niveau national

Enfin en mai 2002, commence l'élaboration de **références nationales sur l'allaitement maternel** destinées en particulier à améliorer la durée de l'allaitement maternel :

« Allaitement maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant, **ANAES** (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé) ». « L'allaitement maternel exclusif permet un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois »⁽⁷⁾ Cette recommandation de l'**HAS** (Haute Autorité de Santé) concerne tout enfant sain, né à terme. L'ANAES existe au sein de l'HAS.

Elles vont permettre aux professionnels de santé de s'appuyer sur des bases les plus rigoureuses et les plus objectives qui soient pour soutenir l'allaitement maternel.

Un paragraphe est destiné à la reprise des activités quotidiennes qui ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier la reprise d'activité et l'allaitement doit être envisagée avec chaque mère en privilégiant l'information anténatale (sur les différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétées matin et soir, expression et conservation du lait, reprise de l'allaitement à la demande, aux signes d'éveil pendant les jours de repos, sur les mesures inscrites dans le Code du travail pour encourager la poursuite de l'allaitement maternel). La recherche d'un soutien (professionnels de santé, bénévoles formés au suivi de l'allaitement) en cas de difficultés est recommandée.

Dans sa conclusion, le groupe de travail indique qu'il est souhaitable de mettre en place des mesures organisationnelles telles que l'allongement de la durée du congé postnatal car il favorise la poursuite de l'allaitement maternel.

En France, l'allaitement exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois de vie de l'enfant par l'**HAS**, la Société Française de Pédiatrie (**SFP**) et l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (**AFPA**). L'**Académie Nationale de Médecine** a demandé en 2009 aux pouvoirs publics de mettre en place une politique plus active d'incitation à l'allaitement depuis l'école et pendant la grossesse. L'allaitement est également recommandé par le Collège National des Sages-Femmes (**CNSF**) et le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (**CNGOF**).

L'ensemble de ces recommandations est reprise à travers le **Plan National Nutrition Santé** (PNNS) dont l'un de ses objectifs est la promotion de l'allaitement maternel, en visant à augmenter sa fréquence et sa durée. "Il n'y a pas de raison nutritionnelle d'introduire d'autre aliment que le lait avant l'âge de 6 mois en insistant sur le fait que l'allaitement maternel peut être poursuivi jusqu'à l'âge de 2 ans ou même davantage."⁽¹⁾

Initié en 2001(PNNS 1 : 2001-2005 (1)), prolongé en 2006 (PNNS 2 : 2006-2010 (77)) et en 2011 (PNNS 3 : 2011-2015 (78)), le Programme National Nutrition Santé (PNNS) est un plan de santé publique visant à améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs : la nutrition.

L'objectif est de mettre en œuvre les mesures et les propositions d'actions (dont certaines concernent le travail des mères) issues du Plan d'action : Allaitement Maternel, (72) un rapport d'experts de 2010, présenté par le Professeur Turck pour le ministère de la Santé et des Sports. Le sujet « allaitement et travail » y est abordé. Il évoque notamment l'information des employeurs des multiples avantages de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail, le respect des droits des mères actives allaitantes et l'augmentation du congé maternité postnatal de 10 à 14 semaines.

Les interventions se situent à différents niveaux, pour les professionnels de santé, du secteur social et sanitaire, pour les mères et également sur le plan législatif.

L'objectif est d'améliorer l'état général de la population en intervenant sur la nutrition, de combler ce retard concernant les taux d'allaitement maternel en France et de prolonger les durées d'allaitement maternel avec notamment des objectifs chiffrés en 5 ans à atteindre.(78)

En 1992, L'OMS et l'UNICEF lance **l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)** pour faire suite à la **Déclaration Innocenti** (adoptée en 1990, révisée en 2005), première mesure favorisant l'allaitement maternel.(79)

Deux des hôpitaux de notre étude ont leur Pôle Mère Enfant labellisé IHAB.

Jusqu'au début de l'année 2011, l'IHAB a été promue et développée par la CoFAM (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel) qui œuvre de façon globale pour la promotion de l'allaitement maternel, alors que l'IHAB agit plus spécifiquement autour de la naissance. Pour répondre aux besoins croissants des professionnel(le)s, il est devenu nécessaire de créer une nouvelle structure. IHAB France est devenue une structure autonome et indépendante depuis février 2011.

Cette Initiative a pour objectif la mise en place de pratiques hospitalières centrées sur la famille, favorisant le respect des besoins et des rythmes du nouveau né afin d'améliorer l'accueil de celui-ci.

L'équipe d'un service « Ami des Bébé » favorise la proximité mère-enfant d'une part, et encourage et accompagne l'allaitement maternel d'autre part. Il accompagne également de façon satisfaisante les mères n'allaitant pas en favorisant une bonne relation mère-enfant.

C'est une démarche de qualité, qui passe par l'attribution du label « Hôpital Ami des Bébé ».

Les hôpitaux ne peuvent être déclarés « Amis des Bébé » qu'après que des évaluateurs indépendants spécialement formés aient vérifié l'ensemble des conditions.

Notons qu'en France, le label "Ami des Bébé" est accordé à un établissement qui :

- Met en œuvre les Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel (critères de 2008) visibles en *Annexe 1* constituant la pierre angulaire de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé dont l'OMS et l'Unicef (80) sont à l'origine.
- Respecte le Code OMS international de commercialisation des substituts du lait maternel (1981)
- A mis en place, depuis plus d'1 an, un système de recueil de données sur l'alimentation des nouveau-nés afin de suivre régulièrement ses statistiques d'allaitement
- Enregistre un taux d'allaitement maternel exclusif, de la naissance à la sortie de maternité, en progression par rapport aux années antérieures ou supérieur à 75%
- Met en place un travail en réseau avec des liens ou des actions en dehors de l'établissement afin d'assurer de façon optimale l'information prénatale et le suivi post-natal (PMI, groupes de mères, généralistes, pédiatres, sages-femmes libérales ...)

En 2011, il y a plus de 20 000 hôpitaux « Amis des Bébé » dans le monde et environ 700 en Europe. Plusieurs pays d'Europe ont déjà des CHU (Centre Hospitalier Universitaire) labellisés et en Norvège, 90% des maternités le sont.

La France comptait fin 2011, 17 hôpitaux (dont 4 dans le département du Nord) ayant obtenu le label « Ami des Bébé », réalisant environ 22 600 accouchements par an, soit 2.73% des naissances. La liste de ceux-ci est visible en *Annexe 2*.

2009, 2010 & 2011 : 4 nouveaux labels français « Hôpital ami des bébé » pour les maternités du Nord.

- La maternité du CH de Cambrai, maternité de niveau 1 qui réalise environ 600 accouchements par an, labélisée en 2009.
- Le Pôle Mère Enfant du CH de Roubaix (maternité et service de néonatalogie), maternité de niveau 2B réalisant en moyenne 2700 accouchements par an, labélisée en 2009.
- Le Pôle Mère Enfant du CH Dron de Tourcoing, maternité de niveau 2A réalisant 1800 accouchements par an environ, labélisée en 2010.
- Le Pôle Mère Enfant du CH de Valenciennes, maternité de niveau 3 avec 3200 accouchements par an environ, labélisée en 2011.

L'Initiative Hôpital Ami des Bébé s a montré des effets positifs sur les taux d'initiation de l'allaitement maternel (81-84) ainsi que sur la durée d'allaitement exclusif et sur la durée totale de l'allaitement.(85-88)

Une étude de Kramer MS. (89) montre un taux d'allaitement exclusif à 3 mois de 43,3% contre 6,4% dans le groupe témoin.

Cependant pour prévenir une chute de ce taux d'allaitement dans la durée, des supports et des soutiens sont nécessaires.(90)

Des pratiques alimentaires inappropriées, un allaitement insuffisant ou inexistant et une alimentation complémentaire inadéquate restent dans le monde ce qui menace le plus la santé et la survie de l'enfant. (Déclaration Innocenti 2005, (79))

Il reste encore du chemin à faire...

II. SITUATION ACTUELLE EN FRANCE

A. L'allaitement maternel

1. Recueil des données

En France, le taux d'allaitement à la naissance est calculé d'après les certificats de santé du 8^{ème} jour tandis que la durée de l'allaitement maternel est appréciée à travers les certificats du 9^{ème} mois. Les Conseils Généraux étudient l'évolution des principaux indicateurs de santé maternelle et infantile dans les départements en analysant les certificats de santé du 8^{ème} jour, du 9^{ème} mois, du 24^{ème} mois et du bilan de 4 ans (avec l'aide de la Direction Générale de l'Action Sociale, service évaluation et prospective sociale).

Les Enquêtes Nationales Périnatales (ENP) sont un autre moyen de chiffrer l'allaitement au sein et sont conçues en cohérence avec les autres sources d'information telles que les certificats de santé. Elles différencient le taux d'allaitement exclusif du taux d'allaitement mixte. Les données sont recueillies à partir du dossier médical des maternités et à partir d'un interrogatoire des femmes en suite de couches. La dernière ENP a été réalisée en mars 2010(91), les précédentes dataient de 1995 (92-93),1998 (94) et 2003.(95-96)

2. Initiation de l'allaitement maternel en maternité

a. Taux d'allaitement maternel exclusif ou partiel

En France, en 2010, un allaitement au sein exclusif ou partiel est donné à **68,7 %** des enfants à la maternité (dont 60,2 % d'allaitement maternel exclusif). Ce taux augmente lentement depuis 1972.

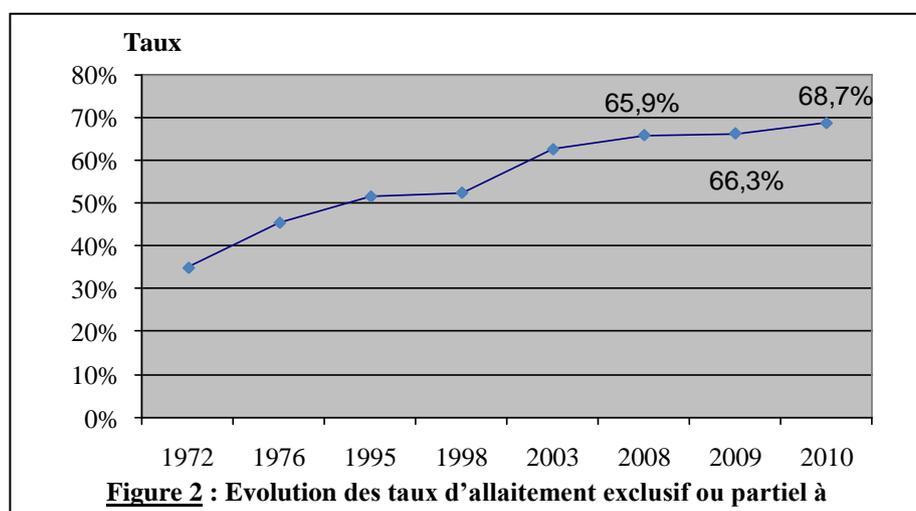
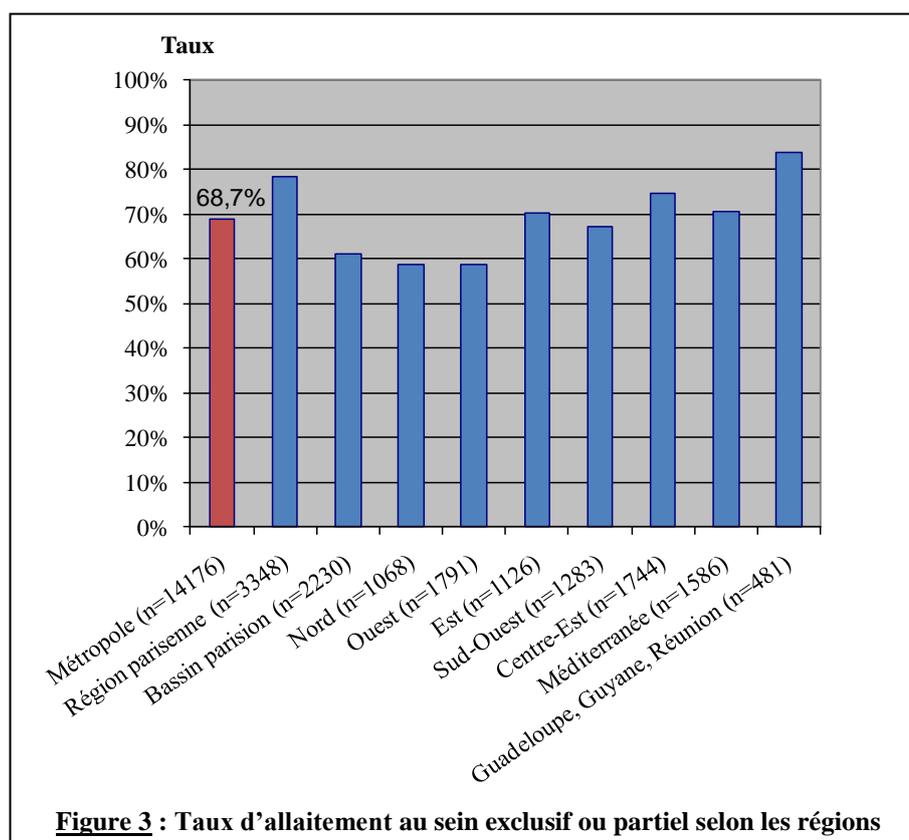


Figure 2 : Evolution des taux d'allaitement exclusif ou partiel à la maternité de 1972 à 2010.

Source : Enquêtes nationales périnatales.(ENP ; 2010)

D'importantes disparités régionales françaises**Tableau 3 : Notre région Nord Pas de Calais, en 2010,**

	NORD	PAS DE CALAIS
Taux d'allaitement maternel à la naissance	65,70%	Le plus bas de France 46.74%

Source : Conseil général du Nord et Conseil général du Pas de Calais (renseignement par le certificat de santé du 8^{ème} jour).

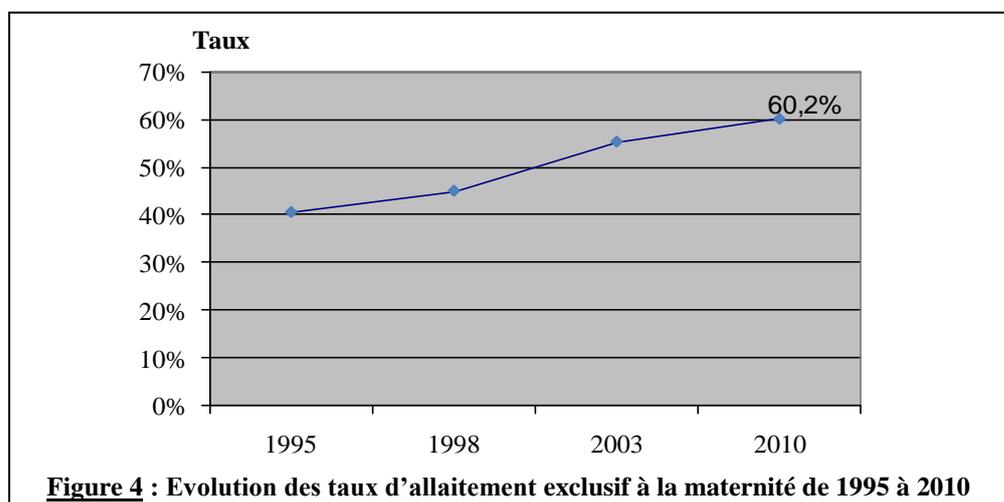
Les détails de chaque direction territoriale des départements du Nord et du Pas de Calais sont visibles en *Annexe 4*. Une nette différence existe entre ces deux départements.

Ces disparités régionales montrent l'importance des dispositions et des politiques locorégionales pour promouvoir l'allaitement maternel, relayées ensuite au plan national.

b. Taux d'allaitement maternel exclusif

Prenons comme indicateur l'allaitement au sein exclusif, qui est la pratique recommandée par diverses Instances de Santé comme l'OMS, l'HAS.

En 2010, le taux d'allaitement maternel exclusif à la maternité est de **60.20%**. (ENP, 2010)



Cette augmentation est le résultat d'une série de mesures et de politiques locales en faveur de l'allaitement qui ont été mises en place progressivement depuis la fin des années 90.

Les taux d'allaitement maternel en France restent toutefois inférieurs à ceux constatés dans d'autres pays européens.(97)

3. Durée de l'allaitement maternel

Aucune information sur la durée de l'allaitement maternel, son degré d'exclusivité et l'âge du début de la diversification n'est actuellement disponible à l'échelle nationale en France.

Depuis quelques années, les certificats de santé du 9^e mois et du 24^{ème} mois comportent bien une question sur l'allaitement et sa durée.

Les conclusions rendues en avril 2011 de cette étude de 2010, nous montrent un choix des femmes pour un allaitement plus long. 57% des femmes ont déclaré dans le certificat du 9^{ème} mois, avoir allaité, de manière mixte, au moins 12 semaines en 2009 dans le département du Nord. Ce taux est en hausse constante depuis plusieurs années (+ 16 points en 10 ans, +9 points depuis 2003). A l'inverse, la part des femmes déclarant avoir allaité moins de 4 semaines diminue, passant de 17% à 13% en 7 ans.

Seules quelques études régionales aux méthodologies diverses, ne comportant pas de définitions précises et similaires de l'allaitement maternel, rapportent une durée médiane entre **8 et 13 semaines**.(98-100).Une étude en Rhône-Alpes l'évalue à **16 semaines**.(101) Le PNNS1(1) mentionne une durée médiane de **10 semaines**.(102)

Le sondage réalisé par l'Institut des Mamans en 2007 (pour le magazine « *Parents* »), effectué en ligne sur 1006 mamans d'enfants de moins de 2 ans, constitue un véritable état des lieux de l'allaitement en France. Il s'agit d'un sondage donc la généralisation à l'ensemble de la population est difficile et doit être prudente.

65% des mères allaitent à la naissance, 38% seulement continuent au bout de 3 mois, 23% au bout de 6 mois et 6% pendant plus d'un an (chiffres encore loin des recommandations nationales et internationales). Ces taux progressent par rapport à leur dernier sondage de 2002.

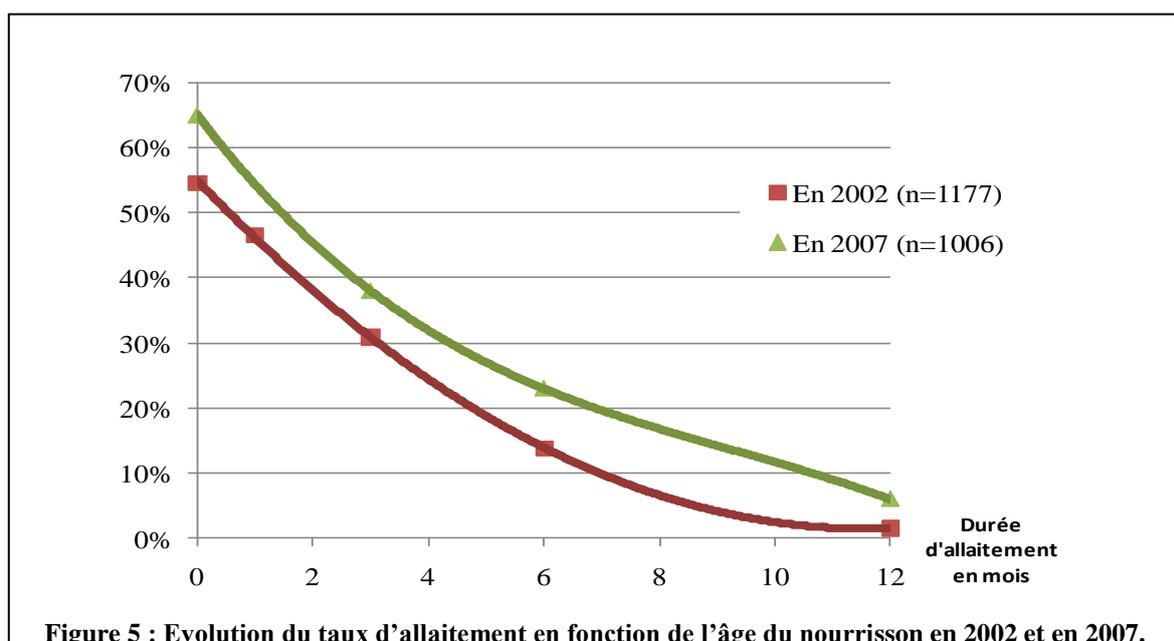


Figure 5 : Evolution du taux d'allaitement en fonction de l'âge du nourrisson en 2002 et en 2007.

Source : Sondage français par l'Institut des Mamans, 2002, 2007

Selon l'ENP 2010 (91), si 68,7% des jeunes mères commencent un allaitement maternel, elles ne seront plus que 32% au 3^e mois de l'Enfant, et, un abandon de l'allaitement maternel en moyenne au bout de **10 semaines** y est également mis en évidence. Ce chiffre correspond à la durée du congé postnatal français pour le 1^{er} et le 2^{ème} enfant.

Ces chiffres sont bas si on les compare aux données suédoises, qui indiquent que 86% des enfants sont toujours allaités à 3 mois, 68% à 6 mois, et 42% à 9 mois. L'allaitement maternel progresse dans notre pays, mais les efforts doivent être poursuivis pour rattraper nos voisins européens. (103)

Durée d'allaitement effective plus courte que celle souhaitée par les mères

Il existe un écart important entre la durée réelle d'allaitement et la durée souhaitée à la naissance.(104-105)

Ce souhait contrecarré des mères est de multiples fois retrouvé dans la littérature.(72)(101)(104)

La durée de l'allaitement en France n'est apparemment pas seulement liée à une volonté des mères. Il existe des facteurs extérieurs qui influencent l'arrêt précoce de l'allaitement que nous allons chercher à comprendre tout au long de notre étude en ciblant les facteurs professionnels.

Situation en Europe

Les chiffres français concernant l'initiation et la durée de l'allaitement sont encourageants du fait de leur augmentation. Pourtant, la situation en France est loin d'être satisfaisante si on la compare à celle de nos voisins européens. Le taux d'allaitement français est en effet l'un des plus faibles en Europe contrairement aux pays scandinaves ayant les durées d'allaitement les plus longues (*Figure 6* et *Figure 7*).

Le taux d'initiation d'allaitement maternel a augmenté dans la plupart des pays européens au cours des dernières années. Entre 2002 et 2007, ceux-ci n'augmentent que très légèrement.(74)

Le taux d'allaitement exclusif à six mois est plus faible que les recommandations partout en Europe, même dans les pays où les taux d'initiation sont élevés.



Figure 6 : Taux d'initiation de l'allaitement à la naissance ou à la sortie de maternité dans 17 pays européens. (Allaitement partiel et exclusif)

Source : Association Information Pour l'Allaitement, IPA, 2003

On visualise nettement la dernière position de la France par rapport à ses voisins européens.

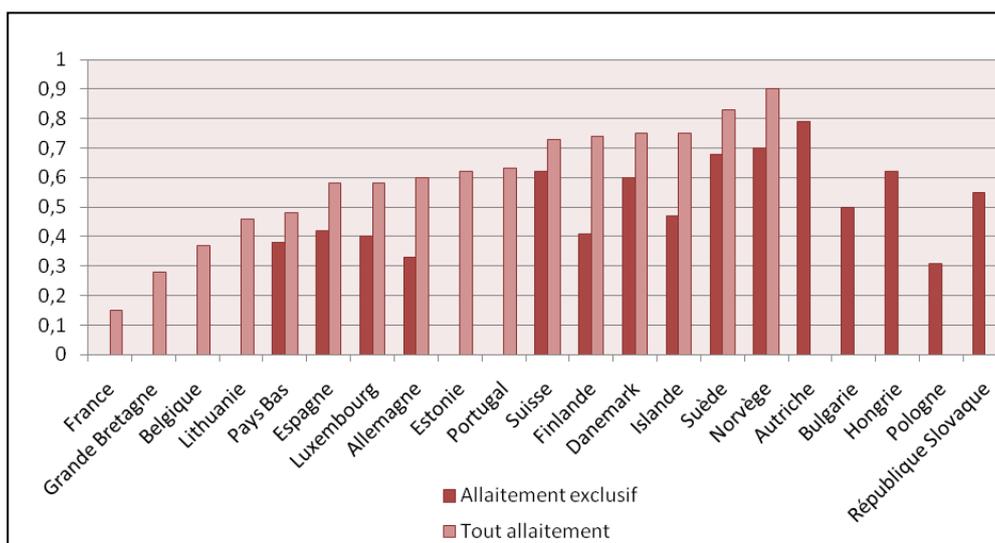


Figure 7 : Taux d'allaitement à 3 ou 4 mois dans 21 pays européens.

Source : Association Information Pour l'Allaitement, IPA, 2003

Suivre cette évolution à 3 ou 4 mois est intéressante. On assiste à une période où les écarts se creusent avec un taux d'allaitement maternel vers trois ou quatre mois, en France à moins de 15% contre près de 60% en Allemagne ou en Espagne et plus de 70% en Suisse ou dans les pays nordiques.

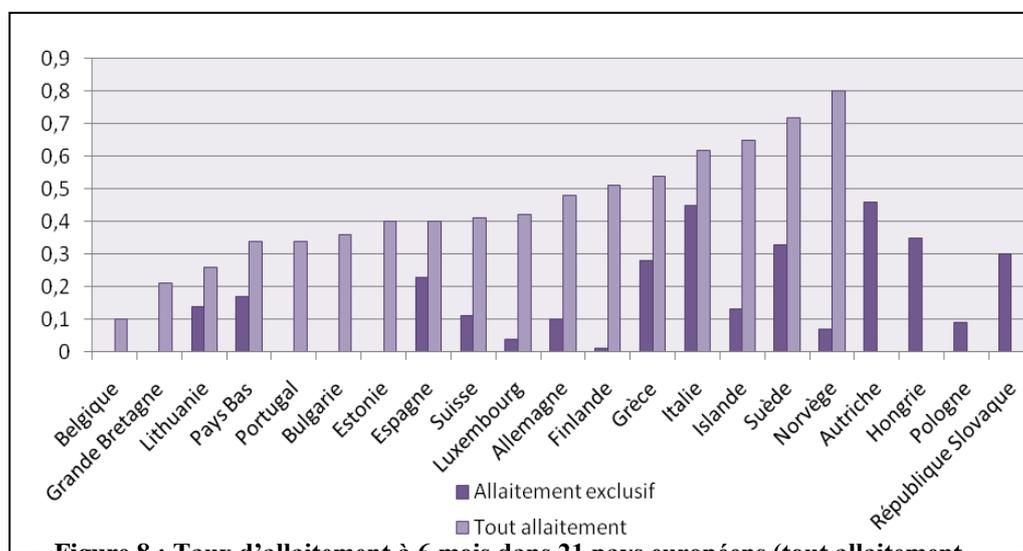


Figure 8 : Taux d'allaitement à 6 mois dans 21 pays européens (tout allaitement compris).

Le taux d'allaitement baisse au fil des mois. Selon l'Institut des Mamans en 2007, il était de l'ordre de 23% en France.

Il n'existe pas de donnée française officielle concernant le taux d'allaitement à 6 mois.

La Norvège

Le pays numéro 1 concernant l'allaitement maternel en Europe, la Norvège connaît une évolution positive du taux d'allaitement maternel depuis la seconde guerre mondiale.

Ses chiffres sont la résultante d'actions faites en faveur de l'allaitement maternel. C'est grâce à des actions d'associations très actives de citoyens et à une volonté politique de l'Etat que la promotion de l'allaitement maternel a pu rencontrer un tel succès et que la prévalence de l'allaitement maternel a pu rapidement augmenter.

Les norvégiennes peuvent bénéficier d'un congé maternité important (il y est de 42 semaines soit 10 mois avec un salaire complet ou 52 semaines soit 1 an avec 80% du salaire) et d'une adaptation des conditions de travail. Cette politique norvégienne est fondée non pas sur l'allaitement comme un devoir des femmes, mais plutôt comme une revendication, un droit de celles-ci à être mères allaitantes et femmes actives à la fois. Les mères ont ainsi su redonner à cet acte de l'allaitement son caractère naturel.

La France reste très en retard par rapport à ses voisins européens, même si les taux français de l'initiation maternel sont en hausse et s'améliore doucement. De gros progrès pour encourager et soutenir l'allaitement maternel doivent donc être faits et des études s'avèrent nécessaires pour mieux préciser la durée de l'allaitement maternel.

La mise en relation de la durée et des prévalences à 3, à 4 et à 6 mois de l'allaitement maternel ainsi que des caractéristiques du marché du travail, permet de voir comment s'articulent les deux pôles allaitement et travail.

B. Le marché du travail des femmes françaises

Pour le caractériser et le chiffrer, nous allons étudier les chiffres émanant de l'INSEE, concernant les femmes françaises et ceux des ENP (Enquêtes Nationales Périnatales) concernant les mères françaises.

1. Le taux d'activité (actives occupées et chômeuses)

Tableau 4 : Le taux d'activité des femmes en France, 2010

	Femmes (tout âges confondus)	de 15 ans ou plus	de 15 à 64 ans	de 15 à 24 ans	de 25 à 49 ans	de 50 à 64 ans	de 65 ans ou plus
Taux d'activité des femmes En France	52,1%	51,80%	66,10%	35,60%	84,20%	54,10%	1,10%

Source : Insee, 2010

On considère une femme en âge de procréer de 15 à 49 ans.

Le taux d'activité des mères françaises était de **79,3%** en 2010. (ENP, 2010) (91).

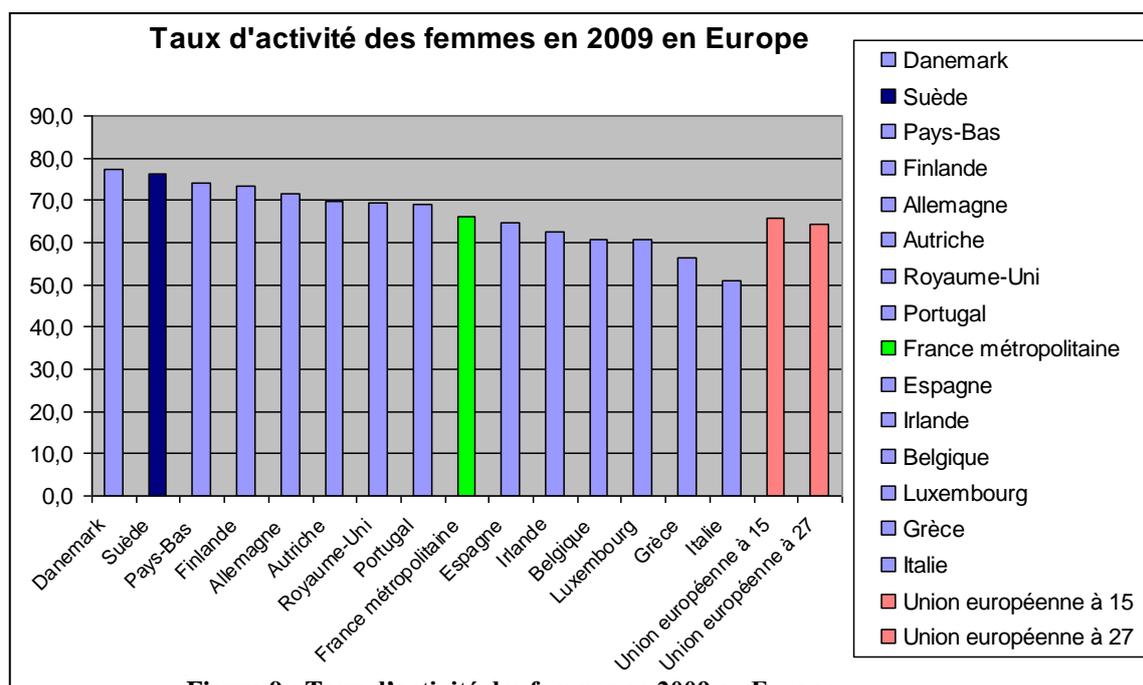
Le taux d'activité des femmes baisse de manière importante en fonction de la configuration familiale, du nombre d'enfants dans le foyer. (Tableau 5)

Tableau 5 : Taux d'activité des femmes en fonction du nombre d'enfants dans le foyer en 2010

	Taux d'activité Des femmes
En couple avec enfant(s)	67.1%
Dont	
-avec un enfant	72.1%
-avec deux enfants	70.8 %
-avec trois enfants ou plus	52.9 %
-avec un enfant de moins de 3 ans	80.3 %
-avec 2 enfants dont au moins un de moins de 3 ans	67.1 %
-avec 3 enfants ou plus dont au moins un de moins de 3 ans	40.5 %
-avec un enfant de 3 ans ou plus	70.2 %
-avec 2 enfants de 3 ans ou plus	71.4 %
-avec 3 enfants ou plus de 3 ans ou plus	55.2 %

Source : Insee, 2010

L'activité féminine augmente continuellement d'une génération à la suivante et ce, quel que soit leur niveau d'éducation. (INSEE, 2010)

Du côté de nos voisins européens :

En 2009, le taux d'activité des femmes en France affiche **66,3%** et arrive en 13^{ème} position dans l'Union Européenne à 27 pays.

L'opposition Nord-Sud

La France occupe une position intermédiaire en Europe entre, d'un côté, les pays du Sud (Espagne, Italie, Grèce) où moins de 65% des femmes sont actives et, de l'autre côté les pays nordiques (Danemark, Suède, Finlande) où le taux d'activité dépasse les 80%.

Par ailleurs, notons que l'un des pays scandinaves, la Suède, ayant un des taux les plus élevés d'allaitement en Europe, se retrouve ici en 2^{ème} position, avec 76,4 % des femmes actives.

Deux taux importants qui montrent donc par la même que les deux éléments *allaitement* et *travail* s'y retrouvent compatibles.

La Suède est la référence des pays industrialisés à la fois en matière de taux d'allaitement et de participation des femmes au monde du travail. Les mesures et les dispositions prises sont efficaces dans ce pays afin de favoriser la poursuite de l'allaitement maternel et ne gênent apparemment pas l'activité professionnelle de ces femmes : des politiques de congé maternel constructives et un soutien sociétal généralisé de l'allaitement.(106)

2. Le taux d'emploi

Tableau 6 : Le taux d'emploi des femmes en France, 2010

	Taux d'emploi (en % de l'ensemble des femmes)
Femmes (tous âges confondus)	47,3 %
15 ans ou plus	46,5 %
15-64 ans	59,7 %
15-24 ans	27,2 %
25-49 ans	76,7 %
50-64 ans	50,6 %
dont : 55-64 ans	37,4 %
65 ans ou plus	1,0 %

On considère une femme en âge de procréer : de 15 à 49 ans

Source : Insee, 2010

Le taux d'emploi des mères françaises est de **67,2%** (ENP, 2010) (en nette augmentation avec des taux de 61,0% en 2003 et de 58,1% en 1998).

Parallèlement, depuis 2003, le **niveau d'études** des mères françaises a clairement augmenté.

Le pourcentage de mères ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat est passé de 42,6% en 2003 à 51,8% en 2010 (ENP, 2010).

Le nombre de femmes sur le marché du travail ne cesse d'augmenter comme l'atteste l'**augmentation constante des taux d'activité** (passant de 51% en 2003 à 52,1% en 2010) **et des taux d'emploi des femmes** depuis ces dernières décennies.

Nombreuses sont les femmes actives menant de front vie professionnelle et vie familiale.

Ainsi, de plus en plus de mères travaillant et ayant initié l'allaitement maternel à la naissance de leur enfant, sont amenées à se poser la question de sa poursuite à la reprise du travail.

3. Les secteurs d'activité

Le principal secteur d'activité des femmes actives françaises est le tertiaire.

88,1% des femmes actives y travaillent et près de la moitié de celles-ci exercent dans le domaine de l'administration publique, l'enseignement, la santé humaine et l'action sociale. (INSEE, 2010, *Annexe 5*)

4. Le temps partiel

69,9% des femmes en France ayant un emploi travaillent à temps plein et ainsi, **30,1%** exercent à temps partiel. La France occupe de nouveau en Europe une position intermédiaire. (INSEE, 2010, *Annexe 6*) Concernant les mères françaises possédant un emploi, **79,4%** travaillent à temps plein, et donc **20,6%** sont à temps partiel (ENP, 2010).

Dans les pays du Sud de l'Europe comme la Grèce et le Portugal, mais aussi en Finlande, le temps partiel reste relativement rare. Un pays scandinave comme la Suède, possède un taux de temps partiel plus haut que la moyenne avec 40.4% des femmes et les Pays-Bas font figure d'exception

avec un taux de temps partiel très haut de plus de 75% des femmes, qui n'est toutefois pas corrélé avec leurs taux d'allaitement.

C. La législation sociale et le droit du travail français autour de l'allaitement maternel

1. Les prestations familiales, les droits sociaux

a. Les congés pré et post-nataux

Dans la Partie législative nouvelle, Première partie (les relations individuelles de travail), Livre II (le contrat de travail), Titre II (formation et exécution du contrat de travail), Chapitre V (maternité, paternité, adoption et éducation des enfants), Section 1 (protection de la grossesse et de la maternité), Sous-section 3 (autorisations d'absence et congé de maternité) : les Articles L1225-17 à L1225-28 les concernent.

Ces congés diffèrent en fonction du nombre de fœtus attendus et du nombre d'enfants déjà présents dans le foyer : pour une grossesse simple, le congé maternité est de **16 semaines** au total pour un premier ou un deuxième enfant, dont une période postnatale de 10 semaines. Il est allongé à **26 semaines** pour un troisième enfant dont 18 semaines postnatales. Pour des jumeaux, il est de **34 semaines** dont 22 semaines postnatales.

Cette période permet à la femme de s'occuper de son enfant et donc si elle le souhaite, de l'allaiter.

b. Le congé parental d'éducation

Dans la section 4 (congés d'éducation des enfants), les articles L1225-47 à 60 concernent le congé parental d'éducation.

Il permet à la mère d'interrompre ou de réduire son temps de travail afin de s'occuper de son enfant et ainsi de prolonger son congé maternité. Il ne peut être refusé par l'employeur si le demandeur remplit toutes les conditions.

Une condition d'un an d'ancienneté dans l'entreprise est nécessaire pour en bénéficier, à la date de la naissance de l'enfant ou de son arrivée au foyer, s'il s'agit d'une adoption.

Ce congé est d'une durée de 6 mois maximum dès le premier enfant (depuis 2004) et devient renouvelable à partir du 2^{ème} enfant, jusqu'au 3ans du dernier né. Il peut démarrer à tout moment avant le troisième anniversaire de l'enfant.

Son avantage principal pour les mères allaitantes est qu'il permet de maintenir un allaitement aux signes d'éveil et facilite ainsi le respect des recommandations de l'OMS. Il a par contre plusieurs

inconvenients d'ordre matériel : un éloignement de la femme du marché du travail, une précarité financière, une perte salariale.

Les mères ayant un emploi stable (Contrat à Durée Déterminée (CDD) en cours ou Contrat à Durée Indéterminée (CDI)) doivent retrouver après le congé parental leur poste ou un emploi équivalent ainsi qu'une rémunération au moins égale à celle au moment de la prise de leur congé parental.

Le congé allaitement : un mythe ou une réalité ?

Il a été instauré dans les années 50 et abrogé en 1975. L'arrêt pour suites de couches pathologiques de quatre semaines prévu par le code du travail, n'est pas possible en cas d'allaitement. Quelques conventions collectives le prévoient (*Annexe 8*).

c. Le travail à temps partiel

Il donne d'excellents résultats sur la poursuite de l'allaitement et apparaît comme un bon compromis entre le congé parental et la reprise du travail à temps complet.(107-112)

Il diminue la perte financière par rapport à un congé parental et limite les éventuelles difficultés liées à la reprise du travail à temps plein.

La mère continue ainsi de payer ses cotisations retraite et n'est pas exclue du marché du travail, tout en facilitant son allaitement.

2. Le code du travail

Le droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratiqué.

Peu d'employeurs connaissent leurs obligations et peu de femmes leurs droits, ce qui explique que l'allaitement est peu pratiqué sur le lieu professionnel.

Il est tout à fait justifié qu'une mère souhaite concilier l'allaitement et sa reprise du travail et elle sera d'autant plus sereine si elle peut le faire : l'allaitement est un droit.

En France, de nos jours, la femme enceinte tout comme allaitante est protégée par le code du travail. Des dispositions y sont notamment prévues afin de permettre à la femme de continuer à allaiter tout en reprenant son activité professionnelle.

Tous les textes en vigueur sont disponibles et consultables sur le site internet <http://www.legifrance.gouv.fr>. Les mères comme les professionnels de santé pouvant les informer peuvent donc y avoir recours.

Le Code du travail a fait l'objet d'une recodification applicable depuis le 1er mai 2008 en principe à « droit constant », c'est-à-dire sans modification de fond.

a. Le domaine d'application du code du travail en France

Le droit du travail s'applique avant tout pour les salariés du secteur privé. Des règles conventionnelles (convention collective, contrat de travail...) peuvent se surajouter mais ne peuvent être que plus favorables que le code du travail.

Le code du travail ne s'applique hélas pas aux professions indépendantes (libérales, commerçantes...) qui sont beaucoup moins protégées sur le plan de la maternité.(113-114)

Les personnes étant sous le régime de la Fonction publique dépendent du droit administratif et non pas du droit du travail. Le code du travail ne s'y applique que pour l'hygiène, la sécurité, la perte d'emploi et la formation professionnelle.

La terminologie « hygiène et sécurité » a été remplacée par celle plus globale de « santé et sécurité au travail » : la santé au travail est prise en compte à la fois sur le plan physique et mental.

La Partie IV du Code du travail (ancien Titre III, Livre II) sur la santé et la sécurité au travail est ainsi applicable dans la Fonction publique sous réserve de règles statutaires particulières.

Nous avons eu l'occasion de nous entretenir avec Mme le Professeur Herzog-Evans M., professeur à l'Université de Reims, qui nous a éclairés sur le sujet des **fonctionnaires** concernant les dispositions autour de l'allaitement maternel.(114)

Elle développe une thèse tirée de la jurisprudence du Conseil d'Etat qui conduit à penser que l'heure d'allaitement est applicable aux fonctionnaires, quels qu'ils soient.

Cet ouvrage était basé sur les anciens textes du CSP (Code de la Santé Publique). Toutefois, ceux-ci n'ont pas été modifiés sur ce point, seulement transférés à droit constant dans la nouvelle numérotation, en sorte que le raisonnement demeure valable.

Un extrait de cet ouvrage au sujet des fonctionnaires est exposé en *Annexe 7*.

Les fonctionnaires se voient souvent refuser leur **heure d'allaitement** prévue à l'article L224-2 (désormais L1225-30), au titre d'une circulaire de 1995, qui renvoie aux dispositions d'une instruction plus ancienne de 1950.(114)

Cette instruction de 1950 se réfère à l'autorisation d'absence de la mère, ne traite pas de la même chose que le code du travail qui lui, évoque une pause d'allaitement prise sur le lieu de travail. « En fait, l'instruction de 1950 n'interdit pas l'heure d'allaitement, mais l'absence pour allaitement »...

« En conséquence, l'absence de texte interdisant spécialement les pauses d'allaitement et le vide juridique à ce sujet conduit à rendre obligatoire, pour les fonctionnaires, les pauses d'allaitement. »(114)

Mme Herzog-Evans M. est très régulièrement contactée par des fonctionnaires, tout particulièrement de la fonction publique hospitalière. Chaque fois que ces personnes produisent cet extrait de son ouvrage, elles obtiennent sans la moindre difficulté l'application de l'heure d'allaitement.

Par contre, la législation concernant les **locaux d'allaitement** dans la fonction publique est muette à ce sujet. Ce qui est certain est que si l'heure d'allaitement s'applique, il doit y avoir la possibilité d'allaiter son enfant sur place, dès lors que c'est ainsi que la loi a conçu l'heure d'allaitement.

b. Le Code du Travail français relatif à l'allaitement maternel

Il se décompose en 3 parties (115) :

- Une partie **Législative** composée d'articles de loi (en L)
- Une partie de **Règlements** d'administration publique et de décrets en Conseil d'Etat(en R)
- Une partie de **Décrets** simples, d'articles (en D)

Les sujets sont divisés en 9 livres subdivisés en titres, chapitres, articles et alinéas.

Depuis 2002, de nombreux textes, décrets et ordonnances viennent abroger les articles de loi cités dans les recommandations, en vue d'améliorer les conditions de travail et l'allaitement des mères ayant repris une activité professionnelle.

Le Code a été remanié à partir de 2004 avec des modifications des numérotations des articles mais conservation du mode de classification qui datait pour la plupart de 1973.

Lors des recommandations de l'ANAES de 2002 (7), plusieurs articles ont été cités dont voici le contenu :

Les articles référencés L224-1 à 4 (désormais L1225-29 à L1225-33) du code du travail sont répertoriés dans la partie Législative du Code du Travail, Livre II (réglementation du travail), Titre II (repos et congés), Chapitre IV (repos des femmes en couches et des femmes allaitant leurs enfants).

Ces articles abrogés ont été remplacés par des textes mieux formulés et plus complets dans le but de promouvoir et soutenir l'allaitement au travail.

On les trouve désormais dans la Partie Législative Nouvelle, Première partie (les relations individuelles au travail), Livre II (le contrat de travail), Titre II (formation et exécution du contrat de travail), Chapitre V (maternité, paternité, adoption et éducation des enfants), Section 1 (Protection de la grossesse et de la maternité)

- **Interdiction d’employer** des femmes dans les 6 semaines suivant leur accouchement et de **les occuper** pendant 8 semaines au total consécutives (L224-1, désormais L1225-29),
- **Une heure par jour** est accordée à la salariée allaitante, pendant les heures de travail, pour l’allaitement, pendant une année à compter du jour de naissance, indépendamment des repos normaux (L224-2, maintenant L1225-30).

Cet article est complété par l’article R224-1 (désormais R1225-5, ayant été abrogé par le Décret n°2008_244 du 7 mars 2008 article9) : La durée d’une heure par jour est **répartie en 2 périodes de 30 minutes matin et après-midi** en accord entre l’employeur et la salariée ; en l’absence d’accord, ce moment sera placé en milieu de chaque demi-journée de travail.

Il n’est pas prévu de rémunération pour cette heure d’allaitement, sauf dispositions particulières des conventions collectives qui peuvent améliorer les dispositions du code du travail.

L’heure d’allaitement ne peut être prise que jusqu’à ce que l’enfant ait un an (L1225-30). Cette règle n’a pas été reprise à l’article L1225-31 qui, tout au contraire, dispose que la mère peut « toujours allaiter son enfant » sur le lieu de travail. L’utilisation du tire-lait est limitée au premier anniversaire de l’enfant, mais celui-ci peut être allaité au-delà sur le lieu de travail.(113) Il en découle que pour l’utilisation de son heure d’allaitement, la mère a le choix entre tirer son lait ou allaiter son enfant sur place.(115)

- Possibilité pour la salariée d’allaiter son enfant, **au sein de l’établissement, dans un local adapté** (L1225-31 remplaçant L224-3 et L224-4), dont les conditions sont déterminées par un décret en Conseil d’Etat (L1225-33 remplaçant L224-3). Le terme de « salariées » remplace celui de « mères », faisant partie intégrante de son milieu professionnel. « Local dédié à l’allaitement », tel est le nouveau nom des chambres ou locaux d’allaitement.
- **Mise en demeure possible de tout employeur employant plus de cent salariées**, pour installer des locaux dédiés à l’allaitement dans son établissement ou à proximité (L1225-32 pour L224-4). Le terme « employeur » remplace désormais celui de « chef d’établissement » : « Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d’installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l’allaitement. »

Plusieurs règlements (en R) définissent les modalités d'application de ces articles (en L) du Code du travail sur l'allaitement en milieu professionnel.

Dans la 1^{ère} partie (les relations individuelles de travail), livre II (le contrat de travail), Titre II (formation et exécution du contrat de travail), chapitre V (maternité, paternité, adoption et éducation des enfants), section 1 (protection de la grossesse et de la maternité), sous-section 4 (disposition particulière à l'allaitement) :

- La **période de trente minutes est réduite à vingt minutes** lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement. (article R1225-6).

Dans la 4^{ème} partie (santé et sécurité au travail), livre I^{er} (dispositions générales), titre V (dispositions particulières à certaines catégories de travailleurs), chapitre II (femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitant), on note concernant ces femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitant :

- des **dispositions générales** (section1) concernant leur surveillance médicale renforcée par le médecin du travail (R4152-1) conformément à l'article R4624-19 et leur possibilité de se reposer en position allongée (R4152-2).
- des **dispositions concernant l'exposition de ces femmes enceintes ou allaitant** concernant les travaux en milieu hyperbare ou exposant à des agents biologiques, aux rayonnements ionisants, aux agents chimiques dangereux, aux manutentions de charges, à la manipulation d'équipements de travail type marteau-piqueur à air comprimé. (sections 2, 3, 4, 5, 6, 8 avec les articles R4152-3 à 12 et R4152-29).
- des **dispositions nombreuses concernant le local dédié à l'allaitement** prévu à l'article L1225-32 (section7) (articles R4152-13 à R4152-28) : équipements, caractéristiques, conditions d'accès des enfants, surveillance par un médecin désigné par l'employeur, ...

D'une manière générale, ces dispositions du code du travail sont peu ou pas appliquées en France, méconnues par une majorité d'employeurs et de mères, ce qui n'incite pas les mères au retour de leur arrêt maternité à poursuivre leur allaitement.

3. Les conventions collectives

Celles-ci peuvent se surajouter au code du travail mais ne peuvent être que plus favorables que celui-ci.

Les pauses d'allaitement ne sont pas rémunérées étant donné le silence des textes sur cette question. Cependant, certaines conventions collectives prévoient la rémunération de cette pause sur la base du salaire habituel tandis que d'autres le font sur la base de la rémunération minimale garantie du poste occupé.(116)

D'autres prévoient la possibilité d'un congé d'allaitement non rémunéré d'une durée maximale d'un an indépendante du congé parental d'éducation. Un minimum d'ancienneté d'un an en moyenne est requis pour pouvoir bénéficier de ces congés.

Quelques exemples de conventions collectives avec des dispositions relatives à l'allaitement maternel sont détaillés dans l'*Annexe 8*.

DEUXIEME PARTIE : Allaitement maternel

et travail : Analyse de la littérature en lien

avec notre sujet

III. IMPACT DU TRAVAIL SUR LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

A. Un peu d'histoire...

De tout temps, les femmes ont allaité leurs enfants en travaillant.

Si on exclut les deux derniers siècles en Occident, on peut même dire que les femmes qui n'allaitaient pas étaient celles qui ne travaillaient pas, et qui faisaient partie des nobles, de l'Aristocratie, de la grande bourgeoisie. Celles-ci avaient recours aux services d'une nourrice. De l'Antiquité jusqu'aux découvertes pasteuriennes au XIXème siècle, un enfant ne pouvait survivre que s'il était nourri au sein.

La révolution industrielle, le changement d'aspiration des femmes vers le salariat, les découvertes de Pasteur, les progrès du lait artificiel ont conduit à une généralisation du biberon. De plus en plus de familles l'ont adopté du fait de leurs conditions de travail.

L'allaitement si naturel qu'il soit, a été mis à mal par notre **société industrielle française**.

La généralisation du travail salarié chez les femmes a rendu difficile la proximité mère-bébé, facteur essentiel à l'établissement et à la poursuite de la relation d'allaitement.

Pour tenter de remédier à ce problème, la France a développé au début du 20^{ème} siècle des mesures de protection de la mère et de l'enfant dont certaines visent à concilier allaitement et activité professionnelle.(116)

Dès la fin du XIXème siècle, la France a développé une politique de protection de la mère et de l'enfant incluant notamment une protection de l'allaitement maternel.

En 1892, le Dr Budin créait les premières consultations pour nourrissons qui favorisaient l'allaitement au sein.

La loi Strauss du 30 juillet 1913 accordait les premières indemnités pour congé de maternité avec une majoration lorsque la mère allaitait.

La loi du 5 août 1917 a institué les pauses et les chambres d'allaitement dans les entreprises, qui permettaient aux mères nourrices de nourrir leur bébé dans ou à proximité de leur lieu de travail.

Cette législation est arrivée au moment de la première guerre mondiale, moment où les usines ont vu arriver un afflux de femmes venues remplacer les hommes partis au front. **La loi du 24 octobre 1919** favorisait un allaitement prolongé par une allocation d'allaitement sur un an.

L'abandon de l'allaitement au sein s'est accéléré surtout après la seconde guerre mondiale. L'industrie avait mis sur le marché des laits adaptés aux besoins des nourrissons selon leur âge, et des aliments de sevrage. Au moment de l'entre-deux-guerres, les chambres d'allaitement sont devenues fantomatiques.

Avoir son enfant avec soi pour travailler se conçoit dans les pays pas ou peu industrialisés mais beaucoup moins dans nos sociétés.

La loi de 1917 avait imaginé un système qui permettait que la mère et son enfant soient réunis pour la tétée à 2 reprises au cours de la journée. Cela reste une option possible. Depuis la fin du XXème siècle, un autre système peut permettre au bébé de bénéficier du lait de sa mère en son absence : le tire-lait.

La France a connu à partir des années 1950, des taux d'allaitement très bas et des durées d'allaitement très courtes.

Au début des années 1970, le taux d'allaitement était au plus bas, conséquence directe du mouvement d'émancipation des femmes féministe. Maternité et allaitement sont dévalués et considérés comme des situations de servitude épuisante. Elles veulent que soient reconnus leur autonomie, le droit de choisir leur maternité (droit à la contraception), le droit à la liberté sexuelle et leur activité professionnelle. Le biberon triomphe alors dans toutes les classes sociales.

Dans les années 1970, les féministes se divisent en deux tendances :

- Les égalitaristes, dénonçant la « maternité esclave »

- Les essentialistes, prônant la reconquête du corps, tout en ayant un rôle actif dans le choix de la maternité et de l'allaitement.

De nos jours, le débat reste ouvert.

La pratique de l'allaitement questionne notamment la liberté des femmes dans la société contemporaine comme l'ont montré les récentes prises de position à l'occasion de la publication, début 2010, de l'ouvrage d'Elisabeth Badinter qui montre une vision simplificatrice et réductrice des mamans allaitantes.(117)

B. L'influence du travail sur l'initiation de l'allaitement maternel

Selon les études, sont prises en compte soit l'influence de l'intention de reprendre une activité professionnelle, soit la reprise effective du travail.

Les auteurs qui se sont intéressés à la relation entre emploi maternel et initiation de l'allaitement, n'ont pour la plupart **pas mis en évidence de relation significative** entre les deux paramètres une fois les autres variables démographiques ajustées (âge, niveau socio-économique).(118)

Les mères ayant une activité professionnelle **allaiteraient autant à la naissance** que celles étant au foyer. Le fait d'avoir une activité professionnelle n'est pas un facteur défavorable à l'initiation de l'allaitement maternel, au contraire.(119-123)

Pour Fanello S., exercer ou non une activité professionnelle n'influence pas le choix du mode d'alimentation du nourrisson, mais la notion de congé parental est significativement associée à un choix plus fréquent d'allaitement maternel.(123)

Le travail est un facteur qui influence **négativement** l'initiation de l'allaitement, quand le retour au travail est prévu :

- précocement dans le post-partum (7)(109)(124-127) (le délai variant selon les auteurs, avec par exemple 6 semaines pour Noble S. (125), 1an pour Kimbro RT. Et Roe B. (126-127))

- à temps plein,(107)(109)(111-112)(125)(128-133)

Selon Roe B.(127), et Lindberg L.D.(134), le temps partiel n'est pas corrélé à un taux d'initiation d'allaitement plus haut mais à une durée plus longue.

En France, la durée légale des congés postnataux est de 10 semaines en post-partum pour les 1^{er} et 2^{ème} enfant, et ne devrait donc pas influencer négativement le taux d'initiation de l'allaitement maternel selon Noble S. (125)

Ceci concorde avec les études françaises qui ont mis en évidence que **les femmes travaillant, ont une probabilité plus importante d'allaitement à la naissance**.(102)(135)

Ayant un niveau socioculturel et un niveau d'études plus élevé que les femmes ne travaillant pas, elles ont davantage tendance à allaiter leur enfant.(7)(119)(136-141)

Si les mères sans profession sont les moins nombreuses à initialiser l'allaitement maternel, ce sont elles qui le poursuivent le plus longtemps.(142)

Les pays affichant un important taux d'allaitement à la naissance (notamment les pays nordiques) possèdent également un taux important de femmes actives. Les conditions de travail des femmes ayant des enfants en bas âge y sont plus favorables aux mères allaitantes.

Ils offrent une grande période de congé post natal rémunéré et un soutien sociétal généralisé.(106)

Une reprise du travail plus tardive a ici un impact positif sur l'initiation de l'allaitement maternel.

C. L'influence du travail sur la durée de l'allaitement maternel

1. Les multiples déterminants de la durée d'allaitement, dont le travail

Nombreux sont les déterminants influençant la durée d'allaitement.(72)(102)(143-146)

On y trouve l'activité professionnelle de la mère.

Ils sont repris dans de multiples ouvrages avec des modèles de catégorisation différente. Nous nous sommes inspirés d'un de ceux-ci qui détaille les principaux facteurs mis en jeu dans le maintien par les mères de l'allaitement maternel prolongé au-delà de 3-4 mois (147) :

a. Facteurs liés à la mère

Facteurs sociodémographiques et culturels :

- L'**âge** (positivement associé à la durée de l'allaitement (58)(98)(116)(148-149))
- Le **statut marital** (les femmes mariées allaitent plus longtemps (116)(150))
- La **parité**, controversé (allaieraient plus longtemps : les primipares (72)(138), les multipares (98)(116)(151-153), aucune différence entre ces 2 groupes (154-156))
- Le **niveau d'études** (la durée d'allaitement augmente avec le niveau d'études (96)(98)(102)(137)(148-149)(157-158))
- Le **niveau socio-économique** (les plus favorisées allaitent plus longtemps (149)), la **catégorie socioprofessionnelle** (un allaitement plus fréquent et plus long chez les femmes appartenant aux catégories socioprofessionnelles plus élevées) (159)
- L'**immigration** et l'origine ethnique (l'allaitement est plus fréquent mais plus souvent partiel chez les femmes étrangères),(91)
- Les **facteurs socioculturels** : acte individuel, l'allaitement s'inscrit dans une dimension culturelle et sociale forte.(74)(144)(157)(160)

Mode de vie : Le **tabagisme** : une plus faible initiation de l'allaitement et un sevrage plus précoce chez les tabagiques.(58)(93)(98)(149)(161)

Emploi : Travail et durée de l'arrêt maternité.

Expériences précédentes : avoir allaité, avoir été allaitée, avoir vu allaiter.(7)(102)(148)

Facteurs de choix personnel : grossesse planifiée, intentions et motivations à allaiter prénatales.(148-149)(162)

Connaissances, préparation à la naissance, croyances, représentations : information pré et post natale, perception d'une insuffisance de lait

Facteurs psychosociaux : confiance en soi (149)(163), gêne d'allaiter (102), dépression postnatale(164)

Pratique de l'allaitement et des soins au bébé (expérience et difficultés initiales, recours aux compléments, utilisation d'une tétine, cohabitation mère-bébé 24h/24 à la maternité, horaires, allaitement aux signes d'éveil)

b. Facteurs liés au bébé et à son état de santé

Prématurité (sujet controversé)

Faible prise de poids

Technique de succion correcte

c. Facteurs liés à l'accouchement

Mode d'accouchement

Analgesie péridurale

Longueur du séjour hospitalier

d. Facteurs liés à l'entourage

Soutien de la famille, des amis et du partenaire (connaissances, perception, croyances,...)(165-167)

e. Facteurs liés au système de santé

Pratiques hospitalières :

-Peau à peau : surtout les deux premières heures (168-170)

-Première tétée précoce, allaitement fréquent et allaitement exclusif (102)(171-173), pas de complément (objectifs IHAB).

-Label IHAB (81-84)

Soutien des professionnels de santé (174) qualité de leur formation initiale et continue à améliorer car très insuffisante.(175-176) Ceux-ci peuvent être une source de conseils erronés, inadaptés pour les mères (115)(177)(178)

f. Facteurs liés aux politiques de santé publique

Publicité sur les substituts de lait – distribution d'échantillons

Accès à un congé de maternité rémunéré et prolongé

Initiative Hôpital Ami des Bébés (IHAB)

Politiques officielles, recommandations et programmes

Degré de priorité et soutien financier accordés à l'allaitement

Législation sur la protection de la maternité et sa mise en application

2. La reprise du travail

Le travail fait partie de l'ensemble des déterminants de la durée d'allaitement décrit précédemment, l'impactant négativement.

La reprise d'une activité professionnelle apparaît souvent comme un **frein** à la poursuite de l'allaitement et est synonyme de **sevrage**.

a. La reprise du travail : l'une des principales raisons d'arrêt précoce de l'allaitement maternel

Les femmes actives sont plus nombreuses à débiter un allaitement. Leur taux d'allaitement maternel et celui des femmes au foyer se croisent à 10 semaines après l'accouchement, ce qui correspond à la date légale de fin des congés maternité et à la durée médiane de l'allaitement maternel en France selon certaines études.(98-100)(102)(135)

On retrouve une cassure de la courbe du taux d'allaitement au moment de la fin du congé maternité. Toutes les études sont unanimes pour dire que le **risque de sevrage est plus précoce chez les femmes ayant repris une activité professionnelle**.(58)(94)(102)(105)(126)(130)179-181)

Dans la littérature, l' **insuffisance de production lactée** est fréquemment le premier motif de sevrage donné par les femmes.(72)(148)(182-183)

Le **travail** est la deuxième source d'arrêt de l'allaitement.(72)(182)(184)

Par contre si l'on prend en compte l'âge de l'enfant au moment du sevrage, la reprise du travail arrive en **première cause quand celui-ci survient plus tardivement selon les études**.

Un sondage réalisé en 2002 par l'Institut des Mamans pour la *Leche League* (association de soutien à l'allaitement maternel) évoque la reprise du travail comme deuxième cause de sevrage évoquée par les mères interrogées :

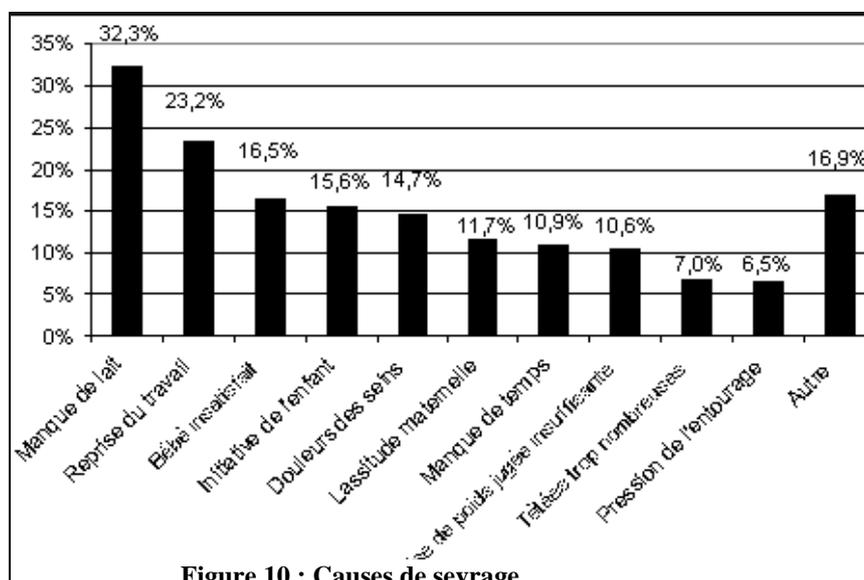


Figure 10 : Causes de sevrage

Source : Institut des Mamans pour LLL en 2002.

Une des enquêtes de l'INSERM menée en 1995 sur un échantillon représentatif de mères dans 4 départements (93) nous montrent que les causes de sevrage évoquées par les mères diffèrent selon qu'il se fait avant ou après 9 semaines :

Tableau 7 : Causes de sevrage avant ou après 9 semaines

Cause des arrêts d'allaitement	Arrêt avant 9 semaines	Arrêt après 9 semaines
Manque de lait	38%	15%
Problème médical	28%	12%
Reprise du travail	16%	48%

Lors d'une évaluation en 2004 de la situation des femmes qui allaitent dans le département de la Loire,(104)on y retrouve les raisons du sevrage par âge. La reprise du travail apparaît en première ligne dès l'âge de 4 mois :

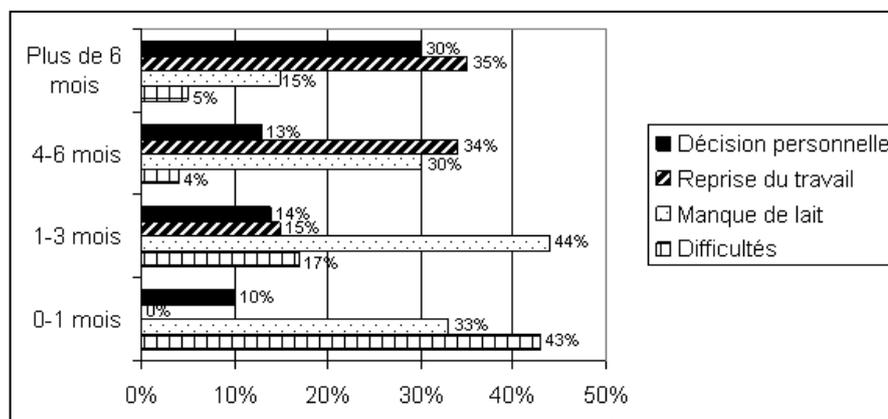


Figure 11 : Raisons de sevrage par âge

Diverses études retrouvent le travail avec des taux plus ou moins hauts selon les critères d'inclusion temporels, comme principal facteur de causalité des sevrages précoces non désirés d'allaitement notamment après les premières semaines.(101)(148)(182)(184-190)

b. Les difficultés rencontrées par les mères actives allaitantes à la reprise du travail

Elles sont liées à l'**environnement professionnel** principalement qui joue un rôle important.

En France, 24% des femmes poursuivent l'allaitement après la reprise du travail selon l'enquête INPES/BVA de 2010. Elles sont nombreuses à ne pas réussir à concilier l'allaitement et travail en raison, entre autres, du **manque d'un endroit adéquat** pour allaiter ou tirer leur lait et de la **nécessaire organisation personnelle et professionnelle** que ce choix implique.(191)

Les **principaux freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail** redondants dans les ouvrages incluent :

- le manque de soutien professionnel de l'employeur et des collègues (147)(192-193)
- le manque de lieu disponible et de flexibilité horaire pour tirer son lait durant les heures de travail (71)(147)(192-196)
- l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait et l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait (71)(147)(193)(195)
- la non-application des droits prévus dans le code du travail (192)
- la durée du congé maternité (194)

Mode d'allaitement optimal à la reprise du travail

Selon Fein S.B. et al, lors de la reprise du travail, **allaiter son enfant au sein** pendant la journée de travail est la méthode la plus efficace pour concilier travail et allaitement.

Allaiter son enfant directement au sein uniquement ou associer le fait de tirer son lait et l'allaitement direct au sein, sont les deux stratégies permettant d'obtenir des durées plus longues d'allaitement (contrairement au fait de ne faire que tirer son lait ou de ne ni tirer son lait ni allaiter son enfant pendant le temps de travail).(197) L'allaitement direct au sein stimule davantage que n'importe quel tire-lait électrique ou manuel.(198)

Bien que les pompes électriques simples ou manuelles soient la plupart du temps suffisantes, les pompes électriques double pompage sont fortement recommandées notamment lorsque la mère travaille à temps plein et que l'enfant a moins de 6 mois. Elles permettent de tirer le lait des deux seins simultanément et de réduire presque de moitié le temps d'expression du lait et de mieux maintenir la lactation que les tire-lait simple pompage.(199-201)

Le sondage de l'Institut des Mamans en 2007 retrouve 31% des mamans qui continuent d'allaiter en tirant leur lait à la reprise du travail. Les tire-lait légers, pratiques et discrets favorisent les choses. De plus en plus nombreuses sont les mères allaitantes se familiarisant avec eux.

Il y a une vingtaine d'années lors des enquêtes à ce sujet de la Leche League, aucune des mères interrogées ne tiraient son lait.

3. La durée de l'arrêt maternité

Il existe en France une **nette inadéquation** entre la durée du congé maternité post-natal français (10 semaines) et les recommandations des diverses Instances de Santé pour la durée optimale de l'allaitement exclusif (6 mois). La reprise du travail est souvent évoquée comme un élément majeur du sevrage.

La durée des congés postnataux contribue **au succès de l'allaitement en augmentant sa durée.** (7)(98)(109)(125)(127)(133)(186)(193-194)(196)(202-206) Plus ils sont longs, plus l'allaitement l'est aussi. Chaque semaine de congé supplémentaire augmente la durée de l'allaitement de presque une demi-semaine.(127) Les mères reprenant le travail après 4 mois envisagent davantage de concilier allaitement et travail (101) et parviennent plus facilement à prolonger l'allaitement.(196)(204)

Parmi les femmes ayant sevré pour reprendre le travail, la plupart aurait continué si le congé maternité avait été plus long (plus de 90 % dans l'étude de Sargiacomo N. en 2004 (204) et 79% d'entre elles dans l'étude de Favier-Steeger L. en 2006 (186)).

La durée moyenne du congé postnatal des mères ayant poursuivi l'allaitement maternel au moins 6 mois est plus longue (5.6 mois) que celle des mères ayant sevré avant les 6 mois de leur enfant. (3.5 mois).(205)

Aucune étude ne mesure exactement la **durée nécessaire** du congé maternité qui permet d'obtenir une durée d'allaitement identique à celle des femmes au foyer.

D'après une étude espagnole, le retour au travail dans la 1^{ère} année de l'enfant est associé à un allaitement plus court que les femmes au foyer.(207) Une étude asiatique plus récente nous assimile le retour au travail dans les 6 mois après la naissance à une barrière, un obstacle à l'initiation et à la poursuite de l'allaitement maternel d'où l'importance de trouver une stratégie qui encourage et soutient l'allaitement à la reprise du travail avant et après la grossesse.(208)

Environ un tiers des mères en emploi, prennent à l'occasion de la naissance des congés annuels ou des congés particuliers tels que ceux prévus par les conventions collectives pour allonger leur durée de congé maternité, une **prolongation** de 39 jours en moyenne. (DREES, 2006) En France, il n'existe pas de congé d'allaitement.

90% des médecins **prescrivent de manière fréquente ou occasionnelle un arrêt de travail à l'issue du congé de maternité** pour faciliter la poursuite de l'allaitement maternel.(209)

En 2010, la **proposition de loi** visant à allonger le congé maternité de 16 à 20 semaines (entre autres), à laquelle le ministre de la Santé, Roselyne Bachelot y était favorable, a été rejetée. Le gouvernement et la majorité à l'Assemblée Nationale la qualifiant de "fausse bonne idée". Les raisons avancées sont le coût de cette mesure évalué à 1.3 milliard d'euros par an et les inégalités professionnelles entre les hommes et les femmes que renforcerait cette loi.

Des **pétitions** circulent pour soutenir ce projet d'allongement du congé maternité notamment aux moments des élections présidentielles de mai 2012. Un projet de pétition a été présenté le 30 mars 2012 par le Dr Deboisse à la Journée Nationale de l'Allaitement afin de favoriser l'attachement familial et l'allaitement en France. Elle vise à faire appliquer la législation européenne plutôt que française (moins encourageante pour les femmes françaises).

Du côté de nos voisins européens

Les pays nordiques ayant le plus fort taux d'allaitement sont ceux qui offrent une grande période de congé post natal rémunéré et un soutien sociétal généralisé.(106) Ils facilitent la poursuite de l'allaitement maternel et la reprise du travail, qui intervient ainsi quand l'enfant est plus âgé.(101)(196)(204)(210)

Les pays où la durée du congé maternité est élevée, supérieure à 20 semaines, ont des taux d'allaitement maternel à la naissance et à six mois également importants (Italie, Norvège, Suède par exemple).

Certains pays européens, malgré des congés après l'accouchement moins longs que les pays nordiques, affichent des taux d'allaitement à la naissance et à six mois importants (Allemagne, Suisse, Espagne, Portugal, Luxembourg).

Judith Galtry (211) qui a étudié les implications des politiques du travail sur les pratiques d'allaitement, en comparant les situations radicalement différentes de l'Irlande, de la Suède et des Etats-Unis, souligne qu'**il n'y a pas qu'une simple relation entre les taux d'allaitement maternel et la politique d'emploi à travers la durée du congé postnatal.**

La Suède favorise la présence des parents auprès de leur enfant pendant ses premières années de vie et les USA favorisent la mise en garde précoce des enfants en subventionnant la garde des enfants et en ne donnant pas d'allocations pour le congé postnatal. Ces derniers favorisent plutôt l'expression du lait sur le lieu de travail alors que ces pratiques ne suscitent que peu d'intérêt en Suède car les mères reprennent plus tardivement leur activité professionnelle, à un moment où l'allaitement n'est plus exclusif. En Irlande, les femmes bénéficient d'une période de congés payés postnataux de 18 semaines et les taux et les durées d'allaitement y sont pourtant parmi les plus bas d'Europe.

Il existe en effet de nombreux **autres facteurs, culturels et institutionnels** qui interfèrent et sont défavorables à l'allaitement.

Tableau 8 : Congé légal de maternité de quelques pays européens

Congé légal de maternité – Durée et rémunération			
Durée (1)	Compensation en % du salaire		
	Moins de 80%	Entre 80% et 100%	100%
14-15 semaines	Belgique		Allemagne, Slovénie
16-18 semaines	Finlande (6)	Danemark	Autriche, France, Grèce, Luxembourg, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Espagne
21 semaines		Italie	
24 semaines et +	Hongrie, Irlande, Royaume-Uni (2)	Royaume-Uni (3), Slovaquie (5), Suède (4)	Norvège (4)

(1) Pour le premier enfant – la durée peut être plus longue à partir du deuxième enfant (Pologne) ou du troisième enfant (France et Espagne) ;

(2) pour les 20 semaines suivant les 6 premières ;

(3) 6 premières semaines sur un total de 26 semaines rémunérées ;

(4) pas de congé de maternité spécifique – le congé de la mère est intégré de fait dans le cadre du congé parental des parents ;

(5) la rémunération exprimée en % du salaire est toutefois très faible pour la grande majorité des salariés en raison d'un plafond très bas ;

(6) le niveau de compensation varie, il peut atteindre 100% dans quelques cas.

Source : EIRO (Observatoire européen des relations industrielles)

4. Le temps partiel

L'emploi à temps partiel, à mi-temps ou moins (moins de 4h par jour ou moins de 20H par semaine) n'a pas d'impact sur la durée de l'allaitement contrairement au temps plein qui la diminue considérablement.

Le temps partiel, supérieur au mi-temps (plus de quatre heures par jour ou plus de 20h par semaine) est néfaste sur la durée de l'allaitement mais moins que le temps plein.

De nombreuses études arrivent à ces conclusions : **la durée d'allaitement pour le travail à temps plein est plus courte que pour le travail à temps partiel.**(101)(109)(119)(125)(127)(133-134)(193)(202)(205)(212-213)

La reprise du travail à temps plein à 3 mois est l'un des facteurs prédictifs le plus négatif en terme d'arrêt de l'allaitement.(109)

Le travail à temps partiel semble être une stratégie efficace pour aider les mères à concilier le travail et l'allaitement.(107-112)

Une meilleure gestion des temps consacrés à l'activité professionnelle et à la vie privée semble donc favorable à l'instauration de l'allaitement maternel à la naissance et surtout à sa poursuite dans la durée, notamment lors du retour au travail.

5. L'environnement et le soutien professionnel

Créer un environnement propice à l'allaitement maternel pour les salariées de retour après un congé maternité, diminuant ainsi leur stress, fait partie intégrante de la lutte contre les risques psychosociaux des salariées.

L'allaitement maternel est poursuivi **plus longtemps** lorsque les femmes travaillent dans une **entreprise soutenant l'allaitement maternel.**(101)(214)

Aucune mère n'a regretté avoir tenté l'expérience de la conciliation allaitement maternel et reprise du travail (101): 82% des mères la retenteraient à nouveau et 18% préféreraient trouver une autre solution par rapport au travail (et non par rapport à l'allaitement) comme travailler à temps partiel ou reprendre quand l'enfant serait plus grand.

Un allongement du congé maternité ne suffit pas pour permettre une durée optimale de l'allaitement maternel, Galtry J.(211) Il faut donc à la fois un support socioculturel et une politique favorable du travail, de la santé et des soins de la petite enfance pour avoir des taux élevés d'allaitement et de femmes actives.

Il est intéressant de se pencher sur l'impact que peut avoir un tel programme de soutien à l'allaitement maternel sur le lieu de travail.

a. Programme professionnel de soutien des employeurs vis-à-vis de l'allaitement maternel

Beaucoup d'études démontrent des durées d'allaitement plus longues lorsqu'il existe sur le lieu de travail un **programme de soutien à l'allaitement**.(108)(215-221)

Ce type de programme au sein de l'entreprise permet aux femmes travaillant à temps complet **d'allaiter plus et plus longtemps que les femmes au foyer**. (Ortiz et al. 2004 (218))

Ce programme de soutien **résumable en trois axes**, mis en place dans cinq entreprises a été évalué et comportait au choix pour l'employeur :

- une sensibilisation des salariées aux bénéfices de l'allaitement (information)
- et/ou les services d'une consultante en lactation (soutien)
- et/ou la mise à disposition d'un espace convivial et équipé pour tirer le lait sur le lieu de travail. (local)

Les femmes qui bénéficient de tels programmes de soutien, poursuivent selon Cohen R. et al,(219) leur allaitement **de la même manière que les femmes au foyer**. Cependant dans cette étude, les femmes reprenaient en majorité le travail après six mois de congé maternité et avaient un niveau socio-économique élevé.

En France, une étude a été menée à *Hewlett Packard (HP) sur Grenoble* en Novembre 2009 (221) dans le but de savoir si les conditions de soutien réunies à HP permettent de favoriser l'allaitement maternel dans sa durée et dans sa prévalence. Cette entreprise employant 1800 salariés dont la moitié de femmes, dispose d'une **politique de soutien à l'allaitement maternel**. Une information est donnée aux employées pendant leur grossesse sur les possibilités de tirer leur lait dans une des salles du service médical qui sont ouvertes en libre-service aux heures d'ouverture du service médical (8h-17h). Des documentations concernant l'allaitement maternel sont à disposition des mères et futures mères.

La prévalence et la durée de l'allaitement sont nettement plus élevées à HP Grenoble que dans la population française générale avec 94% d'allaitement, de durée moyenne 10,3 mois et de durée médiane 7 mois.

De même, dans l'entreprise *Michelin*, sur ses quatre sites, à *Clermont Ferrand*, il existe un **dispositif facilitant la conciliation de l'allaitement maternel et de la vie professionnelle** de manière à favoriser un meilleur équilibre entre vie privée et professionnelle. Aucune étude sur ces sites n'a été réalisée pour juger de l'efficacité de cette méthode.

Concrètement, le service du personnel informe la future mère dès le 5ème mois de grossesse, qu'elle peut bénéficier :

- d'un soutien en allaitement pendant sa grossesse et après la naissance de la part d'une infirmière « référente » du service santé travail de son site. Les parents peuvent bénéficier d'une information individuelle ou collective au cours de réunions sur l'allaitement maternel et sa poursuite à la reprise du travail.
- d'un dispositif lui permettant de poursuivre l'allaitement de son enfant au terme de son congé maternité si elle le souhaite (grâce à l'heure d'allaitement, à la mise à disposition dans le service de santé au travail d'un local pour y tirer et conserver son lait).

D'un point de vue matériel, l'**organisation est légère et peu coûteuse**. Ce dispositif rassure les mères souhaitant allaiter leur bébé et rend moins difficile la séparation mère-enfant à la reprise du travail. 25 femmes en moyenne par an bénéficient de ce service à Clermont-Ferrand.(222)

Experte en lactation humaine, Véronique Darmangeat, consultante en lactation, est la première à proposer **en France, un programme aux entreprises et aux services de médecine du travail pour soutenir les femmes actives allaitantes** : *Lactissima*.

Nous avons appris beaucoup de ce concept lors d'entretiens téléphoniques avec cette personne.

Les expériences menées ailleurs dans le monde témoignent de l'efficacité de cette approche de la relation entre vie professionnelle et vie familiale en période d'allaitement mais cette idée est encore peu répandue en France.

A ce jour, *Lactissima* n'a pas encore de clients « entreprises » et continue sa démarche. Des détails sont disponibles sur le site internet : <http://www.lactissima.com/index.htm> et la plaquette d'information est visible en *Annexe 9*.

Les employeurs ne sont que très peu sensibilisés à ce domaine de l'allaitement maternel, ceci en est encore une preuve.

Au-delà de nos frontières

L'association Australian Breastfeeding Association (ABA) créée en 1964 a mis au point un **label « Lieu de travail ami de l'allaitement »** (Breastfeeding Friendly Workplace (223)) dans les années 90 avec des critères à remplir pour l'obtenir (tels que des pauses d'allaitement, un local adapté, un règlement intérieur favorable à l'allaitement, des documentations, une conseillère en lactation disponible, un respect de la législation).

Une association internationale de soutien à l'allaitement, the WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), en 1995, a développé **cinq étapes pour créer un lieu de travail « Ami des mamans employées, Ami de l'allaitement »**.(224)

Aux Etats-Unis par exemple, certains employeurs ayant bien conscience des bénéfices multiples de l'allaitement maternel adhèrent à une **charte « Entreprise, Amie de l'allaitement »** (Breastfeeding Friendly Enterprises), c'est-à-dire qu'ils s'engagent à soutenir les femmes dans leur projet d'allaitement en mettant à disposition les conditions matérielles et temporelles adéquates.(205) Elle concerne divers secteurs d'activités, dont le milieu hospitalier (225)et possède un contenu variable selon les études.(215)(226)

Il a été estimé que pour chaque dollar dépensé dans ce type de programme de soutien à l'allaitement maternel, trois dollars étaient économisés par la suite, étant donné que les enfants sont moins malades et les mères moins absentes.(71)(227)

Un **score de soutien à l'allaitement** « The breastfeeding score » possédant 14 items adaptés par Dogson JE. & Duckett L. (1997)(228), Bar-Yann NB. (1998)(229), Meek JY. (2001)(193) permet d'évaluer les lieux de travail en fonction des critères appartenant à ces programmes de soutien.

Une étude descriptive des différentes politiques de soutien mises en place pour les employées allaitantes des hôpitaux privés et publiques, comprenant un service de maternité, à Hong Kong, a été réalisée et a permis de classer ces structures par scores de soutien (meilleurs dans les hôpitaux publiques).(230)

De nombreuses études se sont penchées sur la **mise en évidence des aides et des obstacles à la poursuite de l'allaitement sur le lieu de travail**. Des éléments fondamentaux en ressortent et doivent faire **partie intégrante d'une politique globale, d'un programme de soutien sur le lieu de travail**. En effet, ceux-ci dissociés ne permettent pas d'obtenir des durées d'allaitement optimales.

C'est le respect et la mise en place de l'ensemble de ces paramètres qui permet de venir en aide et de soutenir les mères actives allaitantes pour qu'elles puissent poursuivre l'allaitement à la reprise du travail. (110)(116)(125)(127)(181)(193-194)(202)(220)(225)(231-235)

Redondants dans ces études, nous avons synthétisé ces éléments essentiels ici en trois axes à respecter.

b. Axes fondamentaux au cœur d'un programme de soutien à l'allaitement sur le lieu de travail

LE SOUTIEN

Un programme interne stratégique optimal de soutien à l'allaitement maternel comprend:

- Une **politique de soutien organisationnelle** avec une philosophie de soutien à l'allaitement et un comité de soutien,(108)(215-221)
- La désignation et la présence d'une **personne « référente » allaitement** +/- conseillère en lactation, le respect de la législation et des droits des mères allaitantes,
- La **sollicitation du partenariat du médecin du travail, du Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT) et des syndicats**. Ce programme de soutien fait partie intégrante de la lutte contre les risques psychosociaux,
- Le **soutien postnatal des mères** (téléphonique ou entretien individuel) et la consultation de reprise du travail pour y aborder la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail.

L'INFORMATION POUR SENSIBILISER

La sensibilisation de l'employeur et des employées s'intègrent nécessairement dans un programme de soutien à l'allaitement.

- **Renforcement des connaissances et des croyances de l'employeur**,(116)(236-239)
- **Information de tout l'encadrement et des employées** (pré et post natale) de la politique de soutien à l'allaitement du lieu de travail, des moyens matériels mis en œuvre et des temps de pause accordés.(116)(215)(240) L'information peut se faire de diverses manières (affiches, brochures, intranet, information verbale en réunion d'information...). Un **document écrit** est nécessaire pour officialiser la mise en place du programme de soutien.
Le document précise que les femmes allaitantes ne feront pas l'objet de discrimination, qu'il ne leur sera pas dévolu les tâches les moins gratifiantes.
- **Sensibilisation** de l'ensemble du personnel aux bénéfices pour les salariées mais aussi pour l'employeur, de l'allaitement maternel ainsi qu'au rôle que peut jouer un encadrement facilitateur.

LA MISE A DISPOSITION D'UN TEMPS ET D'UN ESPACE

Cette **condition temporelle et matérielle** pour allaiter ou tirer son lait sur le lieu de travail est nécessaire en vue d'améliorer les conditions, les horaires de travail et ainsi la poursuite de l'allaitement chez les mères actives.(108)(125)(183)(191-192)(194)(202)(215-221)

De nombreux points sont essentiels à favoriser : la flexibilité horaire, le nombre d'heures de travail à la maison (231), le travail à temps partiel, la permission de pauses pour tirer le lait ou allaiter, la création de locaux d'allaitement avec matériel à disposition,(71)(195) le développement de mode de garde adapté au lieu de travail et aux horaires de la mère.

c. La sensibilisation des employeurs et des mères actives par l'information

Importance de l'information donnée à l'employeur

Un **réel manque de connaissances autour de l'allaitement maternel de la part des employeurs** a été mis en évidence dans plusieurs ouvrages que ce soit sur le plan des bénéfiques pour la santé qu'économiques.(116)(236-239) Une **campagne d'information** se justifie.(72)

Or, **les employeurs informés sur l'allaitement et ses bénéfiques sont plus à l'écoute** de leurs salariées et mettent ainsi en place une politique de soutien adéquate. Ils savent alors que les mères qui allaitent seront moins absentes et moins stressées, ils sont donc plus réceptifs aux aménagements de leur poste de travail.(241)

Les employeurs les plus impliqués dans le soutien à l'allaitement lors de la reprise du travail ont déjà eu une ou des expériences de travail avec une femme allaitante ou ont connaissance d'un autre milieu de travail employant des femmes allaitantes.(236-237)

L'importance du rôle des employeurs dans le soutien à l'allaitement et dans l'information des employées sur ce qu'il leur offre comme facilités, a été mise en évidence sur quatre organisations anglaises du secteur publique.(242)

Une étude française autour **des pratiques, des connaissances des employeurs** (de la fonction publique et du secteur privé) à l'égard de l'allaitement maternel sur le lieu de travail a été menée par une sage-femme en 2005.(239)

Malgré leur méconnaissance autour de l'allaitement maternel, les employeurs ne sont pas totalement désintéressés de l'allaitement maternel (66% se disent prêts à soutenir l'allaitement dont 90% en proposant des aménagements d'horaires, 10% par la mise à disposition d'un local et 50% se disent prêts à adhérer à une charte de soutien).

Peu d'entreprises (10%) ont déjà soutenu des femmes dans leur projet d'allaitement (35% avec un aménagement d'horaires, 65% avec un local d'allaitement). 20% des employeurs expliquent qu'ils n'ont jamais été confrontés à cette demande de la part de leurs salariées (manque d'informations de celles-ci, gêne pour aborder ce sujet avec l'employeur ?) et ne comprennent donc pas la nécessité de promouvoir ce type de politique de soutien à l'allaitement.

Selon les employeurs, ce genre de charte de soutien ne diminue pas la productivité (avis de 90% des employeurs), permet de motiver les mères au retour de congé maternité (80%), ne diminue pas la demande de congé parental (80%) et diminue les arrêts maladie à la suite du congé maternité (70%). Ceux ne souhaitant pas soutenir l'allaitement, évoquent pour 90% d'entre eux une raison d'ordre organisationnelle et 10% pensent que ce n'est pas leur rôle de soutenir une mère qui allaite. Aucun n'avance de raison financière pour justifier son refus de soutien.(239)

Le Dr Delbey, médecin du travail avec qui nous avons eu l'occasion de nous entretenir, a réalisé avec Mme Danis Marie une enquête auprès d'employeurs et de mères pour évaluer la manière dont la théorie se mêle à la réalité concernant l'allaitement maternel et le travail.(116)

L'enquête met donc en évidence **un écart sensible entre la manière dont les entreprises se sont appropriées la question de l'allaitement maternel et l'attente des mères.**

Les auteurs recommandent ainsi :

- La sensibilisation des employeurs, des mères et des professionnels de santé autour de l'allaitement maternel,
- Une application contrôlée de la réglementation,
- L'aménagement du temps de travail, la rémunération de l'heure d'allaitement et le développement d'infrastructures adaptées (locaux, crèches d'entreprise, par exemple).

Seuls 21,2% des employeurs ont mis en place des dispositions. Peu d'entre eux pensent que l'organisation des conditions de travail peut influencer le choix des mères dans la poursuite de leur allaitement et à s'engager éventuellement dans une charte « Entreprise Amie de l'allaitement ». Pourtant ils ont conscience majoritairement que la reprise du travail est un frein à l'allaitement.(116)

La **sensibilisation de l'employeur** est essentielle pour permettre de créer un environnement de travail propice et favorable à l'allaitement maternel. Elle doit ainsi faire partie intégrante d'une politique de soutien professionnel.

Importance de l'information donnée à la mère

Les mères croient peu à la possible conciliation allaitement-travail, ayant un **faible niveau de connaissances** autour de ce sujet. En effet, elles méconnaissent leurs droits, le Code du travail, les facilités de leur lieu de travail qui leur sont potentiellement offertes, les bénéfices multiples de l'allaitement maternel, les diverses recommandations sur sa durée, sur sa pratique.

Trois semaines après la naissance de leur enfant, plus de 50% des mères n'ont pas reçu d'information sur la possibilité de combiner allaitement et travail malgré le besoin réel qu'elles expriment.(243)

Une étude prospective avec don d'informations sur la pratique de l'allaitement avant la reprise du travail, associée à un suivi mensuel de la mère et de l'enfant augmenterait la prévalence de l'allaitement exclusif, chez les femmes ayant repris le travail.(240)

L'information préalable à la naissance concernant les possibilités de conciliation allaitement - travail par le biais d'un programme de soutien de lactation sur le lieu de travail par rapport à une information prise à partir de la naissance de l'enfant donne des durées d'allaitement exclusives plus longues. De même les femmes bénéficiant d'une **consultation de reprise du travail** où le sujet de l'allaitement est abordé et / ou ayant des numéros de soutien téléphonique si besoin, ont des taux d'allaitement à 6 mois plus haut et des durées plus longues.(215)

Ces informations orales ou par l'intermédiaire de brochures, peuvent être transmises par les supérieurs hiérarchiques mais aussi par l'intermédiaire du service de santé au travail qui possède un rôle capital ici.

Le **médecin du travail** effectue une visite médicale pour toutes les femmes au retour de leur congé maternité. De plus, il est amené à voir en consultation périodique toutes les employées, enceintes ou non et peut ainsi les sensibiliser avant la naissance. Cette information anténatale est essentielle de manière à prévenir le risque de sevrage avant la reprise du travail et où la consultation de reprise interviendrait trop tard.

Il n'est averti que très peu souvent de la poursuite de l'allaitement (dans 28,2% des cas, selon Delbey J. et Danis M. (116)). Les mères pensent que cette question ne regarde qu'elles. Pourtant, elles ont des droits et ne doivent pas penser qu'elles sollicitent des faveurs d'où l'importance de leur sensibilisation.

Cependant, les résultats d'une étude tentant d'évaluer l'impact d'une cession d'informations sur les jeunes mères actives allaitantes, investigation qui n'existait pas en France ne sont pas encourageants. Ils ne sont pas significativement différents d'un groupe à l'autre puisque le taux d'allaitement à 4 mois dans le groupe ayant reçu la formation est de 39% et dans celui des témoins est de 35% ($p=0,6$). Les réunions d'information à elles seules, ne semblent pas répondre aux difficultés rencontrées par les femmes.(244)

De même, l'idée d'un CD-ROM contenant un programme de soutien à l'allaitement pour les mères ayant un poste informatique chez elle, a été exploré. En les sensibilisant, celui-ci avait pour but d'augmenter leurs taux et leurs durées d'allaitement. L'étude réalisée pour évaluer l'efficacité de ce CD-ROM, ne montre pas de différence significative entre les 2 groupes, l'un ayant bénéficié du CD-ROM, l'autre pas.(245)

Modifier les connaissances ne suffit pas à changer les comportements. C'est la superposition de ces moyens à travers un programme « entier » englobant cette sensibilisation mais aussi d'autres axes à respecter, qui est primordiale.

D. Allaitement et travail : le soutien auprès des mères actives

“Si l’allaitement est avant tout une histoire qui s’écrit à deux entre une mère et son bébé, c’est aussi un comportement humain qui s’inscrit dans une société à une époque donnée”
(Nathalie Roques).

Comme nous l’avons vu, les mères n’allaitent pas aussi longtemps qu’elles le souhaitent.(72)(101)(104-105)

La mère allaitante a parfois besoin de soutien pour poursuivre l’allaitement maternel lors d’épreuves, de difficultés rencontrées par exemple en raison de son environnement socioculturel (113) ou lors des périodes de séparation avec son enfant, comme au moment de la reprise du travail.

1. Associations de soutien à l’allaitement maternel

Elles peuvent grâce aux associations de soutien et aux consultantes en lactation **être épaulées dans leur projet d’allaitement et trouver information et soutien**, deux notions capitales.

Le recours à des associations de soutien est recommandé par plusieurs auteurs comme par exemple, l’ANAES, Didierjean-Jouveau CS., Turck D.(7)(72)(113)

Les mères prenant contact avec des associations de soutien à l’allaitement ont des durées totales et exclusives plus longues d’allaitement.(7)(246-248)

Les professionnels de santé peu formés sur ce sujet sont souvent source de conseils erronés et peuvent compromettre la poursuite de l’allaitement.(115)(174-178) Plus d’un médecin généraliste sur deux met en danger l’allaitement au moins une fois au cours de l’étude de Vuylsteker L.(115)

Ces associations participent également à la formation des professionnels de santé tout comme à la diffusion de l’information dans le grand public.

L’allaitement est rarement pratiqué dans l’entourage familial et amical, ces associations ont un rôle capital basé sur l’échange de mère à mère.

Elles réalisent un travail important dans le domaine de l’allaitement et en France, viennent en appui aux Centres de PMI (Protection Maternelle et Infantile), aux sages-femmes de proximité, aux médecins s’intéressant à l’allaitement maternel, afin de soutenir les mamans allaitantes.

Quelques exemples en France : La Leche League France : la plus connue, La Société Européenne pour le Soutien à l’Allaitement Maternel (SESAM), Solidarilait, IPA/CERDAM (Information Pour l’Allaitement / Centre Ressource Documentaire sur l’Allaitement Maternel), Co-naître (Institut de formation des professionnels, de recherche et d’échanges autour de la naissance), diverses associations départementales et régionales...

Ces associations proposent des réunions, des permanences téléphoniques, des contacts par courrier électronique, des sites internet chargés de conseils et de fonds documentaires, des blogs spécifiques pour les femmes actives allaitantes comme par exemple : <http://www.lactissima.com/a-tire-d-ailes/>.

2. Quelques exemples de brochures récentes de soutien et d'information sur l'allaitement maternel

Au niveau national et local (régional et départemental), des brochures d'informations sont mises à disposition des mères et des professionnels de santé pour informer, accompagner et soutenir l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel.

Certains professionnels les utilisent pour renforcer la consultation individualisée, pour augmenter la crédibilité des conseils donnés et pour nuancer certaines croyances populaires.

Il existe des **brochures d'information générale** sur l'allaitement, ayant le plus souvent quelques pages consacrées à la reprise du travail. Elles informent ainsi sur les possibilités de conciliation travail et allaitement maternel.

D'autres **brochures sont spécifiques** et ne traitent que du sujet « allaitement et travail ».

Quelques exemples récents de telles brochures sont visibles en *Annexe 10*.

Afin d'augmenter la prévalence et la durée de l'allaitement maternel en France, le **renforcement de l'information, du soutien** des mères et futures mères actives est donc indispensable, ainsi que **l'amélioration de leurs conditions de travail** (temporelles et matérielles). Le but est que « reprise du travail » ne rime pas avec « sevrage ».

Des études ont montré que lorsque des dispositions sont prises pour favoriser la poursuite de l'allaitement lors de la reprise du travail, les mères de retour du congé de maternité se sentent mieux au sein de leur entreprise, elles ont un meilleur moral, peuvent mener à bien leur projet d'allaitement dans la durée, de front avec leur activité professionnelle et sont moins absentes du fait de la diminution des maladies infantiles et maternelles.

Des évolutions sont donc possibles et doivent être envisagées : mettre en place un programme de soutien sur le lieu de travail et respecter l'ensemble de ces axes a une importance capitale.

Il est temps que le monde du travail prenne réellement en considération la maternité et entende la demande de toutes ces mères qui vivent ou ont vécu cette expérience. Mais encore faut-il qu'elles l'expriment. Une mère informée (sur ses droits, sur les facilités qui s'offrent à elle, sur les bénéfices et les recommandations autour de l'allaitement maternel) et soutenue sera plus à même de formuler ses demandes auprès de l'employeur, de la hiérarchie, du médecin du travail, concernant ses besoins pour allaiter.

TROISIEME PARTIE : Etude auprès de 270 mères actives dont 219 allaitantes, au sein du milieu hospitalier dans le Nord Pas de Calais

Il est en effet intéressant de connaître les conditions de travail, facilitant ou non l'allaitement dans la durée des professionnels de santé, qui tentent eux-mêmes de promouvoir l'allaitement auprès de leurs patientes.

IV. OBJECTIFS DE L'ETUDE

A. Objectif principal

- Mettre en évidence les **facteurs professionnels** influençant la durée de l'allaitement maternel (totale et exclusive) chez des mères travaillant au sein de trois Centres Hospitaliers de la Région Nord Pas de Calais, plus précisément du département du Nord :

Le CH Tourcoing

Le CH Roubaix

Le CH Seclin

B. Objectifs secondaires

- Montrer ainsi l'**impact** des conditions professionnelles sur l'allaitement dans la durée qui induit par là même la conciliation de celui-ci avec le travail.
- Etudier les **distinctions** (facilités offertes par l'hôpital, présence d'un local d'allaitement dédié au personnel, label IHAB...) qui existent entre ces trois structures hospitalières et dégager les critères qui favorisent la poursuite de l'allaitement maternel chez les mères actives en terme de logistique spatio-temporelle, d'information et de soutien notamment.
- Identifier les **principales raisons de sevrage**.
- Comparer les résultats de notre étude avec les **données de la littérature**.
- Evaluer les **connaissances** des mères travaillant dans le secteur hospitalier, au sujet de la législation et des recommandations autour de l'allaitement maternel.
- Evaluer la **satisfaction** et les **besoins** des mères pour leur permettre de pouvoir si elles le souhaitent concilier allaitement maternel et reprise du travail.
- Proposer des **perspectives** qui pourraient faciliter cette prolongation de l'allaitement maternel et sa poursuite en travaillant.

V. MATERIEL ET METHODES

A. Principe de l'enquête et constitution des échantillons

1. Au préalable : Etat des lieux des hôpitaux de la Région Nord Pas de Calais

Nous avons réalisé tout d'abord un état des lieux descriptif concernant la présence ou non d'un local ou d'un programme spécifique d'allaitement dédié au personnel, au sein de tous les hôpitaux de la région Nord Pas de Calais, comprenant un service de Maternité, publics et privés soit 37 structures listées en *Annexe 11*.

Sur le plan méthodologique, nous avons choisi de ne prendre que des hôpitaux dont la structure est dotée d'une maternité en partant du principe que la direction et l'ensemble du personnel sont ainsi davantage sensibilisés à la promotion de l'allaitement maternel, que dans les hôpitaux sans service de maternité.

2. Enquête auprès de 270 mères actives dont 219 allaitantes autour de l'allaitement et le travail.

Nous sommes ensuite partis à la rencontre des salariées de ce milieu hospitalier.

Notre travail par l'intermédiaire d'un questionnaire, s'est articulé secondairement autour d'une étude descriptive et rétrospective auprès de 270 mères actives au sein des trois structures hospitalières sélectionnées, selon les critères d'inclusion décrits ci-dessous :

Les différents critères d'inclusion sont :

- Concernant les hôpitaux :

Nous avons choisi le seul hôpital de la Région Nord Pas de Calais, comprenant des locaux d'allaitement dédiés au personnel à savoir le CH Tourcoing, qui possède également le label IHAB « Ami des Bébé ».

Puis nous avons choisi empiriquement deux autres hôpitaux proches, sans locaux d'allaitement dédiés au personnel, dont un labellisé IHAB et l'autre non, pour une comparaison optimale.

Nous avons donc opté pour deux autres hôpitaux :

- du même secteur (public),
- du même département, les taux d'allaitement étant différents entre le Nord et le Pas de Calais
- proche géographiquement, en zone urbaine, appartenant à la métropole lilloise, au sein d'un bassin de population similaire.

Notre échantillon n'est ainsi pas représentatif de l'ensemble des mères actives travaillant dans le milieu hospitalier. En effet, notre but n'était pas d'étendre nos conclusions à l'ensemble de cette population mais bien de prouver et de mettre en évidence l'impact de certaines caractéristiques professionnelles que l'on retrouve dans ces trois structures sur la poursuite de l'allaitement dans la durée et après la reprise du travail.

- Concernant les mères interrogées :

Les mères sélectionnées avaient un enfant de moins de 3 ans au 1^{er} Janvier 2012, travaillaient dans tout type de service (médical, administratif ou technique).

Nous avons décidé d'inclure uniquement les mamans ayant au moins un enfant de moins de 3 ans, en raison de la création courant 2008, des locaux d'allaitement au Centre Hospitalier de Tourcoing afin d'en déterminer l'impact sur ces mères.

B. Réalisation des questionnaires

Le questionnaire sous forme de livret a été adressé aux mères actives, travaillant dans les trois hôpitaux sélectionnés selon les critères d'inclusion décrits précédemment.

Deux types de questionnaires ont été réalisés :

- Un questionnaire spécifique pour le CH Tourcoing : avec des questions relatives aux locaux d'allaitement pour le personnel qui y sont disponibles
- Un questionnaire spécifique pour les CH Roubaix et CH Seclin

Ces questionnaires comprennent 32 questions (fermées, à choix multiples et ouvertes), dont 26 ont été retenues pour l'analyse.

Il se décompose en six parties dont seule la première est commune aux mères non allaitantes et allaitantes. Les cinq autres parties ne concernent que les mères ayant allaité leur enfant à la naissance, quelle que soit la durée.

Un espace pour recueillir les commentaires libres des mères est prévu à la fin du questionnaire.

C. Recueil des données

L'état des lieux initial de l'ensemble des hôpitaux publics et privés du Nord Pas de Calais, par téléphone et par mail (avec cinq relances au total) en questionnant les services des Ressources Humaines (RH), s'est déroulé progressivement du 3 Octobre 2011 au 31 Janvier 2012.

Nous avons obtenu l'avis favorable des chefs des trois établissements hospitaliers, pour pouvoir réaliser notre enquête. En *Annexe 12* se trouve la lettre qui leur a été adressée pour obtenir leur accord.

Grâce à l'aide des Ressources Humaines (RH) de chaque hôpital, nous avons fait parvenir par navette interne aux mères nominativement dans chaque service, un questionnaire sous forme de livret dans une enveloppe close (visible en *Annexe 13*).

Le recueil des données des questionnaires auprès de ces mères actives s'est réalisé de mi-février à mi-mars 2012.

Une lettre a été adressée à chaque cadre de service, leur détaillant le projet (*Annexe 14*), les sollicitant pour remettre les enveloppes et pour récupérer un maximum de réponses.

Les mères avaient pour consigne de retransmettre leurs livrets-questionnaires aux Ressources Humaines sous 8 jours. Après 2 relances par mail auprès des cadres de services, le recueil des questionnaires de manière anonyme s'est fait au bout d'un mois.

D. Méthodologie et analyse statistique

Les recherches bibliographiques ont été réalisées à partir de *Pubmed, Google Scholar, Sudoc, Cerdam, Insee*.

Le logiciel *Microsoft Excel®* a été utilisé pour la saisie de l'ensemble de la base de données ainsi que pour son analyse et son interprétation.

La cohérence de l'ensemble de la base de données a été vérifiée par échantillonnage et par des questions spécifiques permettant cette vérification.

Les analyses statistiques ont été réalisées par l'unité de biostatistique du CHRU de Lille sur le logiciel *SAS (Statistical Analysis System, version 9.2)*.

Certaines questions ont été supprimées et non analysées. En effet, certaines mamans n'ont pas bien perçu le sens de certaines questions parfois mal formulées à la base et les ont ainsi mal interprétées. De plus, nous avons pris en compte pour l'analyse toutes les questions ayant un taux de réponse supérieur à 85%.

Nous avons tout d'abord décrit l'ensemble des données :

- les items qualitatifs sont exprimés en effectif et en pourcentage
- les items numériques sont exprimés en moyenne (+/- écart-type), médiane (minimum, maximum)

Ensuite, nous avons réalisé une **analyse univariée** afin de tester plusieurs critères décrits auparavant, pour connaître l'influence de ceux-ci sur la pratique de l'allaitement chez les mères actives interrogées.

Nous avons donc croisé les données et réalisé les analyses statistiques adéquates :

- les tests de comparaison de fréquences avec le test du Chi2 ou le test de Fisher exact en cas d'effectif faible,
- les tests de comparaison de moyennes, le Student et l'Anova (analyse de la variance),
- les tests de comparaison des distributions (médianes), le U-Mann Whitney et le Kruskal-Wallis,
- l'analyse du coefficient de corrélation de Pearson lorsque l'on compare deux items numériques.

Afin de réaliser certains tests statistiques sans problème d'effectif théorique, nous avons procédé à un regroupement logique de certaines variables.

Lorsque la p-value (p) obtenue est <0.05, nous avons considéré le lien ou la relation testé comme significatif.

Nous avons ainsi étudié à plusieurs reprises dans notre étude, l'impact de critères (professionnels notamment) sur plusieurs paramètres relatifs à l'allaitement (le taux d'allaitement, la durée d'allaitement, la satisfaction maternelle).

Ceux apparaissant en **caractères grisés** dans les tableaux d'analyses sont les critères ressortant **Significatifs, S** avec $p < 0.05$. Ceux Non Significatifs sont symbolisés par **NS**.

Suite aux résultats obtenus lors de l'analyse univariée, nous avons complété et approfondi notre travail en réalisant une **analyse multivariée**, tenant compte ainsi des liens éventuels qui peuvent exister entre plusieurs facteurs.

Nous avons utilisé la méthode de la régression logistique, Pas à Pas (Stepwise) sur les items retenus dans l'analyse univariée ayant un $p < \text{ou} =$ à 0,2.

Cette analyse multivariée, avec un indice de qualité AUC (Area Under the Curve, Aire sous la courbe) : $AUC > 0.8$ est de très bonne qualité statistique. Elle nous a permis d'induire et de définir les facteurs les plus prédictifs des durées d'allaitement prolongées, totales et exclusives, supérieures ou égales à 6 mois.

Dans le modèle final retenu, la valeur du **p-value est considérée comme significative quand $p < 0.05$** . Les résultats sont présentés avec **l'Odds ratio et l'intervalle de confiance à 95%**.

VI. PRESENTATION DES RESULTATS

A. Etat des lieux initial

Dans la Région Nord Pas de Calais, il existe 37 établissements hospitaliers comportant un service de maternité dont :

- 16 du secteur privé
- 21 du secteur public

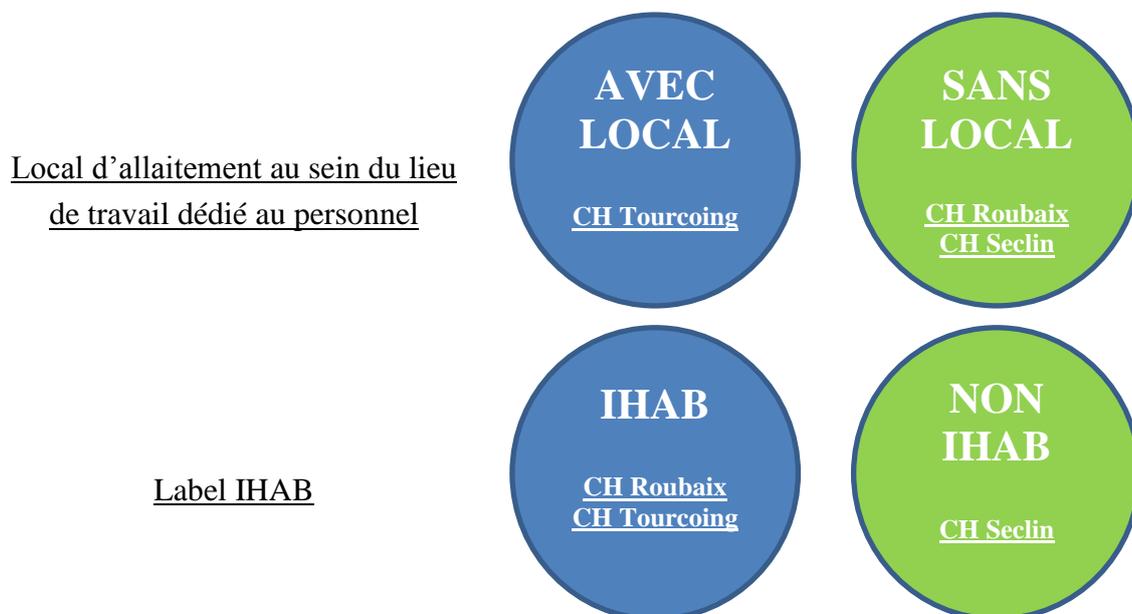
La liste de ceux-ci est visible en *Annexe 11*.

Sur l'ensemble de ces hôpitaux, seul le CH Tourcoing a mis à disposition de son personnel des locaux d'allaitement afin de soutenir et faciliter celui-ci sur le lieu de travail des mères.

Cette admirable initiative de l'employeur en 2008, s'est faite isolément et n'est pas intégrée dans une politique de soutien globale à l'allaitement pour les salariées.

B. Description de l'échantillon global des mères interrogées (n=270)

1. Rappel des caractéristiques des trois centres hospitaliers sélectionnés.



2. Participation à l'étude

L'échantillon des mères interrogées est constitué de 270 mères au total ayant au moins un enfant de moins de 3 ans au 1^{er} Janvier 2012.

Deux grossesses gémellaires ont été répertoriées, travaillant au sein du CH Tourcoing.

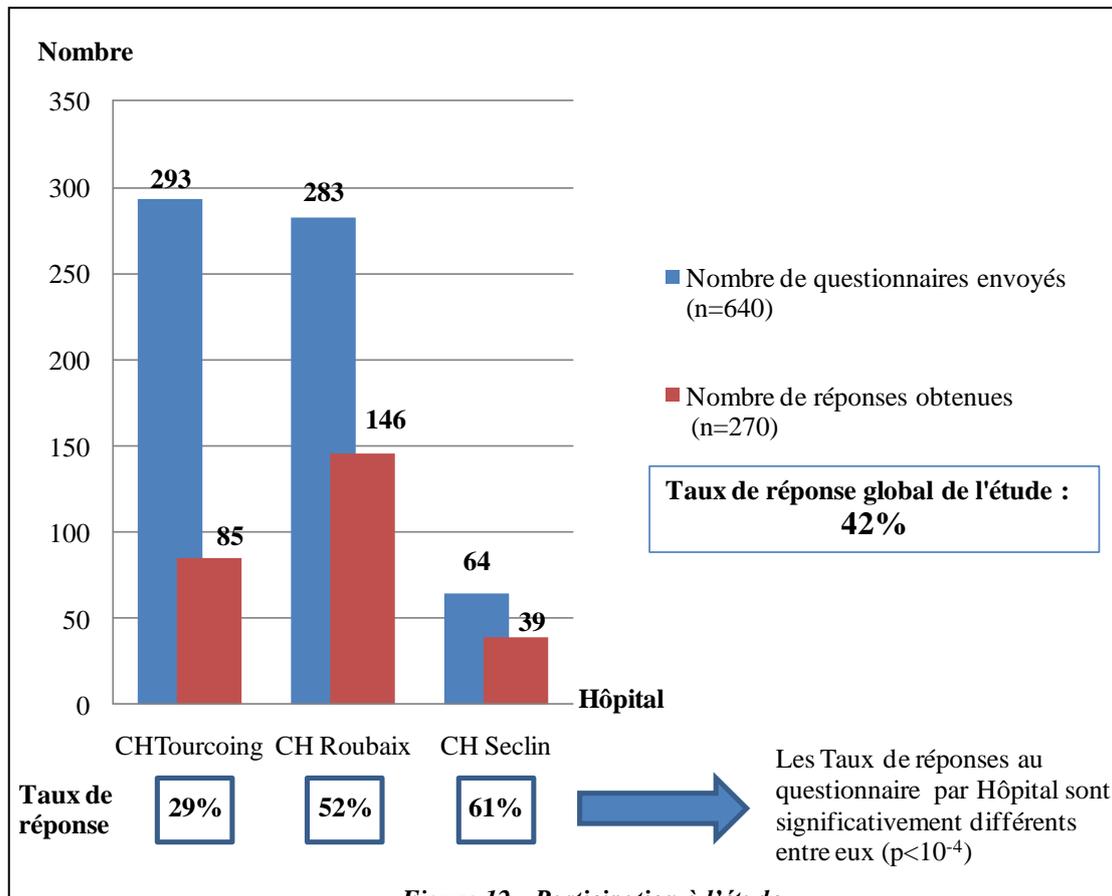


Figure 12 : Participation à l'étude

Le taux de réponse le plus bas concerne le CH Tourcoing, hôpital IHAB et ayant des locaux d'allaitement dédiés au personnel.

3. Le taux d'allaitement

Sur les 270 mères interrogées, 219 sont allaitantes à la naissance de leur enfant quelque soit la durée de leur allaitement.

Le taux d'allaitement global en milieu hospitalier de notre étude est de 81.11%.

Les taux d'allaitement par hôpital étudié, sont significativement différents entre eux ($p < 0.01$)

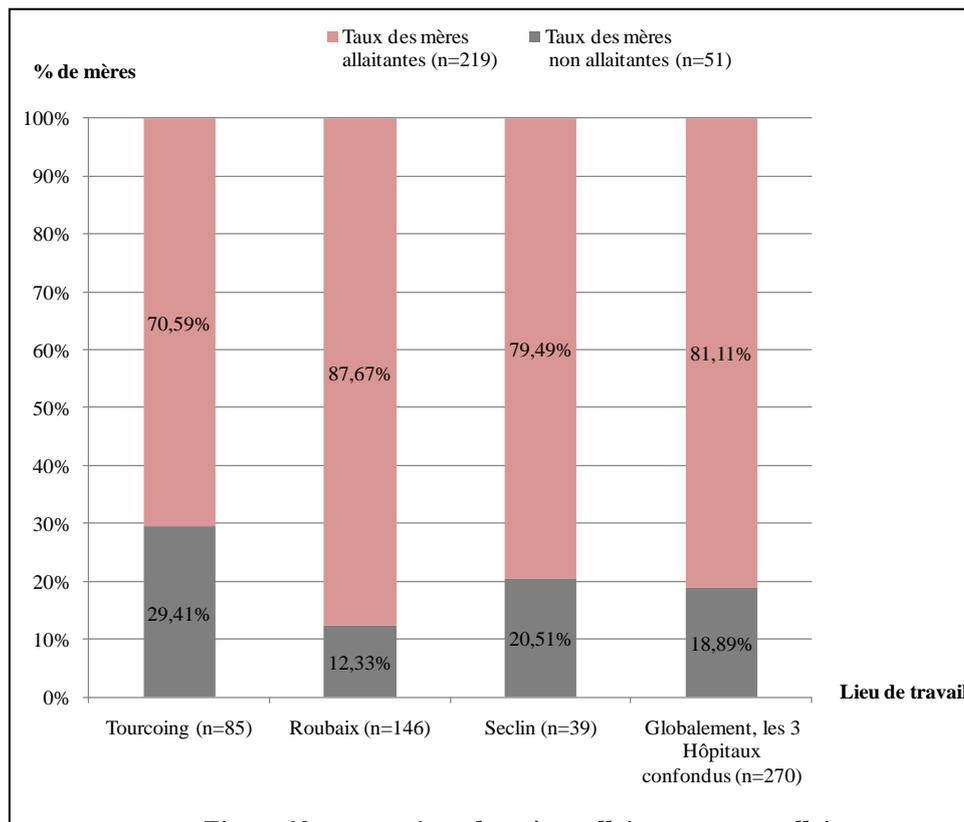


Figure 13 : proportions des mères allaitantes et non allaitantes

Nous nous sommes penchés par la suite sur les critères pouvant influencer ce taux d'allaitement. (Tableau 9)

4. Profil de l'échantillon global des mères (non allaitantes et allaitantes)

Notre échantillon (n=270) est composé majoritairement de mères :

- âgées de 26 à 35 ans (76.3% d'entre elles *Figure 15*),
- ayant un niveau d'études élevé, supérieur à Bac +2/3ans (77.4% d'entre elles *Figure 14*)
- ayant 1 ou 2 enfants (pour 81.9% d'entre elles *Figure 16*)

Elles ont bénéficié d'un accouchement dans une maternité IHAB pour 45,17% d'entre elles. (*Figure 17*)

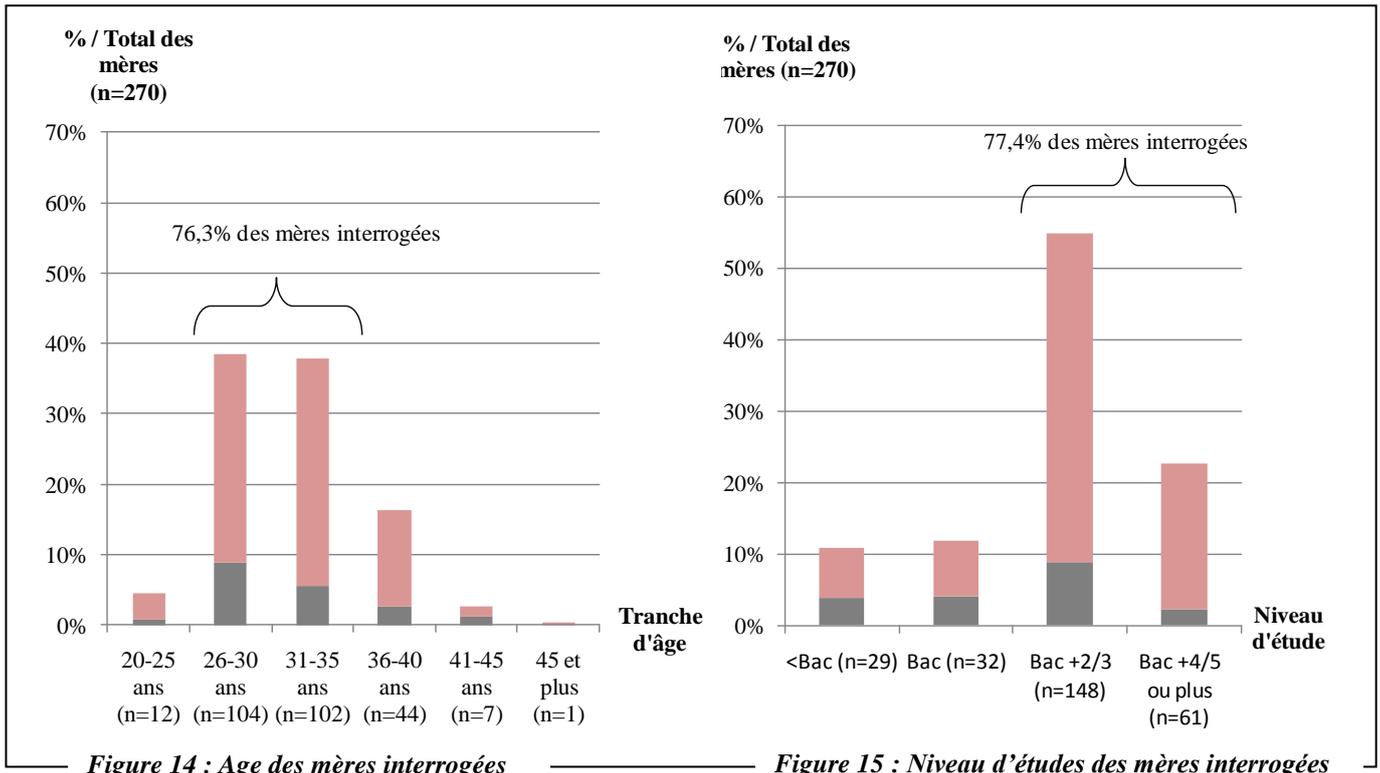


Figure 14 : Age des mères interrogées

Figure 15 : Niveau d'études des mères interrogées

■ Proportion des mères allaitantes (n=219)

■ Proportion des mères non allaitantes (n=51)

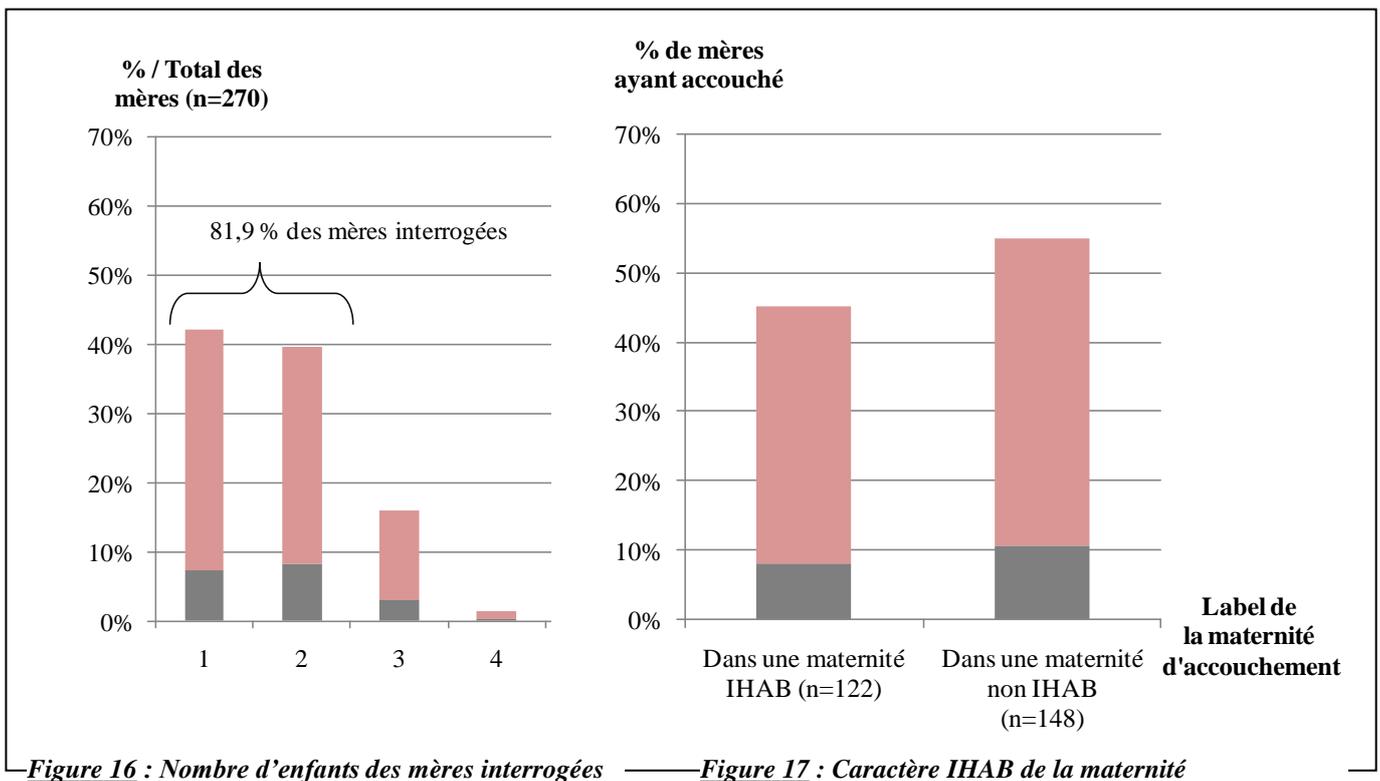
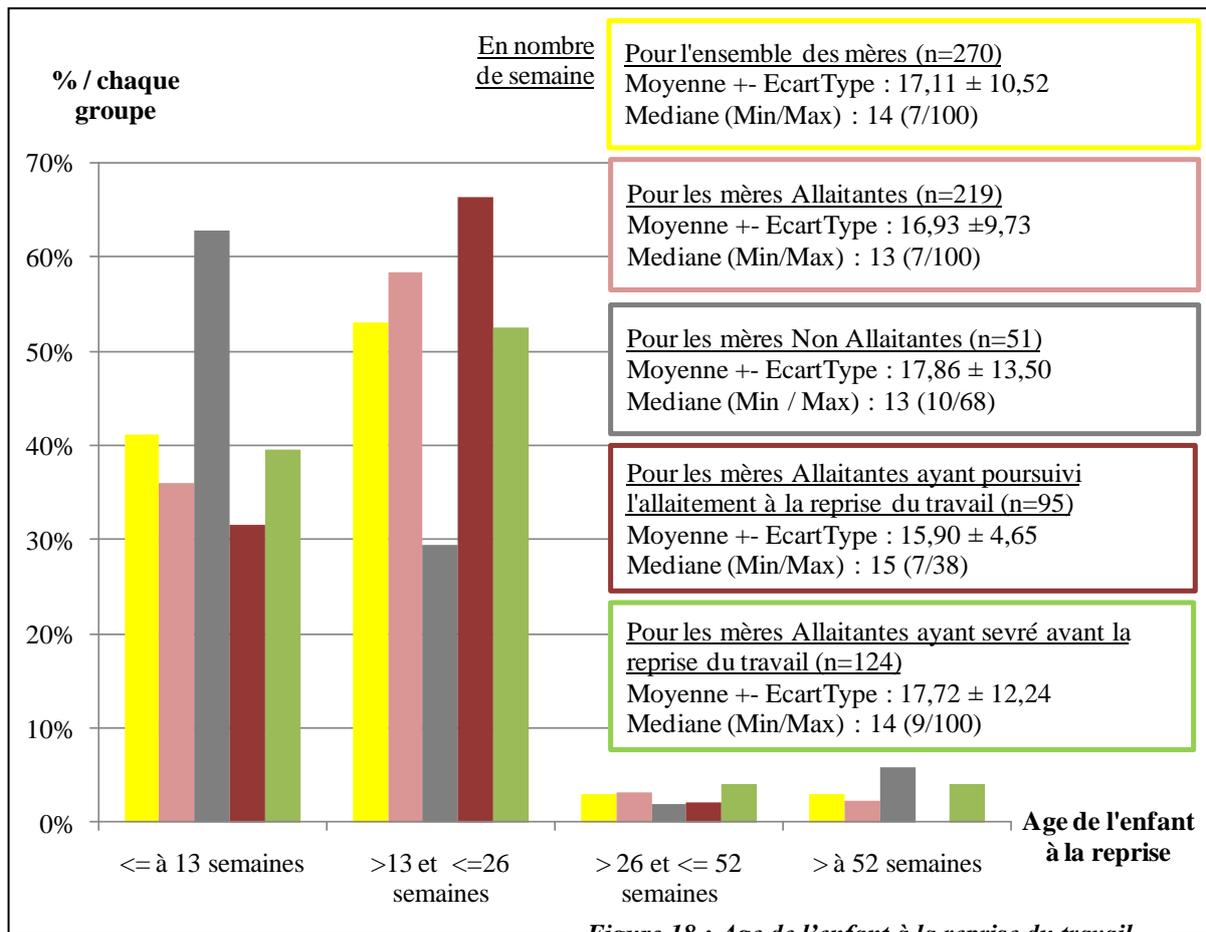


Figure 16 : Nombre d'enfants des mères interrogées

Figure 17 : Caractère IHAB de la maternité d'accouchement du dernier enfant des mères interrogées

5. La durée de l'arrêt maternité, soit l'âge de l'enfant à la reprise du travail



La majorité des mères (94%) reprennent le travail avant 6 mois (26 semaines).

Il n'existe pas de différence significative entre les durées des congés maternité des mères allaitantes et non allaitantes ($p=0.09$) et entre les mères ayant sevré avant la reprise et les mères ayant concilié travail et allaitement ($p=0.07$).

Les mères non allaitantes ont tendance à reprendre plus tôt (majoritairement avant 3 mois) le travail que les mères allaitantes (majoritairement entre 3 et 6 mois).

6. Critères influençant le taux d'allaitement de notre étude

Nous avons réalisé une analyse univariée.

Dans notre étude, le taux d'allaitement à la naissance est influencé significativement par :

- le lieu de travail, la présence d'un local
- le niveau d'études
- la durée de l'arrêt maternité

Tableau 9 : Etude portant sur l'ensemble des mères interrogées (n=270)

Le taux d'initiation d'allaitement maternel à la naissance est influencé significativement par :

	Taux d'allaitement	p
Critères généraux du lieu de travail		
<u>Le lieu de travail</u>		<0.01 (Significatif)
Tourcoing (n=85)	70.59%	
Roubaix (n=146)	87.67%	
Seclin (n=39)	79.49%	
<u>La présence d'un local</u>		<0.01 (Significatif)
Oui (n=85)	70.59%	
Non (n=185)	85.95%	
<u>Le caractère IHAB de l'hôpital de travail</u>		0.78 (NS)
Oui (n=231)	81.39%	
Non (n=39)	79.49%	
Critères maternels		
<u>Le caractère IHAB de l'hôpital d'accouchement</u>		0.74 (NS)
Oui (n=122)	81.97%	
Non (n=148)	80.41%	
<u>L'âge de la mère</u>		0.33 (NS)
20-25ans (n=12)	83.33%	
26-30ans (n=104)	76.92%	
31-35ans (n=102)	85.29%	
36-40ans (n=44)	84.09%	
41-45ans (n=7)	57.14%	
<u>Le niveau d'études</u>		<0.01 (Significatif)
<Bac (n=29)	65.52%	
Bac (n=32)	65.63%	
Bac + 2/3ans (n=148)	83.78%	
Bac + 4/5 ans et plus (n=61)	90.16%	
<u>La durée d'arrêt maternité</u>		<0.01 (Significatif)
<=13semaines (n=111)	71.17%	
>13 et <=26semaines (n=143)	89.51%	
>26 et <=52semaines (n=8)	87.50%	
>52semaines (n=8)	62.50%	
	Nombre	p
<u>Le nombre d'enfants (Moyenne+/-Ecart type)</u>		0.88 (NS)
Des mères allaitantes (n=219)	1.78 +/- 0.83	
Des mères non allaitantes (n=51)	1.80 +/- 0.78	

C. Les mères non allaitantes (n=51)

1. Raisons de non-allaitement

Dans notre étude, 23.29% des mères ayant pris part à notre étude ont décidé de ne pas allaiter leur enfant à la naissance. Voici les raisons avancées par celles-ci, par ordre décroissant :

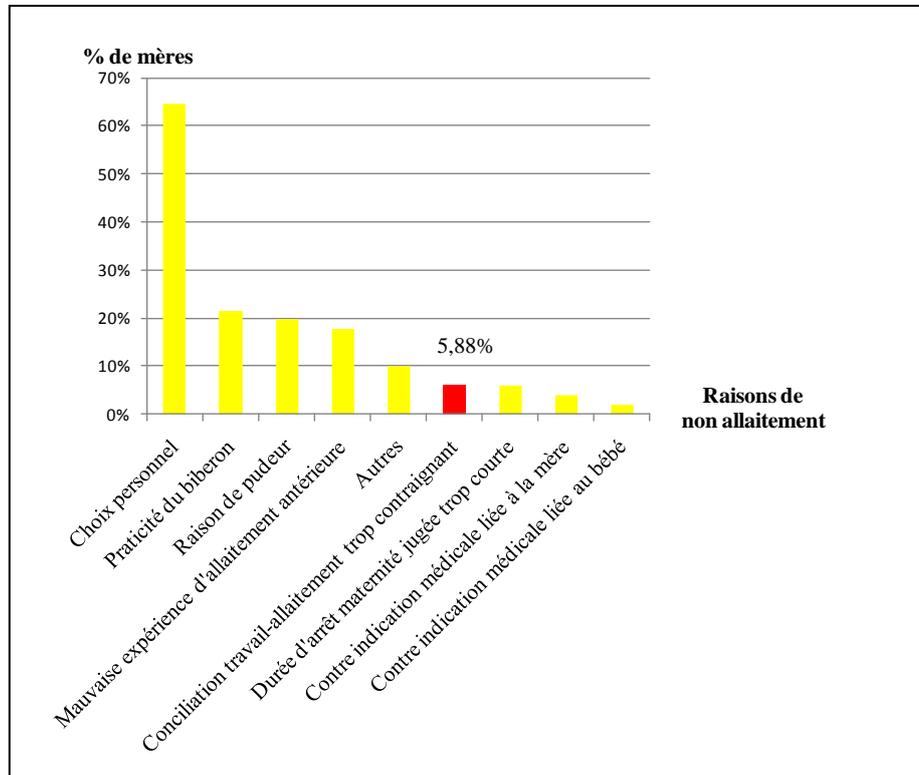


Figure 19 : Raisons de non allaitement avancées par les mères (n=51)

Le motif du travail apparaît que plus tard, en 6^{ème} position et n'influence ici que peu les mères dans leur choix du mode d'allaitement.

2. Influence d'un local d'allaitement existant ou potentiel sur ces mères non allaitantes

Dans le CH Tourcoing, comportant des locaux d'allaitement dédiés au personnel, une mère non allaitante sur 2 (52% d'entre elles) avait connaissance de ces locaux avant d'accoucher. Toutes les mères n'étant pas au courant de la présence de ces locaux sur leur lieu de travail ont toutes mentionné que le fait de le savoir n'aurait pas changé leur décision de ne pas allaiter à la naissance.

Dans les CH Roubaix et CH Seclin, hôpitaux sans locaux d'allaitement dédiés, toutes les mères non allaitantes y travaillant ont affirmé que si un tel local existait sur leur lieu de travail, cela ne les aurait pas incitées à allaiter à la naissance.

Un local sur le lieu de travail n'influence pas ici les mères dans leur choix de l'initiation de l'allaitement maternel.

D. Les mères allaitantes (n=219)

1. Caractéristiques professionnelles des mères allaitantes interrogées

a. Poste de travail

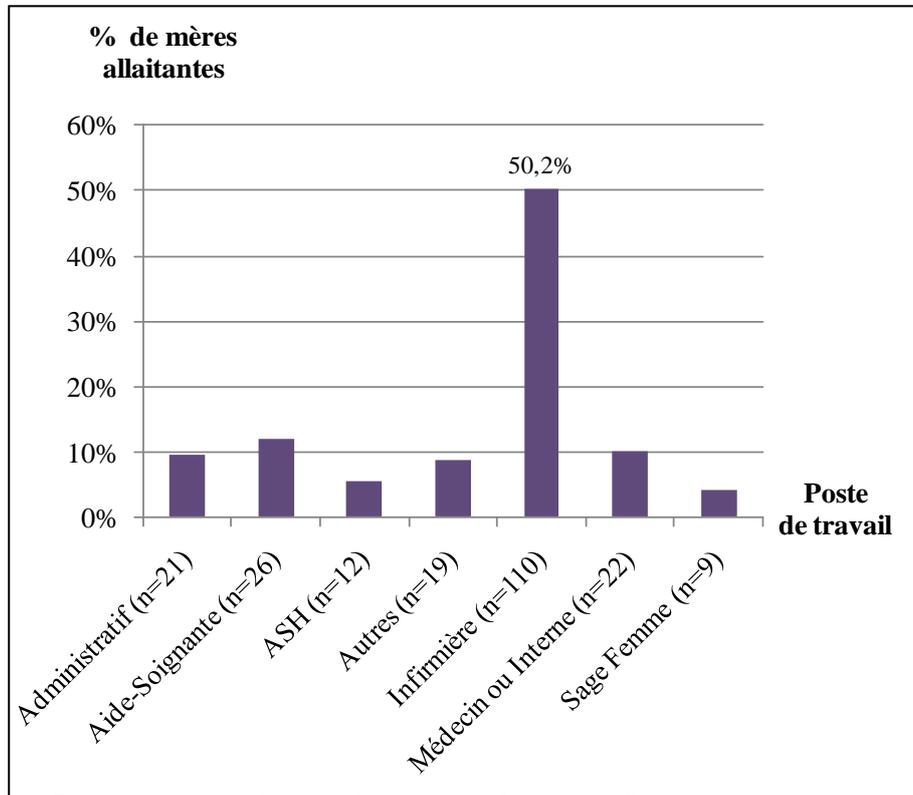


Figure 20 : poste de travail occupé par les mères allaitantes interrogées

b. Temps de travail

Tableau 10 : Temps de travail (Temps complet, 80% et mi-temps) des mères allaitantes interrogées.

	Pourcentage de mères allaitantes travaillant à temps complet	Pourcentage de mères allaitantes travaillant à 80%	Pourcentage de mères allaitantes travaillant mi-temps
Tourcoing	28.33%	53.33%	15%
Roubaix	43.75%	51.56%	3.91%
Seclin	6.45%	83.87%	6.45%
Globalement	34.25%	56.62%	7.31%

98,17 % des mères allaitantes interrogées se répartissent entre ces 3 catégories de temps de travail.

65.75% des mères travaillent à temps partiel avec une prédominance pour le travail à 80%.

c. Temps de trajet domicile-travail

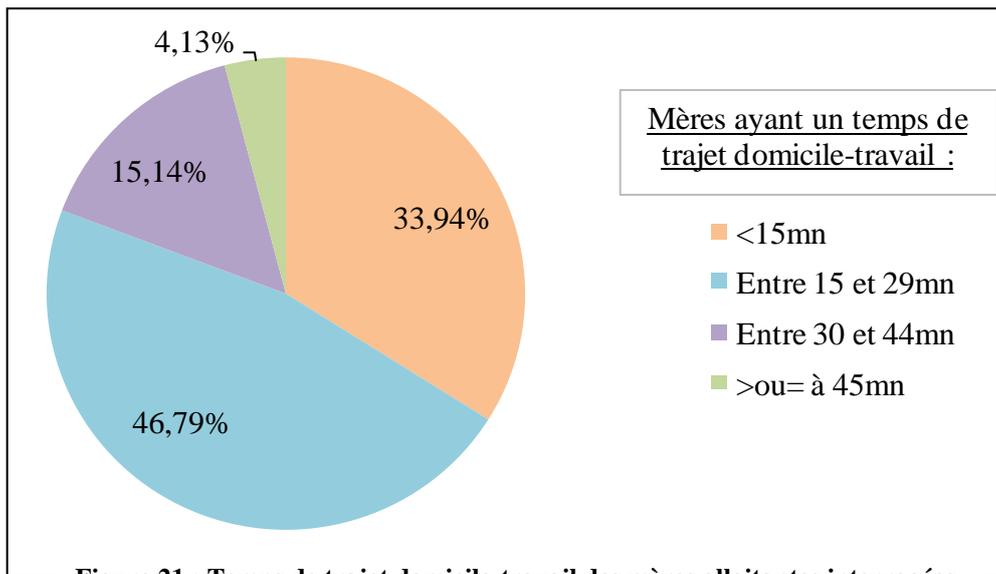


Figure 21 : Temps de trajet domicile-travail des mères allaitantes interrogées

d. Travail de nuit (constant et occasionnel)

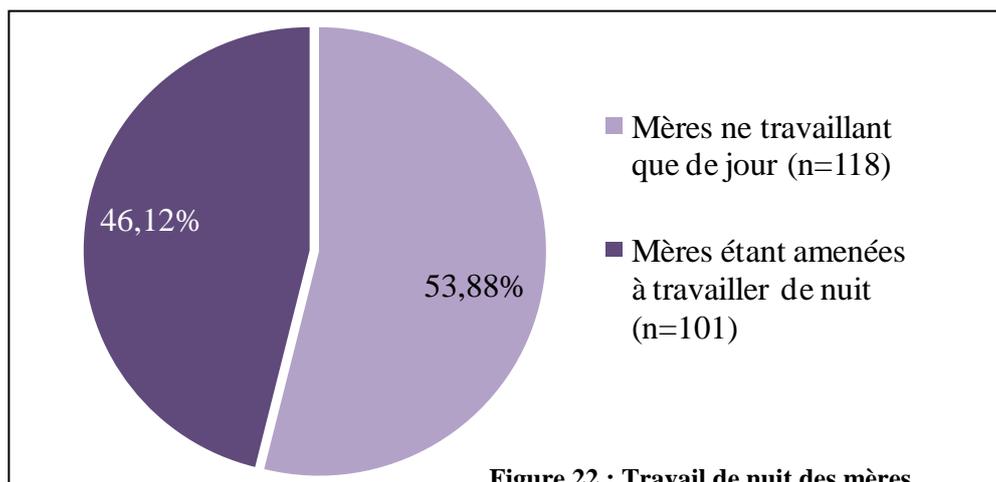


Figure 22 : Travail de nuit des mères allaitantes interrogées

e. Ancienneté

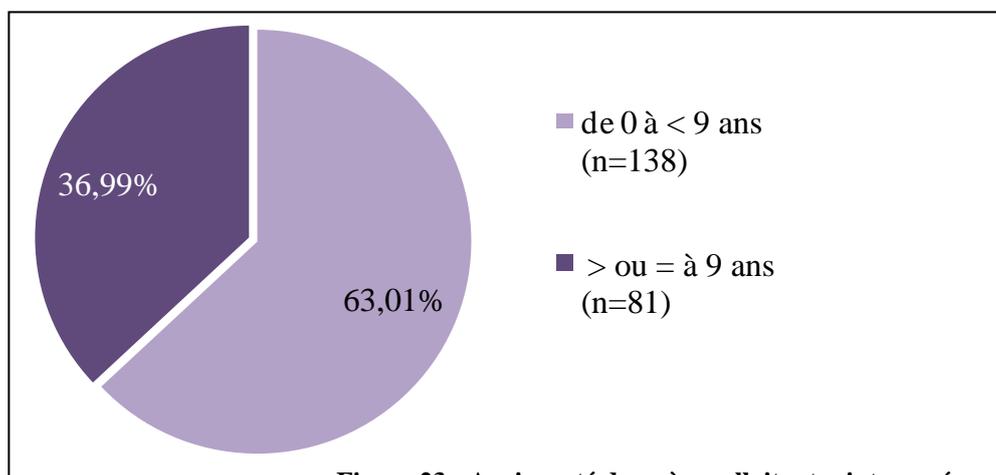


Figure 23 : Ancienneté des mères allaitantes interrogées

2. Soutien professionnel et non professionnel des mères allaitantes

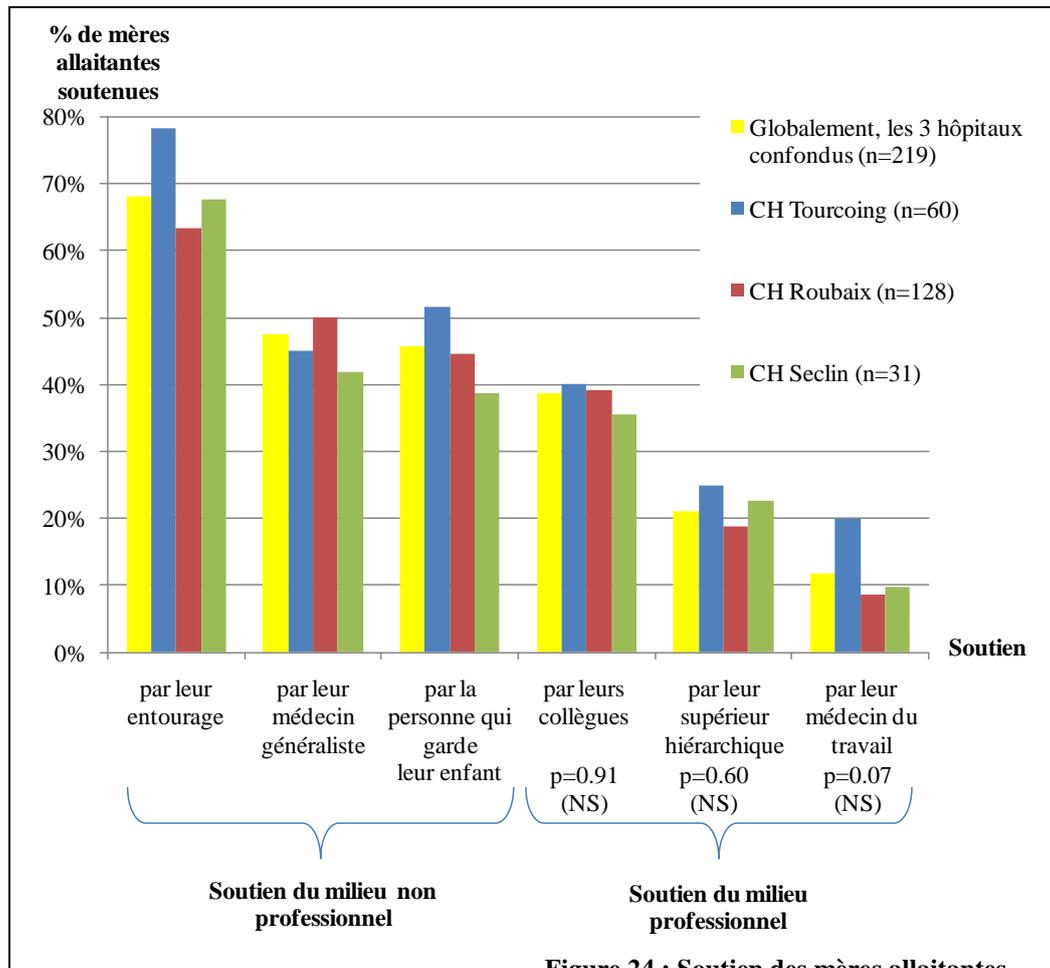


Figure 24 : Soutien des mères allaitantes

Il n'existe **pas de différence significative** entre les hôpitaux concernant le soutien professionnel qui y est présent (émanant des collègues de travail, du supérieur hiérarchique, du médecin du travail).

Les mères allaitantes sont davantage soutenues par le milieu non professionnel et notamment par leur entourage proche.

Les mères non soutenues par leur milieu professionnel sont plus nombreuses que celles soutenues par celui-ci. Notons que les proportions de mères se sentant soutenues par leur supérieur hiérarchique ou par leur médecin du travail restent faibles.

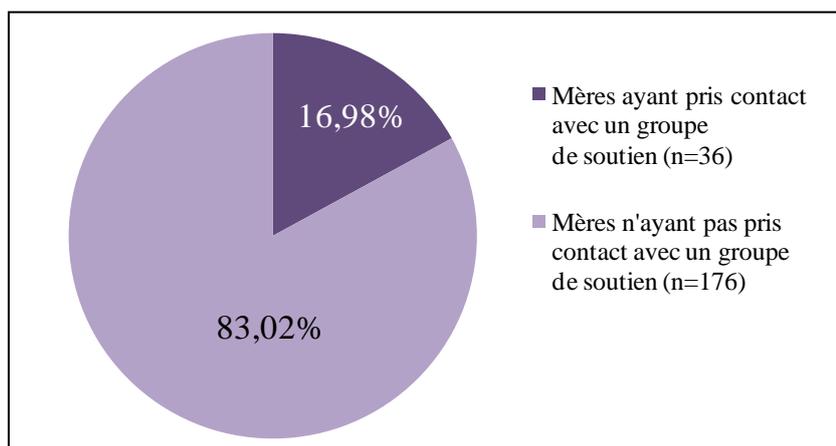


Figure 25 : Contact avec une association de soutien à l'allaitement

3. Connaissances des mères allaitantes

a. Au sujet de la législation

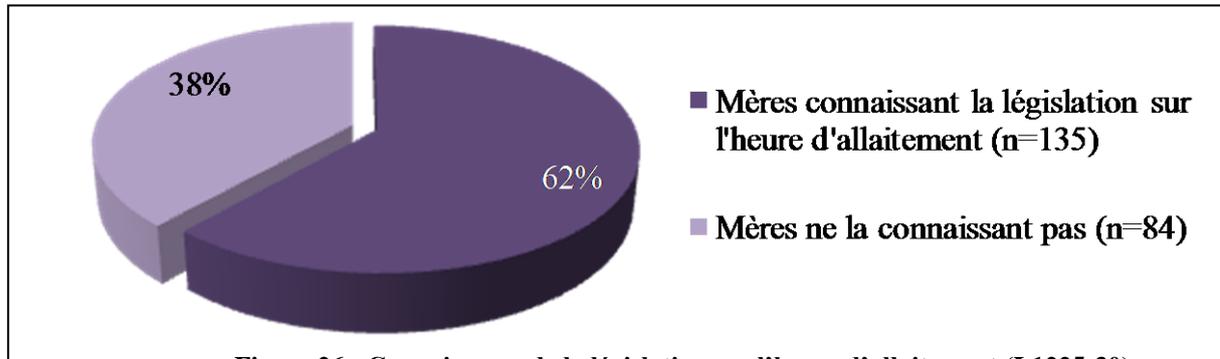


Figure 26 : Connaissance de la législation sur l'heure d'allaitement (L1225-30)

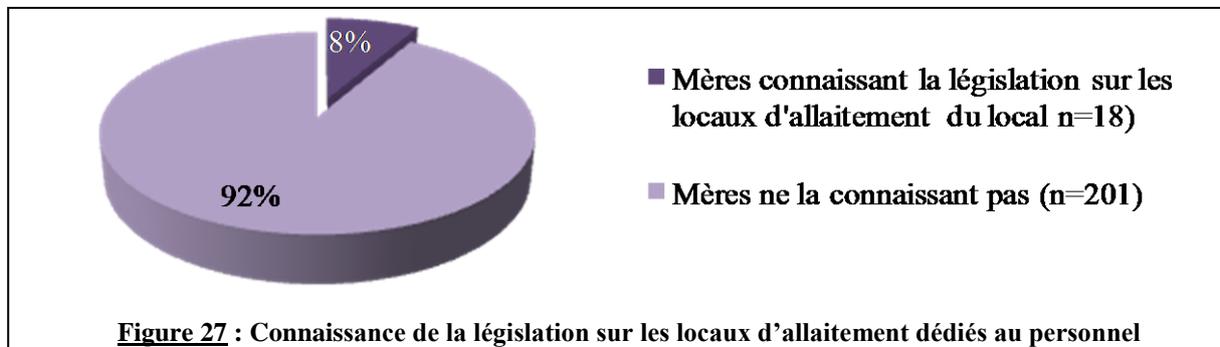


Figure 27 : Connaissance de la législation sur les locaux d'allaitement dédiés au personnel sur le lieu de travail, principalement appliquée dans le secteur privé (L1225-32)

b. Au sujet des recommandations concernant l'allaitement exclusif de 6 mois (3) et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans et plus par plusieurs organismes (7)

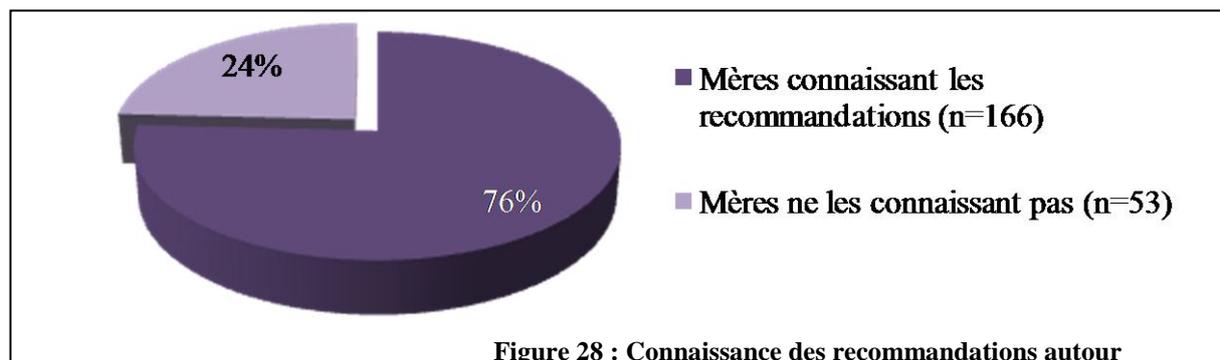


Figure 28 : Connaissance des recommandations autour des durées optimales d'allaitement maternel (3)(7)

4. Déroulement de l'allaitement maternel des mères actives

a. Raisons du sevrage avancées par les mères

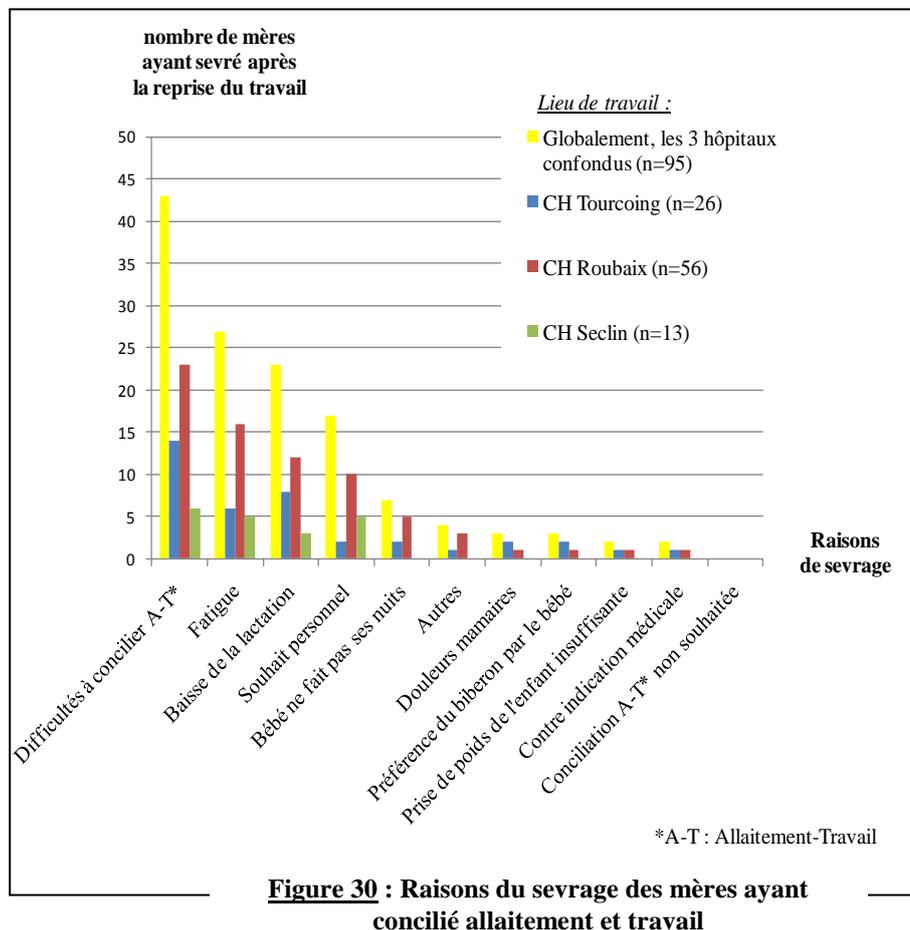
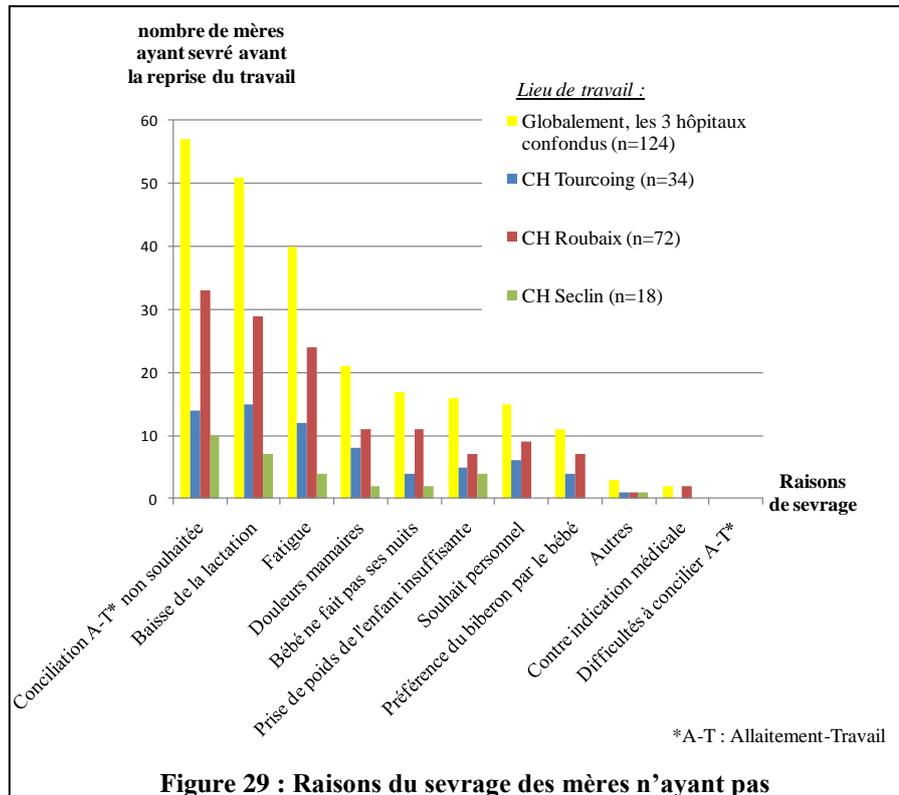


Tableau 11: Quatre premières causes de sevrage évoquées par les mères ayant sevré avant ou après la reprise du travail.

	Mères ayant sevré avant de reprendre le travail	Mères ayant tenté la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail
Quatre premières causes de sevrage évoquées par ces mères (Par ordre décroissant)	Conciliation allaitement et travail non souhaitée car jugée trop contraignante	Difficultés à concilier allaitement et travail
	Baisse de la lactation suite à l'introduction de biberons de lait en poudre	Fatigue
	Fatigue	Baisse de la lactation suite à l'introduction de biberons de lait en poudre
	Douleurs mammaires	Souhait personnel

Notons que parmi toutes les raisons évoquées de sevrage, trois d'entre elles sont significativement ($p < 0.05$) plus fréquentes dans le groupe des mères ayant sevré avant la reprise du travail par rapport aux mères ayant poursuivi l'allaitement à savoir :

- Une baisse de la lactation suite à l'introduction de biberons de lait en poudre ($p = 0.02$, Significatif (S))
- Les douleurs mammaires ($p < 0.01$, (S))
- Une prise de poids insuffisante de leur enfant ($p < 0.01$, (S))

Etant essentiellement des difficultés rencontrées par les mères au début lors de la mise en route de l'allaitement.

b. Conciliation allaitement maternel et activité professionnelle

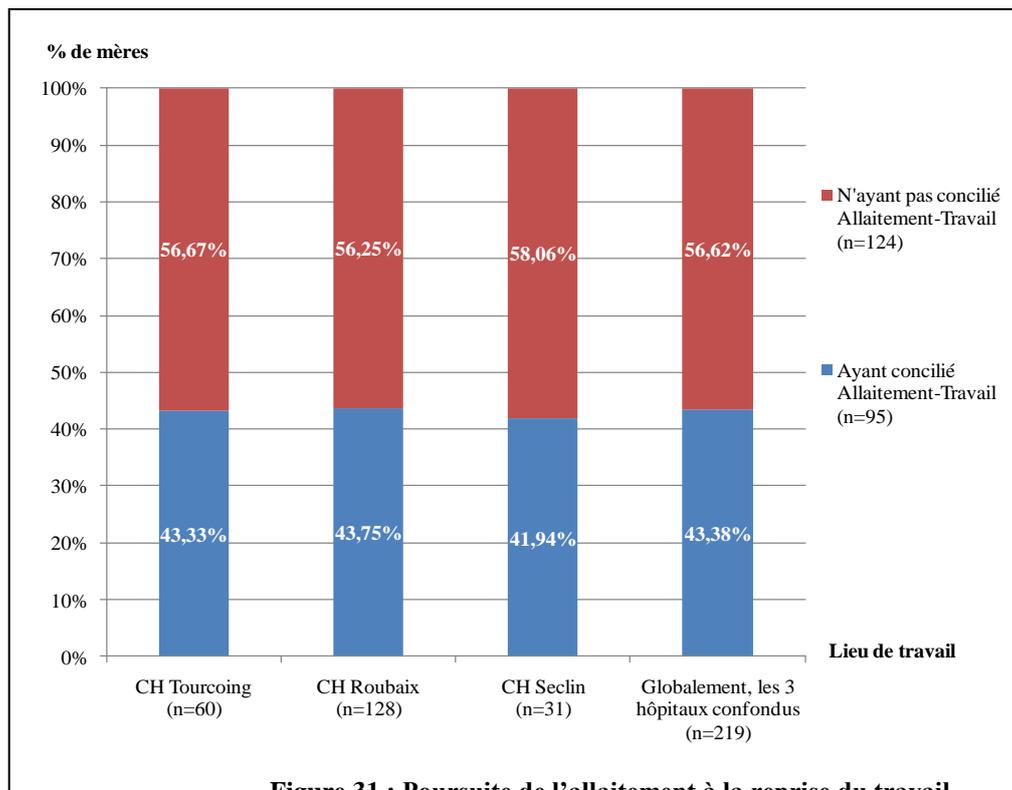


Figure 31 : Poursuite de l'allaitement à la reprise du travail

Le taux de conciliation allaitement-travail moyen de notre étude est de **43,38%**.

43.38% des mères allaitantes interrogées n'ont pas sevré leur enfant avant la reprise du travail et ont tenté ainsi de concilier ces deux paramètres.

Les proportions de mères conciliant ou non l'allaitement et leur activité professionnelle ne sont pas significativement différentes d'un hôpital de travail à l'autre ($p=0.98$).

De plus, les caractéristiques du lieu de travail (présence d'un local d'allaitement, $p=0.99$ et label IHAB, $p=0.86$) n'influencent pas significativement ces taux de conciliation.

En moyenne, les mères allaitantes de notre étude ont repris le travail à 16.93 semaines \pm 9.73 avec une médiane à 13 semaines (min : 7/ max : 100).

Elles ont des durées moyennes totales d'allaitement de 22.39 semaines \pm 20.53 avec une médiane à 16 (min : 1/ max : 130).

Des durées globalement plus longues d'allaitement que d'arrêt maternité qui sous-entendent la conciliation allaitement-travail et ainsi la poursuite de celui-ci après la reprise professionnelle.

Une analyse univariée nous a permis d'affirmer que les deux notions « conciliation allaitement-travail » et « durée d'allaitement exclusive ou totale » sont significativement liées dans notre étude avec $p < 0.0001$.

Tableau 12 : Conciliation Allaitement-Travail

	Durée totale d'allaitement moyenne +/- écart-type médiane (min/max)	p	Durée exclusive d'allaitement Moyenne +/- écart-type Médiane (min/max)	p
Pour les mères :				
ayant sevré avant la reprise du travail	11.06 +/-7.87 10 (1/48)	$<10^{-4}$ (significatif)	7.48 +/-6.88 6 (0/48)	$<10^{-4}$ (significatif)
ayant concilié travail et allaitement	37.18 +/-22.51 29 (12/130)		18.17 +/-10.22 17 (0/60)	

Plus une mère active allaite longtemps, plus elle aura tendance à être confrontée à la reprise du travail et à tenter la conciliation allaitement-travail.

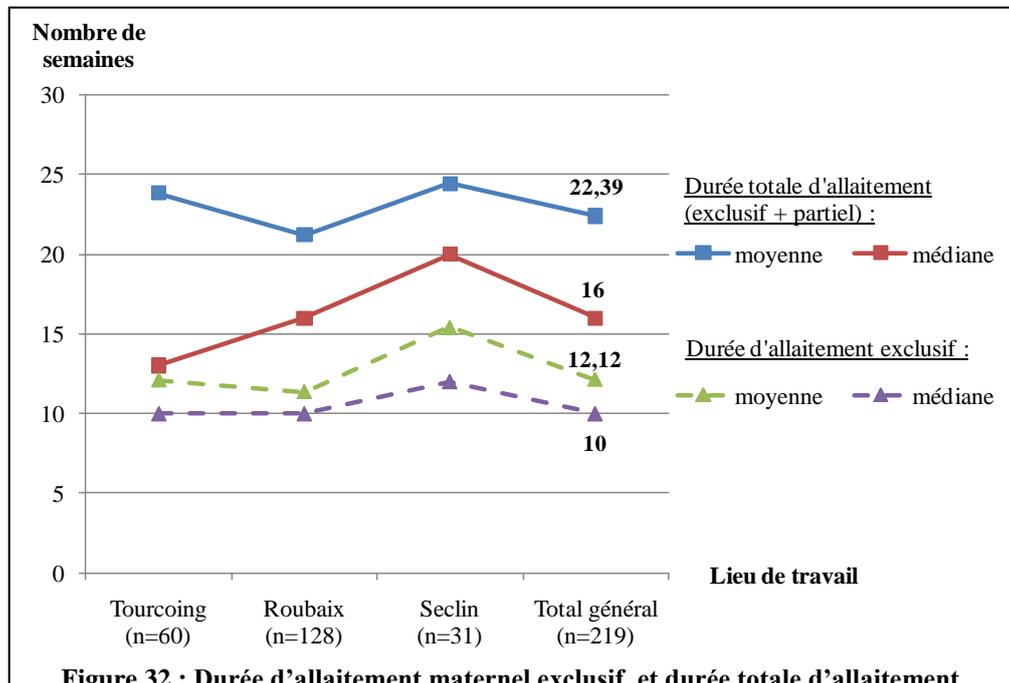
Les mères ayant opté pour la conciliation allaitement-travail n'ont pas des durées de congé maternité significativement différentes de celles des mères ayant sevré avant la reprise du travail, comme nous l'avons vu sur la *Figure 18*. Par contre, leurs durées d'allaitement sont significativement plus longues.

Un lien significatif existe entre les deux variables « conciliation allaitement-travail » et « durées d'allaitement » ($p < 10^{-4}$).

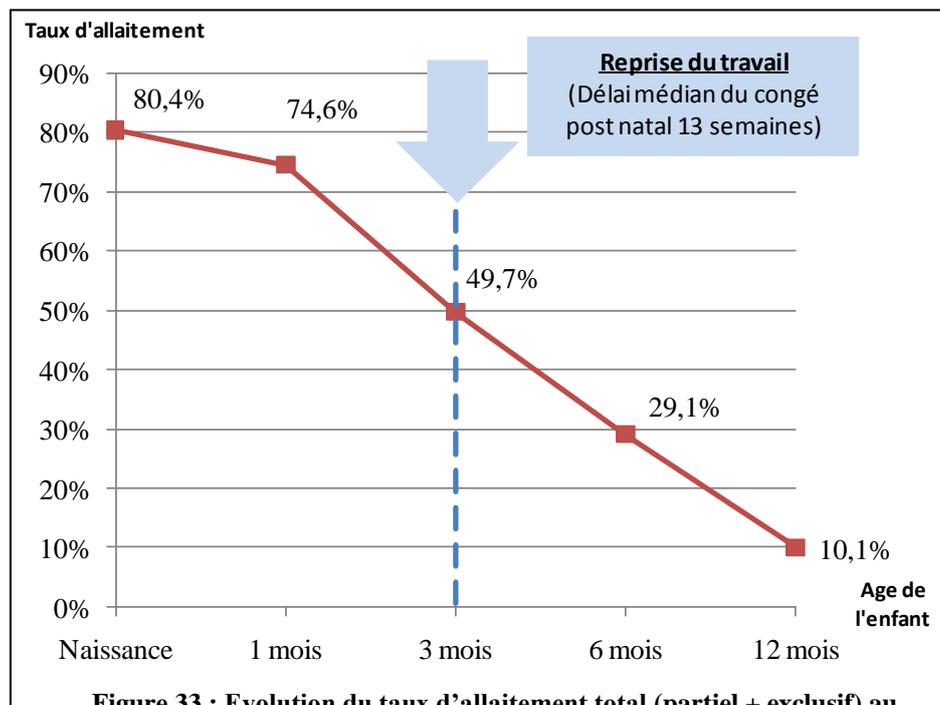
Mettre en évidence les facteurs professionnels influençant significativement les durées d'allaitement chez ces mères actives nous conduit ainsi logiquement à obtenir ceux influençant également cette conciliation allaitement travail.

Ces deux notions de durées d'allaitement et de conciliation allaitement-travail sont liées et induites dans notre étude.

c. Durées d'allaitement maternel



Il n'existe pas de différence significative entre ces 3 hôpitaux concernant les durées d'allaitement exclusif ($p=0.12$) et total ($p=0.60$).



Et les recommandations ?

Au total, 10% des mères allaitantes interrogées (soit 22 mères) ont allaité exclusivement 6 mois et plus (> ou = à 26 semaines) dans notre étude, comme préconisé dans les recommandations, soit :

8 mères travaillant au CH Tourcoing (13.33% des mères),

8 mères au CH Roubaix (6.25% des mères) et

7 mères au CH Seclin (22.58% des mères).

Sur ces 22 mères, seules 9% d'entre elles, soit 0.9% des mères allaitantes (=2 mères), ont allaité au total 2 ans et plus, l'une au CH Roubaix et l'une au CH Tourcoing.

Notre objectif principal est d'étudier les facteurs essentiellement professionnels pouvant influencer la durée d'allaitement totale et la durée d'allaitement exclusif chez les mères actives travaillant en milieu hospitalier (et par conséquent, la conciliation allaitement-travail qui en découle, les deux notions de durées et de conciliation étant significativement liées et induites).

Tableau 13 : Facteurs influençant la durée totale d'allaitement et la durée d'allaitement exclusif des mères allaitantes (n=219)**ANALYSE UNIVARIEE****Les durées d'allaitement (en semaines) sont influencées significativement par :**

	Durée totale d'allaitement (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p	Durée d'allaitement exclusif (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p
Critères généraux du lieu de travail				
<u>Le lieu de travail</u>		0.60 (NS)		0.12 (NS)
Tourcoing (n=60)	23.85 +/-26.51 13 (1/130)		12.08 +/-8.60 10 (0/26)	
Roubaix (n=128)	21.20 +/-18.19 16 (1/110)		11.34 +/-9.46 10 (0/56)	
Seclin (n=31)	24.42 +/-16.41 20 (2/60)		15.42 +/-13.70 12 (0/60)	
<u>La présence d'un local</u>		0.52 (NS)		0.97 (NS)
Oui (n=60)	23.85 +/-26.51 13 (1/130)		12.08 +/-8.60 10 (0/26)	
Non (n=159)	21.83 +/-17.85 17 (1/110)		12.13 +/-10.50 10 (0/60)	
<u>Le caractère IHAB du lieu de travail</u>		0.55 (NS)		<0.05 (Significatif)
Oui (n=31)	22.05 +/-21.16 16 (1/130)		11.57 +/-9.18 10 (0/56)	
Non (n=188)	24.42 +/-16.41 20 (2/60)		15.42 +/-13.70 12 (0/60)	

Critères maternels				
<u>Le caractère IHAB du lieu d'accouchement</u>		0.75 (NS)		0.44 (NS)
Oui (n=100)	21.90 +/-21.92 16 (1/130)		11.55 +/-9.11 10 (0/42)	
Non (n=119)	22.79 +/-19.39 18 (1/110)		12.60 +/-10.70 12 (0/60)	
<u>L'âge de la mère</u>		0.62 (NS)		0.08 (NS)
20-25ans (n=10)	20.40 +/-17.64 17.5 (1/52)		8.25 +/-8.35 4.5 (0/24)	
26-30ans (n=80)	23.00 +/-20.97 16.5 (1/130)		12.01 +/-9.34 12 (0/56)	
31-35ans (n=87)	21.43 +/-17.84 17(1/110)		13.31 +/-11.10 12 (0/60)	
36-40ans (n=37)	22.92 +/-23.26 16 (2/130)		11.62 +/-8.99 10 (0/26)	
41-45ans (n=4)	31.5 +/-48.50 9(4/104)		1.63 +/-2.29 0.75 (0/5)	

	Durée totale d'allaitement (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p	Durée d'allaitement exclusif (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p
Le niveau d'études		$<10^{-3}$ (Significatif)		0.06 (NS)
<Bac (n=19)	16.63 +/-16.77 8 (1/55)		7.97 +/-7.76 5 (0/25)	
Bac (n=21)	17.48 +/-18.03 10 (1/66)		12.86 +/-13.35 8 (0/56)	
Bac + 2/3ans (n=124)	20.47 +/-19.74 16 (1/130)		11.57 +/-8.96 10 (0/48)	
Bac + 4/5 ans et plus (n=55)	30.56 +/-22.44 28 (3/110)		14.5 +/-11.03 12 (0/60)	
Le nombre d'enfants de la mère		0.67 (NS)		0.93 (NS)
1 enfant (n=94)	22.13 +/-18.66 18 (1/130)		11.90 +/-9.06 12 (0/56)	
2 enfants (n=85)	21.47 +/-22.71 12 (1/130)		12.12 +/-11.42 10 (0/60)	
>ou= 3 enfants (n=40)	24.95 +/-20.18 20 (2/104)		12.64 +/-9.02 12 (0/30)	
La durée de l'arrêt maternité		$<10^{-4}$ (Significatif)		0.01 (Significatif)
<=13semaines (n=79)	17.59 +/-17.29 10 (1/84)		10.06 +/-10.21 8 (0/60)	
>13 et <=26semaines (n=128)	24.83 +/-22.22 20 (1/130)		12.86 +/-9.21 12 (0/56)	
>26 et <=52semaines (n=7)	26.43 +/-17.55 20 (8/52)		16.43 +/-9.90 16 (1/30)	
>52semaines (n=5)	30 +/-16.37 32 (4/48)		19.60 +/-19.20 20 (0/48)	
Il existe significativement une corrélation linéaire positive entre les durées d'arrêt maternité et les durées totales (p=0.0401) et exclusives (p=0.0066) d'allaitement.				

Caractéristiques professionnelles				
Le poste de travail		<0.01 (Significatif)		<0.01 (Significatif)
ASH (n=12)	14.75 +/-15.33 10 (1/52)		6.79 +/-5.51 6 (0/16)	
Administratif (n=21)	19.67 +/-17.62 12 (1/66)		8.67 +/-8.70 4 (0/28)	
Aide-soignante (n=26)	16.62 +/-14.80 9 (1/55)		11.92 +/-11.40 9 (0/48)	
Infirmière (n=110)	22.33 +/-19.84 18 (1/130)		12.37 +/-9.51 10 (0/56)	
Médecin ou interne (n=22)	24.09 +/-17.45 18 (3/60)		13.23 +/-9.24 13 (0/30)	
Sage-femme (n=9)	43.22 +/-30.60 36 (12/110)		24.67 +/-14.90 24 (12/60)	
Autres (n=19)	26.58 +/-28.68 17 (2/130)		10.89 +/-8.15 12 (0/26)	

	Durée totale d'allaitement (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p	Durée d'allaitement exclusif (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p
<u>Le temps de travail</u>		0.72 (NS)		0.99 (NS)
Temps plein (n=75)	21.24 +/-19.35 16 (1/130)		11.29 +/-9.19 10 (0/56)	
Temps partiel (n=144)	22.99 +/-21.17 17 (1/130)		12.55 +/-10.39 12 (0/60)	
<u>Le temps de trajet</u>		0.15 (NS)		0.03 (Significatif)
<30 minutes (n=176)	20.86 +/-20.83 14 (1/130)		11.41 +/-9.80 10 (0/60)	
>=30 minutes (n=42)	25.93 +/-19.40 23 (3/110)		15.23 +/-10.40 14 (0/48)	
<u>Le travail de nuit</u>		0.34 (NS)		0.01 (Significatif)
Non (n=118)	21.16 +/-20.26 13 (1/130)		10.50 +/-8.80 8 (0/48)	
Oui (n=101)	23.81 +/-20.87 19 (1/130)		14.01 +/-10.98 12 (0/60)	
<u>L'ancienneté</u>		0.19 (NS)		0.65 (NS)
<9ans (n=138)	23.79 +/-20.94 18 (1/130)		12.35 +/-9.37 10 (0/56)	
<ou=9ans (n=81)	19.99 +/-19.74 13 (1/110)		11.72 +/-11.03 10 (0/60)	

<u>Le soutien professionnel</u>				
<u>Des collègues de travail</u>		<10 ⁻³ (Significatif)		<10 ⁻⁴ (Significatif)
Présent (n=85)	28.88 +/-20.92 26 (1/110)		15.53 +/-11.17 12 (0/60)	
Absent (n=134)	18.27 +/-19.26 12 (1/130)		9.96 +/-8.53 8 (0/48)	
<u>Du supérieur hiérarchique</u>		<10 ⁻³ (Significatif)		<10 ⁻⁴ (Significatif)
Présent (n=46)	31.70 +/-17.98 28 (1/84)		17.61 +/-11.33 16 (0/60)	
Absent (n=173)	19.91 +/-20.51 12 (1/130)		10.66 +/-9.10 8 (0/56)	
<u>Du médecin du travail</u>		0.01 (Significatif)		0.02 (Significatif)
Présent (n=26)	29.19 +/-19.46 27 (2/84)		15.19 +/-8.77 12 (0/40)	
Absent (n=193)	21.47 +/-20.56 16 (1/130)		11.70 +/-10.10 10 (0/60)	

	Durée totale d'allaitement (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p	Durée d'allaitement exclusif (Moyenne +/- Ecart type) Médiane (Min/Max)	p
Le soutien non professionnel				
<u>De l'entourage proche</u>		0.01 (Significatif)		0.01 (Significatif)
Présent (n=149)	24.89 +/-20.68 20 (1/130)		13.35 +/-10.35 12 (0/60)	
Absent (n=70)	17.06 +/-19.32 12 (1/130)		9.50 +/-8.69 8 (0/42)	
<u>Du médecin généraliste</u>		<0.01 (Significatif)		<10 ⁻³ (Significatif)
Présent (n=104)	26.87 +/-24.35 21 (1/130)		14.52 +/-10.95 12 (0/60)	
Absent (n=115)	18.34 +/-15.37 12 (1/60)		9.95 +/-8.53 8 (0/42)	
<u>De la personne gardant l'enfant</u>		<10 ⁻⁴ (Significatif)		<10 ⁻³ (Significatif)
Présent (n=100)	28.57 +/-20.14 24 (1/110)		14.74 +/-10.49 12 (0/60)	
Absent (n=119)	17.19 +/-19.48 12 (1/130)		9.92 +/-9.03 8 (0/48)	
<u>Le contact avec une association de soutien</u>		0.47 (NS)		0.02 (Significatif)
Oui (n=36)	25.06 +/-15.58 23 (2/58)		15.75 +/-10.18 16 (0/42)	
Non (n=176)	22.30 +/-21.60 16 (1/130)		11.46 +/-9.81 10 (0/60)	

Les connaissances des mères au sujet				
<u>Des recommandations</u>		0.07 (NS)		0.34 (NS)
Oui (n=166)	23.81 +/-21.47 19 (1/130)		12.48 +/-10.15 10 (0/60)	
Non (n=53)	17.92 +/-16.72 12 (2/84)		10.97 +/-9.51 10 (0/48)	
<u>De la législation sur l'heure d'allaitement</u>		0.35 (NS)		0.08 (NS)
Oui (n=135)	23.41 +/-17.73 20 (1/110)		13.04 +/-9.11 12 (0/48)	
Non (n=84)	20.75 +/-24.42 12 (1/130)		10.64 +/-11.18 8 (0/60)	
<u>De la législation sur les locaux d'allaitement</u>		0.38 (NS)		0.34 (NS)
Oui (n=18)	27.72 +/-29.43 19.50 (4/130)		12.72 +/-7.07 13 (0/26)	
Non (n=201)	21.91 +/-19.58 16 (1/130)		12.06 +/-10.23 10 (0/60)	

Les facteurs qui influencent significativement dans notre étude :

➤ **L'ensemble des durées d'allaitement (exclusives et totales) :**

- la durée de l'arrêt maternité : Plus les mères reprennent tardivement le travail, plus elles parviennent à allaiter longtemps.

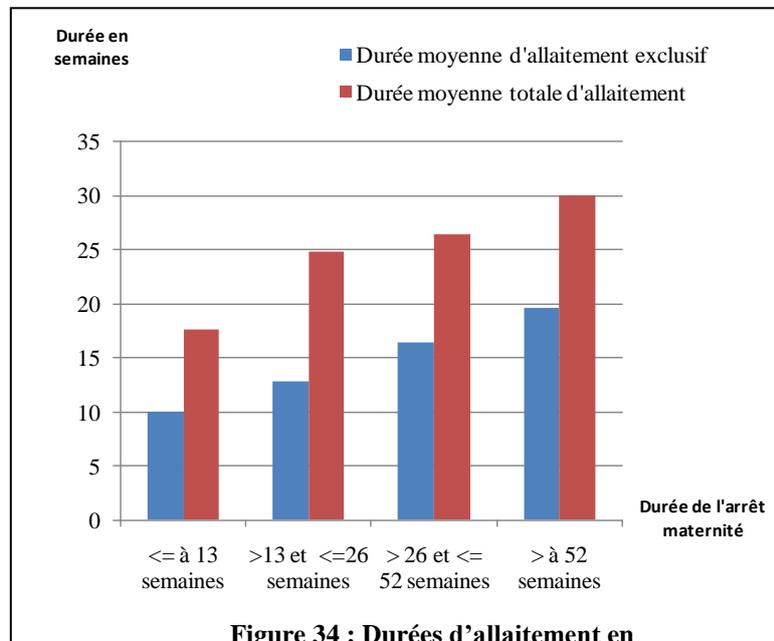


Figure 34 : Durées d'allaitement en fonction de la durée du congé maternité

- le poste de travail : Ce sont les sages-femmes, les médecins puis les infirmières (par ordre décroissant) qui allaitent le plus longtemps par rapport aux autres postes.

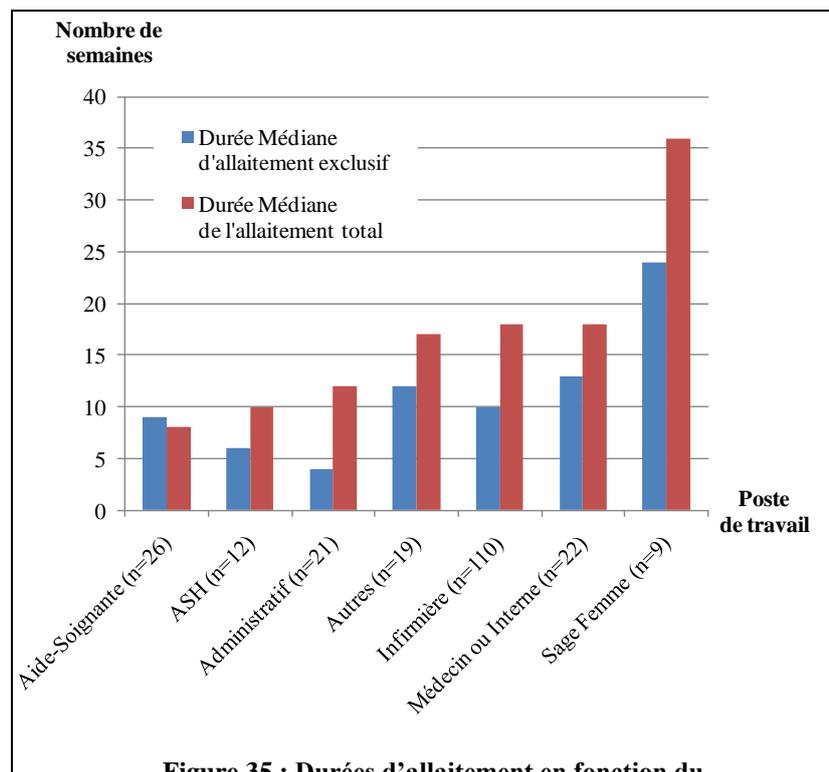


Figure 35 : Durées d'allaitement en fonction du poste de travail

- le soutien professionnel et non professionnel

Les mères soutenues ont des durées totales d'allaitement plus longues, mais également des durées d'allaitement exclusif plus importantes.

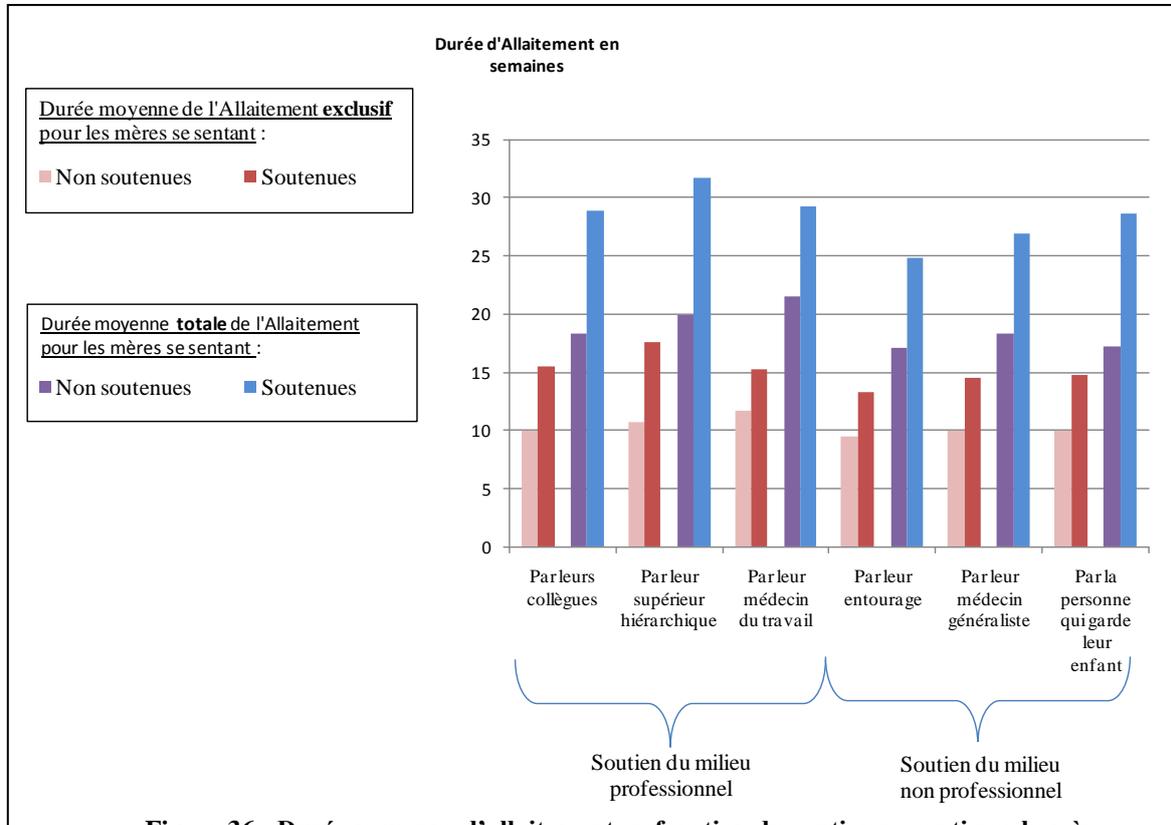


Figure 36 : Durée moyenne d'allaitement en fonction du soutien ressenti par la mère

➤ Uniquement la durée totale d'allaitement :

- le niveau d'études qui est proportionnel à la durée totale d'allaitement. Plus les mères ont un niveau d'études élevé, plus elles ont tendance à allaiter longtemps.

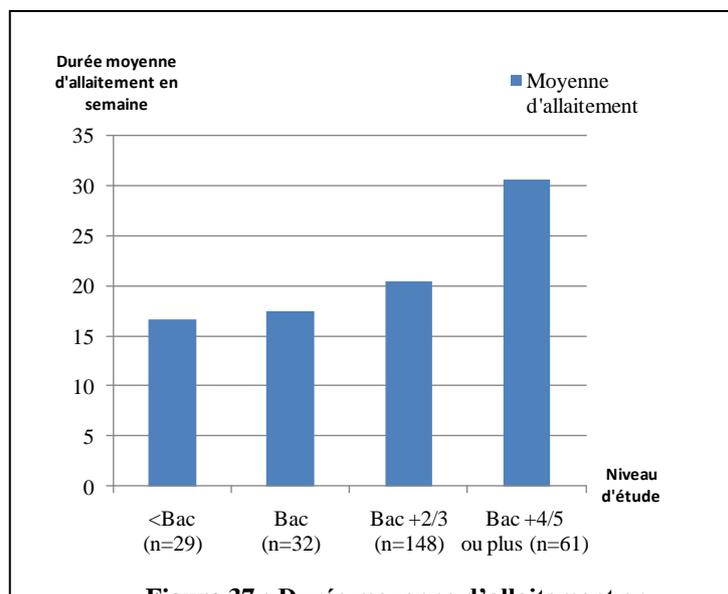


Figure 37 : Durée moyenne d'allaitement en fonction du niveau d'études de la mère

➤ **Uniquement la durée d'allaitement exclusif :**

- le caractère IHAB du lieu de travail : Les mères travaillant dans un hôpital non IHAB allaitent exclusivement plus longtemps, ce résultat est inverse à celui que nous attendions.
- le travail de nuit : les mères étant amenées à travailler de nuit parviennent à allaiter plus longtemps exclusivement. La même tendance pour la durée totale d'allaitement est retrouvée mais de manière non significative.
- le temps de trajet : ce sont les mères habitant le plus loin du lieu de travail qui arrivent dans notre analyse à allaiter le plus longtemps totalement (NS) et exclusivement notamment (S).
- le contact avec une association de soutien : Les mères s'étant rapprochées d'une association d'aide à l'allaitement maternel allaitent plus longtemps exclusivement (S) mais également totalement (NS).

ANALYSE MULTIVARIEE

Nous avons ensuite réalisé une analyse multivariée sur la « durée d'allaitement » en la binarisant avec un seuil de 26 semaines, soit 6 mois. Compte tenu des diverses recommandations OMS/ANAES autour des durées optimales d'allaitement exclusif à 6 mois, nous avons choisi ce seuil pour étudier les durées (exclusives et totales) statistiquement.

Un bon indice de qualité a été gardé tout au long de ces analyses avec des AUC finaux > 0.8

➤ **La durée totale d'allaitement (<26semaines / >ou=26semaines)**

4 items sont alors ressortis significatifs ($p < \text{ou} = 0.05$) avec une bonne prédiction sur les durées d'allaitement totales prolongées supérieures à 26 semaines soit 6 mois.

- Le soutien professionnel des collègues de travail
- Le soutien professionnel du supérieur hiérarchique
- La durée de l'arrêt maternité
- Le niveau d'études

➤ **La durée d'allaitement exclusif (<26semaines / >ou=26semaines)**

Par le même raisonnement que décrit précédemment pour la durée totale d'allaitement, nous sommes parvenus à sélectionner 4 items prédictifs de cette durée d'allaitement exclusif recommandée de 26 semaines soit 6 mois.

- Le soutien professionnel des collègues de travail
- Le soutien professionnel du supérieur hiérarchique
- La durée de l'arrêt maternité
- Le contact avec une association de soutien

} Tout comme la durée totale d'allaitement

Tableau 14 : Facteurs les plus prédictifs de la prolongation de l'allaitement de 6 mois et plus (total et exclusif) (n=219)

	Allaitement total Odds Ratio (OR) [Intervalle de confiance de OR à 95%]	p	Allaitement exclusif Odds Ratio (OR) [Intervalle de confiance de OR à 95%]	p
<u>Le soutien professionnel des collègues de travail</u>	4.21 [2.01-8.83]	<10 ⁻⁴ (significatif)	3.70 [1.11-12.29]	0.03 (significatif)
<u>Le soutien professionnel du supérieur hiérarchique</u>	3.28 [1.41-7.60]	0.01 (significatif)	2.77 [0.87-8.83]	<0.05 (significatif)
<u>La durée de l'arrêt maternité</u>		<10 ⁻³ (significatif)		0.01 (significatif)
Avec 1 mois supplémentaire	1.34 [1.14-1.60]		1.26 [1.06-1.48]	
Avec 3 mois Supplémentaires	2.60 [1.52-4.47]		2.10 [1.22-3.60]	
<u>Le niveau d'études de Bac +4/5 ou plus</u>	3.33 [0.89-12.44]	<0.01 (significatif)		
<u>Le contact avec une association de soutien</u>			4.36 [1.43-13.22]	0.01 (significatif)

Les mères **soutenues professionnellement par leurs collègues de travail et par leur supérieur hiérarchique** ont respectivement 4 fois et 3 fois plus de chances de poursuivre un allaitement prolongé de 6 mois et plus, *total ou exclusif* par rapport aux mères non soutenues.

Si **l'arrêt maternité** est prolongé d'un mois, la mère augmente de 34% ses chances d'allaiter au total 6 mois et plus, et de 26% ses chances de le faire exclusivement. L'augmenter de trois mois revient à multiplier par près de 3 les chances de la mère de poursuivre au moins 6 mois l'allaitement et par 2 de respecter les recommandations d'allaitement exclusif.

Le niveau d'études est le facteur prédictif uniquement de la durée *totale* d'allaitement. Une mère ayant un niveau d'études élevé (à Bac +4/5 et plus) a 3 fois plus de chance de mener son allaitement au moins 6 mois par rapport à une mère ayant un niveau inférieur au Bac.

Le contact avec une association de soutien est le facteur prédictif uniquement de la durée d'allaitement *exclusif*. La mère aura 4 fois plus de chances de poursuivre son allaitement exclusif de la durée recommandée de 6 mois et plus si elle contacte une association de soutien à l'allaitement maternel.

5. Local d'allaitement et allaitement sur le lieu de travail

Dans le CH Tourcoing, (n=60 mères allaitantes)
Possédant des locaux d'allaitement dédiés au personnel

Connaissance de ces locaux par les mères allaitantes

73.3% des mères allaitantes interrogées (n=44) avaient connaissance de ces locaux mis à leur disposition au moment où elles ont rempli le questionnaire.

72.7% d'entre elles (n=32) le savaient avant d'accoucher soit 53.3% des mères allaitantes.

Ce dernier chiffre est proche du pourcentage de mères non allaitantes (52%) au courant avant d'accoucher, de la présence de ces locaux d'allaitement sur leur lieu de travail.

Seulement 9,4% d'entre elles (n=3) attestent que ce local les a motivées dans leur décision d'allaiter leur enfant.

Utilité de ces locaux perçue par les mères allaitantes

Concernant la perception par les mères de l'utilité des locaux d'allaitement dédiés au personnel : 81.7% des mères (n=49) jugent utile ces locaux.

Utilisation de ces locaux par les mères allaitantes

43.3% des mères (soit n=26 mères) ont poursuivi l'allaitement à la reprise du travail. 38.5% d'entre elles (n=10 mères) pratiquent l'allaitement sur leur lieu de travail dans ces locaux.

Celles-ci ont toutes mentionné comme mode d'allaitement le fait de tirer leur lait. Aucune n'a allaité directement son enfant sur le lieu de travail dans ces locaux.

Evaluation subjective des mères au sujet des locaux d'allaitement du CH Tourcoing

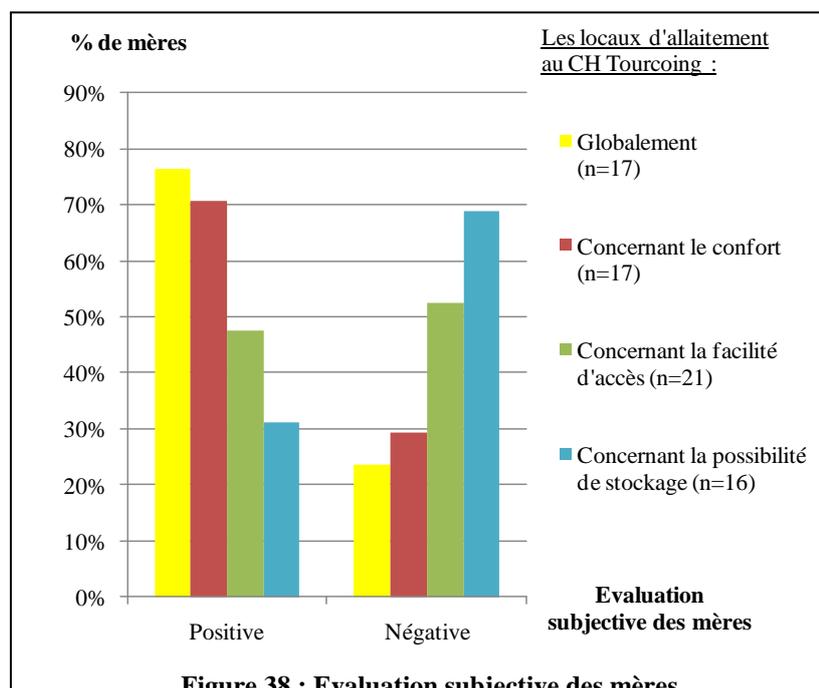


Figure 38 : Evaluation subjective des mères concernant les locaux d'allaitement du CH Tourcoing

Globalement, on retrouve une évaluation plus positive que négative concernant ces locaux.

Le point positif qui ressort de ce diagramme et des commentaires libres des mères sont :

- le **confort** de ces locaux, un lieu accueillant et intime, avec la présence d'un fauteuil, d'un coussin d'allaitement, de prises de courant pour leur tire-lait, un point d'eau, un matelas à langer.

Les points négatifs qui sont exprimés par les mamans sont :

- la **difficulté d'accès**.

Une distance mentionnée par les mères trop longue par rapport au service de travail (changement de bâtiment, parking à traverser) d'où un manque de temps et une grande difficulté pour les mères pour utiliser ces locaux d'allaitement en conciliant leur importante charge de travail.

- la **difficulté de stockage du lait**, une absence de réfrigérateur dans ces locaux.

Le soutien du milieu de travail (collègues, supérieur hiérarchique, médecin du travail) influence-t-il l'utilisation des locaux d'allaitement dédiés au personnel ?

L'utilisation des locaux mis à disposition du personnel pour l'allaitement est significativement influencée uniquement par **le soutien émanant du supérieur hiérarchique** ($p=0.02$).

Concernant le milieu de travail, les autres variables : le soutien des collègues ($p=0.48$) ou du médecin du travail ($p=0.68$) n'apparaissent pas significativement liées.

La plupart des mères allaitantes au CH Tourcoing (89.19%) ne se sentant pas soutenues par leur supérieur hiérarchique n'utilisent pas les locaux d'allaitement.

Parmi les mères utilisant ces locaux, la majorité (60%) se sent soutenue par celui-ci.

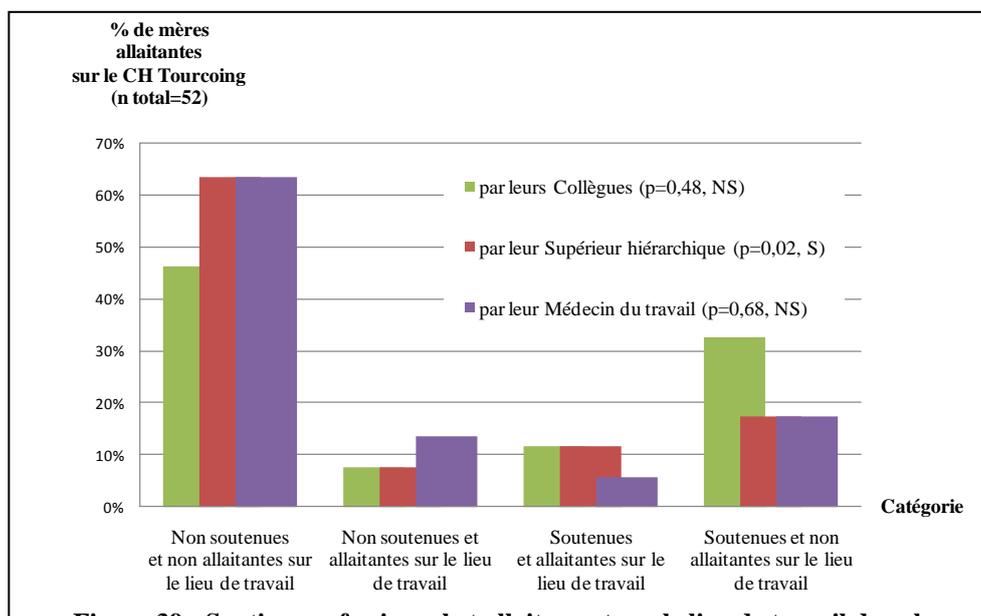


Figure 39 : Soutien professionnel et allaitement sur le lieu de travail dans le CH Tourcoing

Notons toutefois que les mères soutenues par leur supérieur hiérarchique ou par leurs collègues sont plus nombreuses à ne pas allaiter dans ces locaux. D'autres facteurs interfèrent et entrent en compte pour expliquer la faible utilisation des locaux.

Dans les CH Roubaix et CH Seclin, (n=159 mères allaitantes)
Ne possédant pas de locaux d'allaitement dédiés au personnel

Dans les analyses suivantes, les données ont été regroupées pour ces deux hôpitaux, n'ayant tout deux pas de locaux spécifiques « allaitement » dédiés au personnel.

Utilité de la création d'un local d'allaitement dédié au personnel

80.50% des mères allaitantes interrogées (n=128) trouvaient utile la création d'un tel local sur leur lieu de travail.

Allaitement sur le lieu de travail dans des locaux non spécifiques pour l'allaitement

Il n'existe pas de différence significative ($p=0.47$) entre ces deux hôpitaux, concernant la proportion de mères allaitant au sens large (direct de leur enfant et tirage de lait) sur le lieu de travail dans des locaux non dédiés. 35.94% des mères travaillant au CH Roubaix et 29.03% des mères travaillant au CH Seclin, tirent leur lait ou allaitent leur enfant au travail.

43.4% des mères allaitantes (n=69 mères) ont poursuivi l'allaitement à la reprise du travail. 72.46% d'entre elles (n=50) pratiquent l'allaitement sur leur lieu de travail (direct de l'enfant ou tirage de lait) sur leur lieu de travail. (Figure 40)

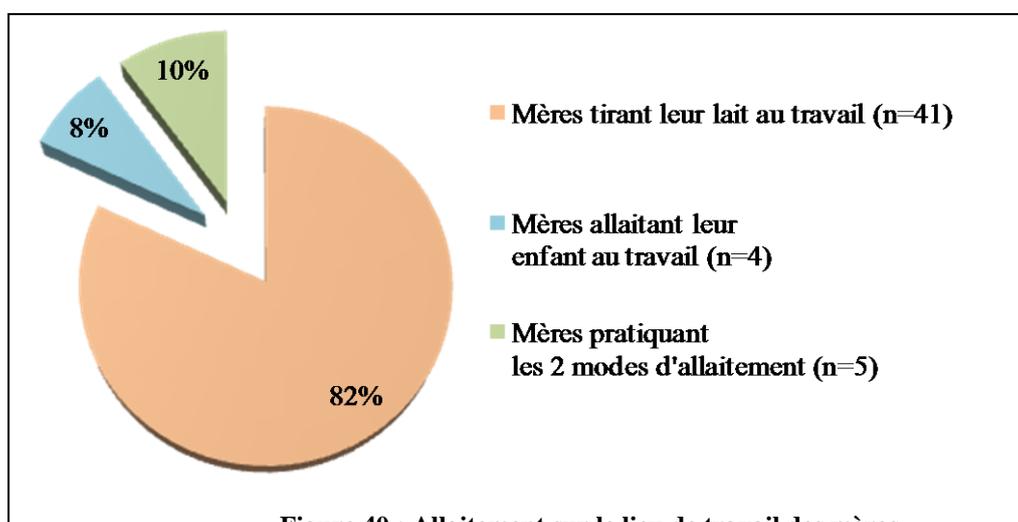


Figure 40 : Allaitement sur le lieu de travail des mères travaillant dans les CH Roubaix et CH Seclin

Le soutien du milieu de travail (collègues, supérieur hiérarchique, employeur, médecin du travail) influence t il la décision des mères à allaiter ou tirer leur lait sur le lieu de travail ?

L'allaitement sur le lieu de travail y est influencé significativement par le soutien du supérieur hiérarchique ($p < 10^{-4}$) mais aussi par celui des collègues de travail ($p < 10^{-4}$). Le soutien du médecin du travail quant à lui n'influence pas significativement le fait qu'une mère allaite ou tire son lait sur le lieu de travail ($p = 0.56$).

Les mères non soutenues par leurs collègues ou leur supérieur hiérarchique sont plus nombreuses à ne pas allaiter sur le lieu de travail et en revanche quand elles se sentent soutenues, elles allaitent davantage au travail.

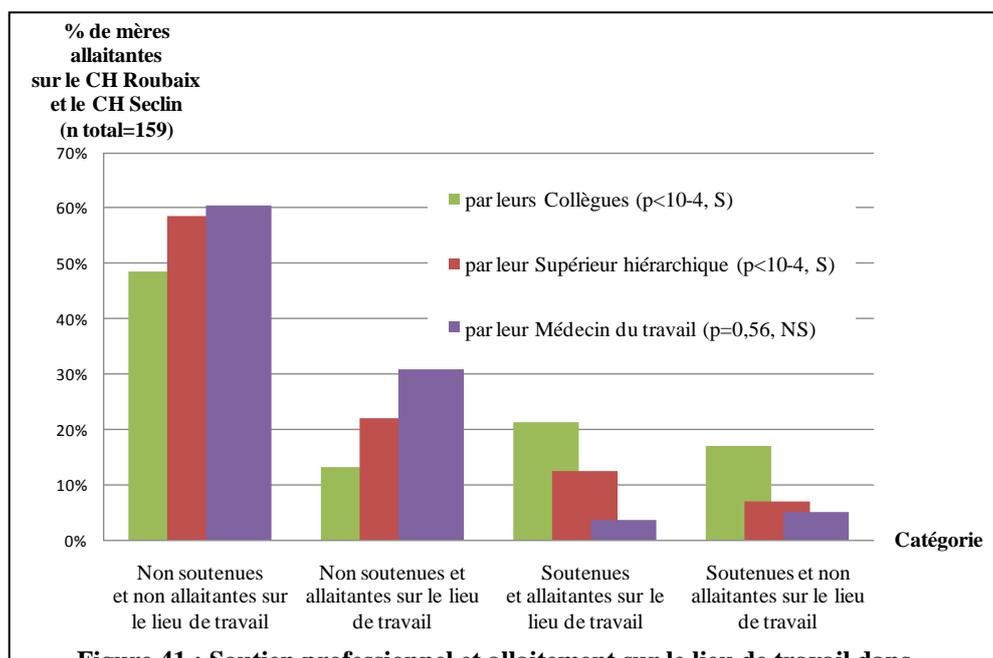


Figure 41 : Soutien professionnel et allaitement sur le lieu de travail dans les CH Roubaix et Seclin

Notons que parmi les mères allaitantes sur le lieu de travail, elles se sentent majoritairement soutenues par leurs collègues mais pas par leur supérieur hiérarchique ni par leur médecin du travail.

6. Appréciation globale des mères concernant leur allaitement

Le taux de satisfaction des mères allaitantes interrogées de notre étude est de **69.41%**.

Ce taux n'est pas significativement différent d'un hôpital à un autre.

En effet, cette appréciation des mères allaitantes n'est significativement pas influencée par :

- le lieu de travail ($p=0.76$), la présence d'un local ($p=0.46$), le caractère IHAB du lieu de travail ($p=0.78$)
- le caractère IHAB du lieu d'accouchement ($p=0.68$)
- la durée de l'arrêt maternité ($p=0.38$)
- le contact avec une association de soutien ($p=0.90$)
- les caractéristiques professionnelles : le poste de travail ($p=0.06$), le temps de travail ($p=0.22$), le temps de trajet ($p=0.26$).
- le soutien non professionnel émanant du médecin généraliste ($p=0.09$)

L'ensemble de ces critères n'influent pas significativement sur la satisfaction des mères.

Par contre, elle est significativement et positivement influencée par une série de critères apparaissant grisés dans le tableau ci-après.

Tableau 15 : Facteurs influençant significativement la satisfaction des mères allaitantes (n=219)

Influence significative de plusieurs critères sur la satisfaction des mères allaitantes :

Critères généraux			
Moyenne +/-Ecart type Médiane (min/max)	Pour les mères globalement satisfaites	Pour les mères globalement insatisfaites	p
<u>La durée totale d'allaitement</u> (en semaines)	27.41 +/-21.86 24 (1/130)	10.67 +/-10.53 8 (0/52)	<10 ⁻⁴ (Significatif)
<u>La durée exclusive d'allaitement</u> (en semaines)	14.63 +/-9.97 12 (1/60)	6.41 +/-7.43 4 (0/42)	<10 ⁻⁴ (Significatif)
	% de mères globalement satisfaites	% de mères globalement insatisfaites	p
<u>Conciliation allaitement-travail</u>			<10 ⁻⁴ (Significatif)
Oui (n=95)	89.47%	10.53%	
Non (n=124)	54.03%	45.97%	

Caractéristiques professionnelles			
<u>Travail de nuit</u>			0.04 (Significatif)
Oui (n=101)	76.24%	23.76%	
Non (n=98)	63.56%	36.44%	

Soutien professionnel			
<u>Des collègues de travail</u>			<10 ⁻⁴ (Significatif)
Présent (n=85)	84.71%	15.29%	
Absent (n=134)	59.70%	40.30%	
<u>Du médecin du travail</u>			0.02 (Significatif)
Présent (n=26)	88.46%	11.54%	
Absent (n=193)	66.84%	33.16%	
<u>Du supérieur hiérarchique</u>			10 ⁻³ (Significatif)
Présent (n=46)	89,13%	10.87%	
Absent (n=173)	64.16%	35.84%	

Soutien non professionnel			
<u>De l'entourage proche</u>			0.02 (Significatif)
Présent (n=149)	74.50%	25.50%	
Absent (n=70)	58.57%	41.43%	
<u>Du médecin généraliste</u>			0.09 (NS)
Présent (n=104)	75%	25.50%	
Absent (n=115)	64.35%	35.65%	
<u>De la personne gardant l'enfant</u>			<0.01 (Significatif)
Présent (n=100)	84.71	15.29%	
Absent (n=119)	59.7%	40.30%	

La satisfaction des mères allaitantes est ainsi significativement et positivement influencée par :

- **la conciliation allaitement-travail** : Les mères ayant tenté de concilier allaitement et travail se disent globalement plus satisfaites que celles ayant sevré avant la reprise du travail.
- **la durée totale d'allaitement et la durée d'allaitement exclusif** : Les mères s'affirmant satisfaites de leur allaitement allaitent plus longtemps que celles se mentionnant comme insatisfaites. Cette notion de durée est corrélée significativement avec la conciliation allaitement-travail citée ci-dessus qui est induite logiquement ici quand l'allaitement perdure.
- **le travail de nuit** : Les mères étant amenées à travailler de nuit ont tendance à allaiter au total plus longtemps et de manière significative exclusivement. Elles se disent davantage satisfaites de leur allaitement, ces deux notions de durées et de travail de nuit s'enchevêtrant entre elles.
- **le soutien non professionnel** (notamment de l'entourage proche et de la personne gardant l'enfant) **et le soutien professionnel** (des collègues de travail, du supérieur hiérarchique et du médecin du travail) : ces mères se sentant soutenues par ces personnes se jugent davantage satisfaites au sujet de leur allaitement que celles non soutenues. Une nouvelle fois, ce critère de soutien des mères apparaît important pour leur permettre de poursuivre leur aventure de l'allaitement maternel.

VII. DISCUSSION

A. Synthèse des résultats

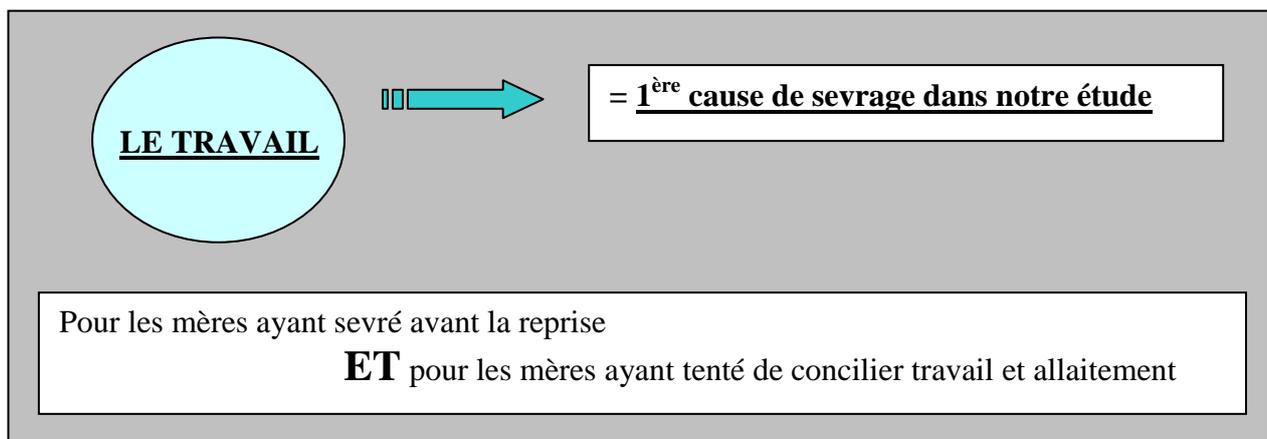
Un seul hôpital dans la Région Nord Pas de Calais met à disposition de son personnel des locaux d'allaitement dédiés dans le but de promouvoir l'allaitement maternel chez ses employées : le CH Tourcoing, labellisé IHAB « Hôpital Ami des Bébé ».

Or, cet hôpital nous présente des résultats médiocres dans notre étude :

- le taux de réponses au questionnaire le plus bas (29%)
- le taux d'allaitement le plus bas (70.59%)
- la durée totale médiane d'allaitement la plus basse à 13 semaines (min : 1/max : 130)
- une satisfaction des mères vis-à-vis de leur allaitement non significativement différente de celle des mères travaillant dans les deux autres hôpitaux.

Le taux de réponse global des mères au questionnaire est de **42%**.

Le taux d'allaitement est de **81.11%**.



43.38% des mères allaitantes ont opté pour la conciliation allaitement-travail. Cette notion est significativement liée aux durées d'allaitement totales de notre étude, donc influencée par des critères professionnels similaires.

Les mères se sentent en majorité **non soutenues par le milieu professionnel** qui n'est pas significativement différent d'un hôpital à l'autre.

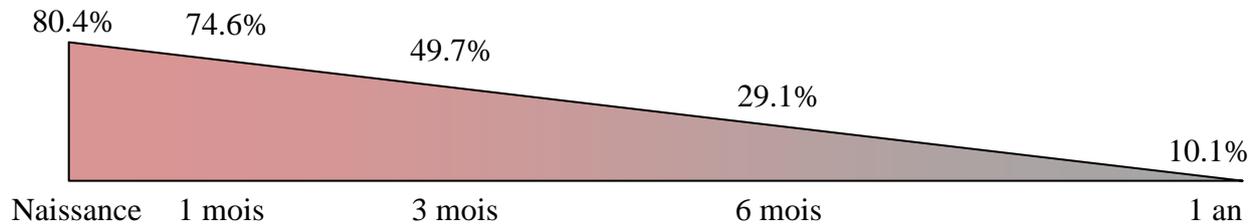
Seules 38.88% des mères se sentent soutenues par leurs collègues de travail, 21% par leur supérieur hiérarchique et 11.89% par leur médecin du travail.

Les mères actives de notre étude ont allaité au total en moyenne **22.39 semaines** (+/-20.53) avec une médiane de **16 semaines** (1/130), et ont allaité exclusivement en moyenne **12.12 semaines** (+/-9,99) avec une médiane de **10 semaines** (0/60).

Les durées moyennes et médianes d'allaitement total et exclusif les plus longues sont recueillies au sein de l'hôpital sans local et non labellisé IHAB (le CH Seclin).

Peu de mères allaitantes (10%) ont respecté les recommandations OMS/ANAES(3)(7) de 6 mois d'allaitement exclusif et seules 0.9% des mères allaitantes ont allaité jusqu'à 2 ans.

Pour les mères ayant un enfant de plus de 1an, le taux d'allaitement de notre étude **baisse rapidement** au cours de la première année de vie de l'enfant.



76% des mères allaitantes ont connaissance des recommandations OMS, 62% de la législation sur l'heure d'allaitement et 8% de la législation sur les locaux d'allaitement.

Seules 16.98% des mères allaitantes ont pris contact avec une association de soutien.

Nous avons synthétisé dans le schéma suivant les critères professionnels (dans les bulles) influençant significativement les durées totales et/ou exclusives d'allaitement, que nous allons approfondir lors de notre discussion.

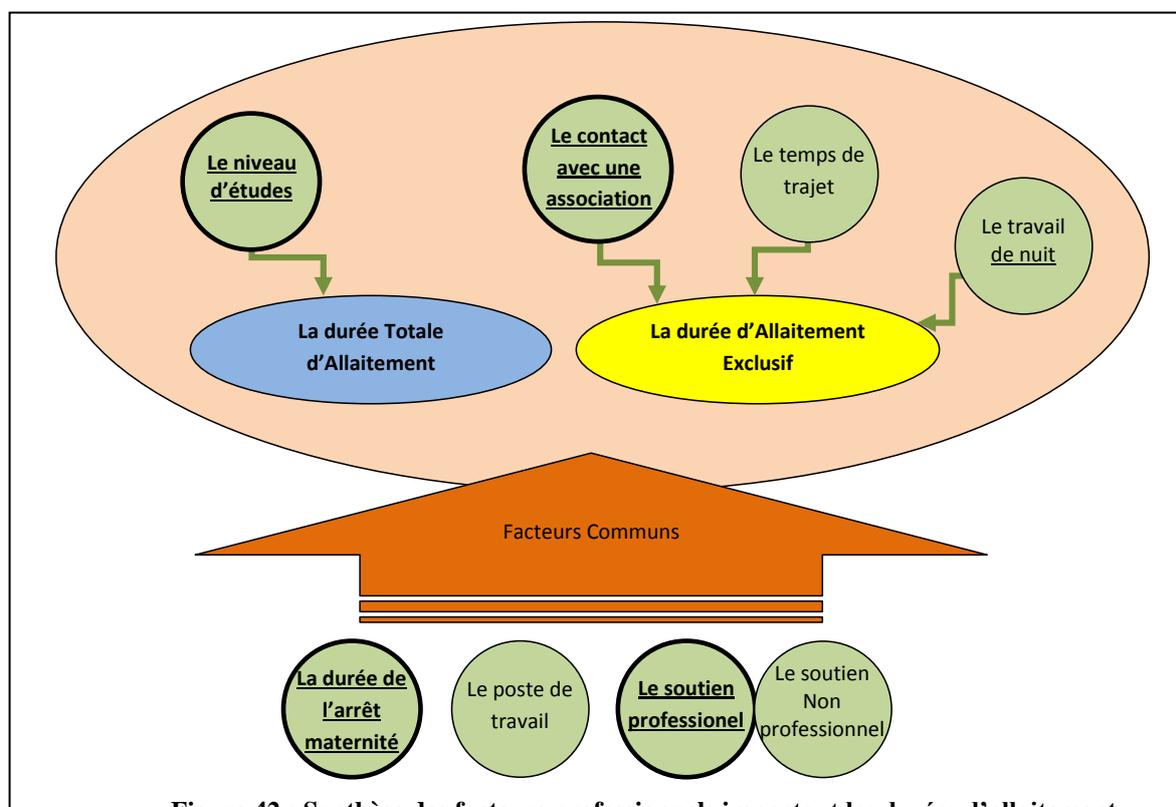
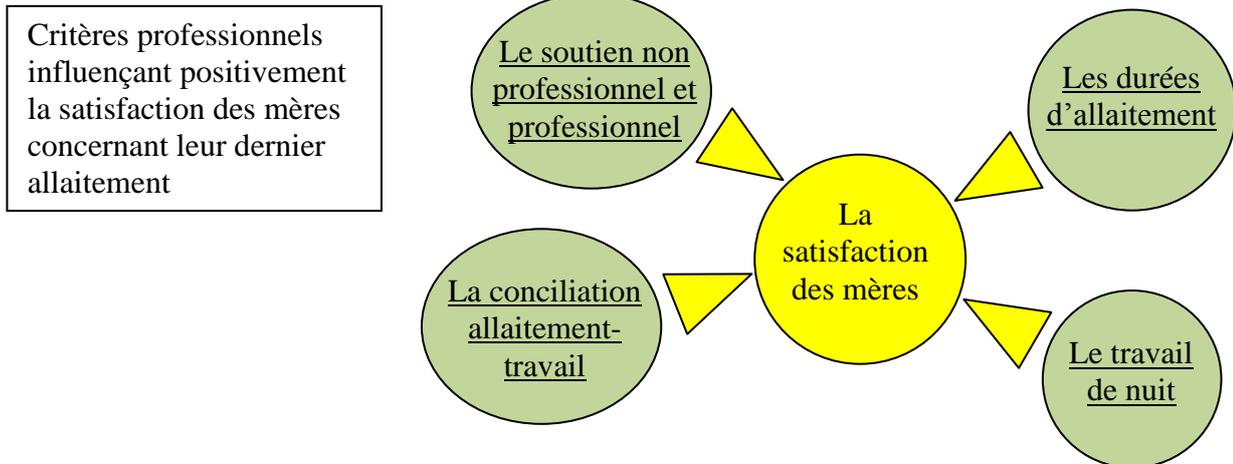


Figure 42 : Synthèse des facteurs professionnels impactant les durées d'allaitement

Les critères apparaissant « soulignés et en gras » sont les **facteurs les plus prédictifs** des durées d'allaitement prolongées de 6 mois et plus, totales et/ou exclusives, ressortant de notre étude.



Nous n'avons pas mis en évidence dans notre étude d'impact positif des caractéristiques propres aux lieux de travail à savoir du local d'allaitement dédié et du label IHAB sur les taux, les durées d'allaitement ainsi que sur la satisfaction des mères.

Par contre, comme nous venons de le voir, d'autres critères professionnels ont ainsi été mis en évidence, notamment celui du **soutien professionnel**.

Critère majeur de notre étude, il impacte positivement à plusieurs niveaux la pratique de l'allaitement chez les mères actives :

- les durées d'allaitement,
- l'allaitement sur le lieu de travail,
- la satisfaction des mères.

B. Commentaires des résultats de notre étude et confrontation de certains à la littérature

Les professionnels de santé tentent de promouvoir et soutenir l'allaitement de leurs patientes, à l'initiation et dans la durée. Nous avons cherché à cerner cet environnement professionnel : est-ce qu'il leur facilite ou non la poursuite de leur allaitement, notamment après la reprise du travail ?

Avant de partir à la rencontre de ces mères actives, nous avons dressé au préalable un état des lieux au sein du milieu hospitalier de la Région Nord Pas de Calais, sur l'existence ou non d'un programme de soutien à l'allaitement sur le lieu de travail avec la mise à disposition d'un local d'allaitement dédié au personnel ou d'un autre dispositif.

Un seul hôpital de la région Nord Pas de Calais, le CH Tourcoing, notamment labellisé IHAB « Hôpital Ami des Bébés », met à disposition de son personnel des locaux d'allaitement afin de soutenir et faciliter celui-ci sur le lieu de travail.

On retrouve dans la partie I du Code du Travail, une mise en demeure possible de création de ce type de local d'allaitement dédié au personnel pour tout employeur employant plus de 100 salariées. La législation autour des locaux d'allaitement étant muette à ce sujet dans la fonction publique hospitalière, les hôpitaux ne sont pas astreints à l'ensemble des dispositions du Code du Travail relatif à l'allaitement et se dispensent donc de tout effort dans ce domaine.

En effet, le Code du Travail concerne essentiellement le secteur privé hormis la partie IV « santé et sécurité au travail » qui s'applique également à la fonction publique.

1. Le taux d'allaitement exclusif ou partiel à la naissance de notre étude

Notre étude s'est déroulée au sein de trois Centres Hospitaliers du Département du Nord sur 270 mères au total, dont 219 mères allaitantes à la naissance de leur enfant quelle que soit leur durée d'allaitement.

Le taux d'allaitement (exclusif ou partiel) à la naissance y est de **81,11%**.

Les taux d'allaitement par hôpital sont significativement différents entre eux avec un taux maximal sur le CH Roubaix de 87.67% des mères allaitantes. Vient ensuite le CH Seclin avec 79.49% de taux d'allaitement, puis le CH Tourcoing avec le taux le plus faible de 70.59%.

Ces taux se situent ainsi **plus hauts** que :

- Le taux français estimé en 2010 selon l'ENP (Enquête Nationale Périnatale)⁽⁹¹⁾ à 68,7%
- Le taux du département du Nord estimé à 65.70% par le Conseil Général du Nord
- Le taux du sondage de l'Institut des mamans réalisé en 2007 qui était de 65%.

(Ce sondage de 2007 présentait toutefois le même biais de recrutement que nous, à savoir une motivation plus grande à prendre part à l'étude pour les mères allaitantes se sentant davantage concernées par le sujet.)

Nous nous trouvons face à une population de mères sensibilisées à l'allaitement maternel de par leur formation, leur profession paramédicale ou médicale et ayant un niveau d'études supérieur à la moyenne nationale (avec 77,4% des mères possédant un niveau supérieur ou égal à Bac +2/3ans), ce qui pourrait expliquer ce taux plus important retrouvé ici. Les femmes les plus diplômées ont tendance davantage à allaiter leur enfant.(7)(119)(136-141)

Le taux d'allaitement de notre étude est influencé significativement par (*Tableau 9*) :9

- le lieu de travail et la présence d'un local, avec des taux plus élevés d'allaitement dans les hôpitaux sans locaux d'allaitement.

L'ensemble des mères non allaitantes et la majorité (90.6%) des mères allaitantes ont attesté que ces locaux ne les ont pas influencées dans leur choix de l'initiation ou non à l'allaitement maternel.

La présence d'un local sur le lieu de travail n'influence pas ici positivement l'initiation de l'allaitement chez les mères actives.

-le niveau d'études : plus le niveau d'études est élevé, plus le taux d'allaitement s'élève également. Ceci est en accord avec de nombreuses références littéraires ayant traité ce sujet.(7)(119)(136-141)

-la durée de l'arrêt maternité : les taux les plus élevés d'allaitement sont corrélés avec une reprise du travail se faisant entre 3 mois et 1an, principalement entre 3 et 6 mois (entre 13 et 26 semaines). Uniquement 6% des mères de notre étude ont repris le travail après 6 mois.

La durée très courte (< ou = à 13 semaines soit 3 mois) et la durée longue (>1an) du congé maternité sont corrélées aux taux les plus bas d'allaitement.

Dans la littérature, le travail influence négativement l'initiation de l'allaitement quand le retour au travail est prévu précocement dans le post-partum.(7)(109)(124-127)

Les mères non allaitantes ont ici tendance à reprendre le travail plus tôt (avant 3 mois) que les mères allaitantes qui ont repris majoritairement entre 3 et 6 mois, mais la différence de longueur de l'arrêt maternité n'est pas significative entre ces deux populations.

Il nous est difficile de savoir si c'est parce qu'elles n'ont pas allaité qu'elles ont repris plus tôt ou si c'est parce qu'elles avaient prévu de reprendre si tôt qu'elles n'ont pas initié l'allaitement

Seules 5.88% des mères non allaitantes ont avancé le motif du travail pour expliquer leur choix de l'allaitement artificiel. L'activité professionnelle des mères n'apparaît pas comme un facteur défavorable à l'initiation de l'allaitement maternel, au contraire.(118-123) Les femmes travaillant ont un niveau d'études et socioculturel plus élevé que les femmes au foyer et ont ainsi davantage tendance à allaiter leur enfant.

Le caractère IHAB du lieu de travail ou du lieu d'accouchement ainsi que **l'âge, la parité** de la mère n'influencent pas significativement les taux d'initiation de l'allaitement maternel de notre étude.

Ces éléments divergent de la littérature où l'on retrouve une influence positive :

- du label IHAB du lieu d'accouchement (81-84)
- de l'âge (93)(123)(137-139)(249),
- de la parité (sujet controversé selon les études : aucune différence entre les primipares et les multipares (154-155), les primipares allaiteraient plus (151)).

2. Les durées totales d'allaitement et les durées d'allaitement exclusif

Dans notre étude,

La moyenne des durées totales d'allaitement est de **22.39 semaines** +/- 20.53

La médiane de celles-ci est de **16 semaines** (min : 1 / max : 130).

Cette dernière est similaire à celle retrouvée par la DRASS Rhône-Alpes sur 2004-2006 (101) et demeure plus haute que celle majoritairement retrouvée dans la littérature. Une durée médiane entre 8 et 13 semaines est retrouvée dans plusieurs ouvrages.(1)(91)(98-100)(102)

La moyenne des durées d'allaitement exclusif est de **12.12 semaines** +/- 9.99

La médiane de celles-ci est de **10 semaines** (min : 0 / max : 60)

Les durées moyennes et médianes d'allaitement les plus longues (exclusives et totales) sont retrouvées au sein du CH Seclin, hôpital sans local et sans label IHAB.

L'allaitement au fil des mois (exclusif ou partiel) au cours de la première année de l'enfant baisse relativement rapidement.

L'institut des mamans en 2007 retrouvait seulement 38% des mères qui allaitent encore à 3 mois, 23% au bout de 6 mois et 6% pendant plus d'un an.

A 3 mois allaitent de manière mixte encore 57% des mères selon l'analyse des certificats du 9^{ème} mois de 2010, 32% selon l'ENP, 2010.(91)

	Taux d'allaitement			
	à la naissance	à 3 mois	à 6 mois	A 1an
Selon notre étude, en 2012	80.4%	49.7%	29.1%	10.1%
Selon le sondage de l'institut des mamans, en 2007	65%	38%	23%	6%

Nos chiffres sont supérieurs à ceux de l'Institut des mamans en 2007 mais encore éloignés de ceux de la Suède qui affiche un taux de 86% à 3 mois, 68% à 6 mois.

Nous demeurons également encore loin du respect des recommandations nationales et internationales.

Respect des recommandations...

En ce qui concerne l'alimentation des nourrissons, les recommandations officielles de diverses organisations internationales et françaises comme l'OMS, l'ANAES sont :

- d'allaiter exclusivement les enfants pendant les 6 premiers mois de vie (2-3)(7)
- d'introduire des aliments de complément à partir de 6 mois, en fonction des besoins spécifiques de l'enfant.
- de poursuivre l'allaitement des enfants jusqu'à leur deuxième année ou plus, tout en leur donnant des aliments de compléments appropriés.(2-3)

Dans notre enquête, ces recommandations sont peu suivies. Seules 10% des mères allaitantes ont allaité 6 mois exclusivement comme préconisé dans les recommandations. 9% d'entre elles (2 mères), soit 0.9% des mères allaitantes ont poursuivi l'allaitement jusqu'aux deux ans et plus de leur enfant conformément aux recommandations « complètes ».

Un **respect médiocre des recommandations** est ainsi mis en évidence ici.

La durée d'allaitement souhaitée des mères initialement est inférieure à celle effectivement réalisée. Ce souhait contrecarré des mères est mis en évidence dans la littérature.(72)(101)(104-105) Des difficultés interviennent dans le déroulement de l'allaitement et compromettent sa poursuite : comme l'activité professionnelle de la mère notamment.

Nous allons nous attarder sur ce versant et étudier les facteurs professionnels qui interfèrent et influencent cette poursuite de l'allaitement dans la durée, au sein du milieu hospitalier.

Le but est de mieux les cerner et les comprendre afin de pouvoir agir sur certains d'entre eux pour promouvoir l'allaitement dans la durée.

3. Impact du travail sur la poursuite de l'allaitement

Une fois les difficultés possiblement rencontrées par les mères lors des débuts de l'allaitement surmontées, celles-ci vivent pleinement leur allaitement quelques semaines, avant d'affronter ce qui est considéré encore pour beaucoup comme un obstacle à la poursuite de l'allaitement dans la durée : **la reprise du travail**.

Or, reprise du travail ne rime pas forcément avec sevrage. De plus en plus de mères décident de continuer à allaiter en travaillant, afin de maintenir le plus longtemps possible cette relation si privilégiée avec leur enfant.

43.38 % des mères allaitantes de notre étude ont tenté de le faire et de concilier ainsi allaitement et travail. Ce chiffre est plus haut que celui de l'enquête INPES/BVA de 2010 qui atteste qu'en France, 24% des femmes poursuivent l'allaitement après la reprise du travail.

Cette notion de **conciliation allaitement-travail** est dans notre étude significativement liée aux durées d'allaitement des mères interrogées. Ainsi, mettre en évidence et comprendre les facteurs professionnels influençant les durées d'allaitement chez ces mères actives, nous revient à cerner ce qui les influence dans leur choix de la conciliation ou non allaitement-travail.

a. Le travail : une des principales raisons d'arrêt de l'allaitement

Dans notre étude, **la première cause de sevrage** mentionnée par les mères ayant sevré avant ou après la reprise du travail est **le travail**, quelque soit l'âge de l'enfant au moment du sevrage.

Soit les mères ont sevré avant de reprendre leur activité professionnelle, ayant jugé que la conciliation allaitement-travail occasionnerait beaucoup de contraintes, soit elles ont rencontré des difficultés pour concilier l'allaitement et le travail et ont ainsi sevré leur enfant.

Les femmes actives sont plus nombreuses à initier l'allaitement maternel, mais leur taux d'allaitement croise celui des mères au foyer vers 10 semaines après la naissance, correspondant à la fin légale des congés maternités français.(98-100)(102)(135)

Toutes les études sont unanimes pour affirmer que le risque de sevrage est plus précoce chez les femmes ayant repris une activité professionnelle.(58)(94)(102)(105)(126)(130)(179-181)

Le plus souvent, le travail est retrouvé comme deuxième motif d'arrêt précoce de l'allaitement derrière l'insuffisance de production lactée.(72)(148)(182-183)

Par contre, si l'on prend en compte l'âge de l'enfant au moment du sevrage, on s'aperçoit que les causes de sevrage sont différentes selon qu'il intervient très précocement, pendant les premières semaines ou après.

En effet, les sevrages des premières semaines sont essentiellement liés à des difficultés d'initiation de l'allaitement, à des complications locales du sein, et non au travail par lui-même.(93)(102)(104)

D'ailleurs dans notre étude, trois raisons évoquées de sevrage sont significativement plus fréquentes précocement, chez les mères n'ayant pas concilié allaitement et travail et ayant donc sevré avant la reprise :

- une baisse de la lactation suite à l'introduction de biberons de lait en poudre
- les douleurs et les complications mammaires
- une prise de poids jugée insuffisante de l'enfant.

Celles-ci sont effectivement des difficultés rencontrées par les mères essentiellement lors de la mise en route et de l'initiation de l'allaitement maternel.

Le travail arrive ainsi dans plusieurs ouvrages en première position, comme motif de sevrage après plusieurs semaines d'allaitement (délai variable en fonction des auteurs).(93)(101)(104)(186)

Principal facteur de causalité des sevrages précoces non désirés d'allaitement après les premières semaines, le travail apparaît comme **un frein à sa poursuite dans la durée.** (148)(182)(184-185)(187-190)

b. Les facteurs professionnels ayant un impact notamment sur la durée d'allaitement exclusif

Dans notre étude, les mères étant amenées à **travailler de nuit** ou ayant un **temps de trajet domicile-travail** plus long (>ou= à 30 minutes) parviennent à allaiter significativement plus longtemps exclusivement. La tendance est la même pour les durées totales d'allaitement.

Le travail de nuit et l'éloignement du travail par rapport au domicile ne sont donc pas à considérer comme des obstacles à la poursuite de l'allaitement maternel exclusif.

Allaitement maternel exclusif prolongé et travail de nuit apparaissent tout à fait compatibles (250) La mère met dès lors en place une organisation adéquate lui permettant pendant ses temps de présence l'allaitement (au sein directement ou par autrui avec son lait tiré la nuit) de son enfant et le repos pour ne pas accumuler la fatigue préjudiciable pour la poursuite de l'allaitement. La poursuite de la stimulation lactée nocturne par le tire-lait est importante et permet d'entretenir la lactation, la prolactine s'élevant de façon plus importante la nuit en réponse à une tétée ou une stimulation par le tire-lait.

Le contact avec une association de soutien à l'allaitement maternel est le **facteur le plus prédictif de notre étude des durées d'allaitement exclusives recommandées d'au moins 6 mois.** La mère aura 4 fois plus de chances de respecter la durée d'allaitement exclusif recommandée de 6 mois et plus si elle se rapproche d'une telle association.

Peu de mères allaitantes (16.98%) ont pris contact avec ces types d'associations, pourtant recommandées par divers auteurs comme par exemple, l'ANAES, Didierjean-Jouveau CS., Turck D.(7)(72)(113)

Dans la littérature, les mères s'étant rapprochées de ce type d'associations, volontaires pour mener à bien leur projet d'allaitement, ont poursuivi l'allaitement plus longtemps et notamment exclusivement.(7)(246-248)

c. Les facteurs professionnels influençant à la fois la durée totale d'allaitement et la durée d'allaitement exclusif

(1) Les similitudes de nos résultats par rapport à la littérature

Dans notre enquête, plus **le niveau d'études** de la mère est élevé, plus les durées d'allaitement sont longues, notamment les durées totales, le lien étant significatif. Les mères ayant un niveau d'études élevé à Bac +4/5 ans ou plus, allaitent 2 fois plus longtemps que les mères ayant un niveau inférieur au Bac et ont 3 fois plus de chances d'allaiter au total 6 mois et plus par rapport à elles. **C'est le facteur le plus prédictif de notre étude de la poursuite de l'allaitement (exclusif ou partiel) 6 mois et plus au total.**

De nombreuses conclusions d'auteurs vont dans le même sens, plus les mères possèdent un niveau d'études élevé, plus elles allaitent longtemps.(96)(98)(102)(137)(147-149)(157)(185)

Les deux catégories de **postes de travail** ayant les durées d'allaitement significativement les plus longues, tentant le plus de concilier allaitement et travail, sont les médecins et les sages-femmes avec une nette avance de ces dernières.

Ce critère rejoint celui du niveau d'études, corrélé aux postes de travail et aux catégories socio-professionnelles. Les mères possédant un haut niveau d'études et appartenant aux catégories socio-professionnelles élevées, favorisées qui sont celles allaitant le plus longtemps.(149)(159) Les sages-femmes sont de plus, sensibilisées par le biais de leur formation professionnelle.

Les femmes ayant un niveau d'éducation plus important, occupent généralement des postes plus valorisés et se rendent alors « indispensables » au fonctionnement du milieu de travail.(141) Elles organisent alors plus facilement leur temps de travail pour faciliter l'allaitement maternel. Cette constatation peut être nuancée car les femmes « indispensables » peuvent moins facilement s'absenter et donc moins facilement aménager leur temps de travail.

La durée de l'arrêt maternité a un impact positif significatif sur les durées d'allaitement, ces deux notions sont significativement liées.

La durée de l'arrêt maternité ainsi que celle de l'allaitement maternel exclusif et total **évoluent dans le même sens**, ce qui est conforme aux données de la littérature.

De nombreux ouvrages ont retrouvé ces mêmes conclusions.(7)(98)(109)(125)(127)(133)(186)(193-194)(196)(202-206)

La reprise plus tardive du travail donc à un âge plus avancé de l'enfant facilite la conciliation allaitement-travail et ainsi la poursuite de l'allaitement dans la durée.(101)(196)(204)(210) L'enfant diversifié est moins dépendant du lait maternel. Un congé de maternité postnatal trop court oblige la mère à se séparer de son bébé à un moment où elle commence tout juste à être à l'aise avec lui.(48)

Les mères ayant poursuivi un allaitement prolongé de 6 mois et plus, exclusivement ou partiellement ont bénéficié en moyenne d'une durée de congé maternité plus longue, tout comme Martin C. l'avait retrouvé dans son analyse.(205)

Dans notre étude, la durée d'arrêt maternité est **un des facteurs les plus prédictifs des durées d'allaitement (total ou exclusif) prolongées de 6 mois et plus.**

Une mère ayant un mois d'arrêt maternité supplémentaire augmente de 34% ses chances de maintenir un allaitement au total pendant 6 mois et plus et par 26% ses chances de le maintenir exclusivement pendant cette même durée et ainsi de respecter les recommandations.

En France, la durée de congé maternité accordée aux mères contraste avec les durées d'allaitement optimales recommandées. (OMS (2)(3), ANAES (7)).

La durée médiane de congé maternité pour les mères allaitantes de notre étude est de 13 semaines (7/100) soit 3 mois. L'augmenter de 3 mois (dans l'idée de se rapprocher de la durée d'allaitement exclusif recommandé de 6 mois) revient à multiplier les chances de la mère par 3 de poursuivre au moins 6 mois l'allaitement et par 2 de le maintenir exclusivement au moins 6 mois.

Si l'on se tourne du côté de nos voisins européens, les pays nordiques ayant les plus hauts taux et les plus grandes durées d'allaitement offrent aux mères un long congé postnatal rémunéré et leur facilitent ainsi la poursuite de l'allaitement. Il y existe un soutien sociétal généralisé de l'allaitement.(106)

Selon Galtry J.,(211) allonger uniquement le congé maternité ne suffit pas pour obtenir des durées optimales d'allaitement maternel chez les mères actives. Un support socioculturel et une politique de soutien favorable sur le lieu de travail sont nécessaires.

Le soutien non professionnel et professionnel, point essentiel de notre étude ressortant significatif à plusieurs reprises, le soutien des mères allaitantes apparaît comme capital tant pour la poursuite dans la durée de l'allaitement maternel que pour la conciliation allaitement-travail menée par ces mères.

Dans notre analyse, les mères soutenues non professionnellement (par l'entourage proche, par leur médecin traitant, par la personne gardant leur enfant) et/ou professionnellement (par leurs collègues

de travail, par leur supérieur hiérarchique, par leur médecin du travail) **parviennent significativement à allaiter plus longtemps exclusivement et totalement.**

Les soutiens professionnels du supérieur hiérarchique et des collègues de travail apparaissent dans notre étude comme les **facteurs les plus prédictifs pour maintenir des durées totales et exclusives d'allaitement 6 mois et plus.**

Une mère soutenue par son supérieur hiérarchique a 3 fois plus de chance de parvenir à allaiter 6 mois et plus au total ou exclusivement par rapport à une mère non soutenue par celui-ci. De même, une mère soutenue par ses collègues de travail multiplie par 4 ses chances d'allaiter 6 mois et plus au total ou exclusivement conformément aux recommandations, par rapport à une mère non soutenue par ceux-ci.

Cependant, peu nombreuses sont les mères se sentant soutenues par leur milieu professionnel : seules 38.88% des mères allaitantes s'estiment soutenues par leurs collègues de travail, 21% par leur supérieur hiérarchique et 11.89% par leur médecin du travail.

Ce soutien professionnel n'est pas significativement différent entre les lieux de travail étudiés.

L'impact positif du soutien et de l'environnement professionnel sur la durée de l'allaitement est établi dans plusieurs ouvrages.(101)(192-193)(214)(221)

De même, la présence d'un programme de soutien à l'allaitement maternel sur le lieu de travail induit des effets bénéfiques sur les durées d'allaitement poursuivies par les mères.(108)(215-221)

Dans le milieu hospitalier, un tel projet d'établissement a été mis en place en 2003 au niveau des Hospices Civils de Lyon, à l'initiative du service de médecine du travail. Leur brochure est visible en *Annexe 10*.

(2) Les divergences de nos résultats par rapport à la littérature

Contrairement aux données retrouvées dans la littérature, nous n'avons pas mis en évidence d'impact positif significatif sur la durée d'allaitement :

- De l'**âge**, de la **parité**, de l'**ancienneté** des mères,
- Du **label IHAB de la maternité d'accouchement.**

L'**âge** est dans plusieurs ouvrages positivement associé à la durée de l'allaitement (58)(98)(116)(148-149), tout comme la **parité** (sujet controversé : aucune différence entre les primipares et les multipares (154-156), les multipares allaiteraient plus longtemps (98)(116)(151-153) les primipares allaiteraient plus longtemps (72)(138)).

Dans notre étude, les mères ayant 3 enfants et plus et ayant moins d'ancienneté ont tendance à allaiter plus longtemps, de manière non significative. On peut se demander si l'allongement du congé maternité à partir du 3^{ème} enfant ne laisserait pas plus de disponibilité à la mère pour allaiter.

Les mères ayant plus d'**ancienneté**, donc plus âgées,(58)(98)(116)(148-149) et ayant souvent d'autres enfants,(98)(116)(151-153) sont davantage à l'aise sur leur poste de travail et avec la hiérarchie (rejoignant le concept de soutien du supérieur hiérarchique). Elles tentent ainsi plus aisément de concilier allaitement et travail, et allaitent ainsi plus longtemps.(221) Cette notion n'est pas mise en évidence dans notre étude. L'explication de ce nouveau constat mériterait d'être recherchée.

Nous n'avons pas mis en évidence d'effets bénéfiques du **label IHAB** « Hôpital ami des bébés » de la maternité d'accouchement retrouvés dans la littérature tant sur l'initiation (81-84) que sur la durée de l'allaitement maternel.(85-89)

d. Le soutien professionnel

(1) Critère majeur ressortant de notre étude

Le soutien professionnel (des collègues de travail, du supérieur hiérarchique, du médecin du travail), n'est pas différent significativement d'un hôpital à un autre.

Il influence significativement et positivement la pratique de l'allaitement chez les mères actives à plusieurs niveaux :

- **la durée d'allaitement, sa poursuite et sa conciliation avec le travail**, comme nous venons de l'étudier. Avec la durée du congé maternité, les soutiens professionnels des collègues de travail et du supérieur hiérarchique apparaissent dans notre étude comme **les critères les plus prédictifs** des durées totales d'allaitement et des durées d'allaitement exclusif prolongées de 6 mois et plus.

- **l'allaitement sur le lieu de travail : (dans les locaux spécifiques au CH Tourcoing et non spécifiques dans les CH Roubaix et CH Seclin).**

Les mères se sentant soutenues professionnellement allaitent davantage sur le lieu de travail or elles ne sont qu'une minorité.

Dans notre étude, les mères ne possédant pas de local d'allaitement dédié en souhaitent et celles en bénéficiant, ne l'utilisent pas. Comment l'expliquer ?

Les locaux d'allaitement dédiés ne sont que peu fréquentés or les mères les jugent utiles.

Plusieurs hypothèses :

- Le **soutien émanant du supérieur hiérarchique** influence positivement et significativement la fréquentation de ces locaux par les mères. Il doit en effet donner son aval pour que la mère, malgré sa charge de travail, puisse s'absenter. Or, peu de mères (25% des mères interrogées au CH Tourcoing) s'estiment soutenues par celui-ci.
- Le **manque d'information auprès des mères** (seule 1 mère sur 2 (53% des mères) est informée de la présence de ces locaux sur son lieu de travail avant d'accoucher)

- Une **évaluation globalement positive des locaux** qui met tout de même en évidence la difficulté de stockage du lait liée à une absence de réfrigérateur et la difficulté d'accès en terme de distance, de manque de temps octroyé ou lié à une charge de travail trop importante

L'allaitement sur le lieu de travail dans des locaux non dédiés est **significativement lié au soutien du supérieur hiérarchique mais également au soutien des collègues**. Les mères n'ayant pas de locaux « officiels » pour allaiter ou tirer leur lait, se voient contraintes de s'arranger à l'amiable avec leurs collègues de travail afin de trouver une entente au sujet du temps et de l'espace pour allaiter. Le soutien de ces derniers leur est donc nécessaire pour pouvoir allaiter sur le lieu de travail.

- **la satisfaction globale des mères** concernant leur dernier allaitement :

Les mères actives allaitantes soutenues professionnellement mais aussi non professionnellement, se disent davantage satisfaites de leur expérience d'allaitement que les mères non soutenues.

Les critères influençant significativement et positivement cette satisfaction des mères allaitantes actives sont (*Tableau 15*) :

- **le soutien non professionnel et professionnel**
- **le travail de nuit**
- **la durée totale d'allaitement et la durée d'allaitement exclusif**
- **la conciliation allaitement-travail tentée**

Un lien logique entre ces variables est ici retrouvé. Les mères soutenues et celles travaillant de nuit allaitent significativement plus longtemps. Plus les mères poursuivent l'allaitement longtemps, plus elles sont satisfaites. Elles ont de plus, tendance à concilier travail et allaitement. Ainsi une mère plus satisfaite sera moins stressée et moins confrontée aux risques psychosociaux au retour de son congé maternité.

(2) Programme professionnel de soutien à l'allaitement maternel

De nombreux auteurs se sont penchés sur les aides à la poursuite de l'allaitement sur le lieu de travail à travers les programmes de soutien. Des éléments fondamentaux en ressortent et peuvent être regroupés en trois axes principaux.(110)(116)(125)(127)(181)(193-194)(202)(220)(225)(231-235)

C'est **l'intrication de ces éléments entre eux qui est efficace**. En effet, un élément dissocié des autres ne permet pas à lui seul d'obtenir des durées optimales d'allaitement des salariées. La présence de ce type de programme sur le lieu de travail induit des effets bénéfiques sur les durées d'allaitement poursuivies par les mères actives.(108)(215-221)

**Trois axes fondamentaux des programmes de soutien
à l'allaitement maternel sur le lieu de travail sont retrouvés dans la littérature
et ont fait preuve d'efficacité. Ils sont détaillés page 59**

- **Le soutien professionnel :**

Il vise à créer un **environnement propice à l'allaitement maternel** pour les salariées de retour après un congé maternité respectant ainsi les droits de la mère allaitante. L'absence de soutien sur le lieu de travail est identifiée comme un frein à la poursuite de l'allaitement pour les employées dans notre étude comme dans la littérature.(192)(193)

- **L'information**

La sensibilisation **des mères et des supérieurs hiérarchiques** s'intègre nécessairement dans un programme professionnel de soutien à l'allaitement.(108)(215-220)

Les mères ainsi sensibilisées ont des durées d'allaitement plus longues.(215)(240) Elles agissent ainsi en pleine connaissance de causes et ont moins tendance à sevrer rapidement et avant la reprise du travail. Cette sensibilisation peut se faire par l'intermédiaire de la personne « référente » en allaitement ou du service de médecine du travail par exemple.(116)

Dans notre étude, nous avons mis en évidence un **manque d'information** des mères est mis en évidence : seulement 1 mère sur 2 est informée avant d'accoucher de la présence de locaux d'allaitement dédiés sur son propre lieu de travail. En effet, aucune campagne d'information et de sensibilisation ne s'y déroule.

De plus, les mères informées, ayant **connaissance** des recommandations (3)(7) sur les durées d'allaitement, de la législation autour des locaux (L1225-32) et/ou de l'heure d'allaitement (L1225-30), allaitent de manière non significative, plus longtemps que celles ne les connaissant pas. Nous pouvons émettre comme hypothèse que cette notion de connaissance peut être liée à un niveau d'études élevé et/ou aux postes de travail sensibilisés de par leur formation et/ou au contact avec une association de soutien ayant pu informer les mères à ce sujet.

L'information nécessaire sur les avantages et la pratique de l'allaitement se justifie par le fait que l'allaitement n'est plus la « norme » dans notre société.

L'allaitement maternel est peu pratiqué et peu adapté sur le lieu de travail. En effet, peu d'employeurs connaissent les bénéfices de l'allaitement maternel et leurs obligations et peu de femmes leurs droits. La sensibilisation de l'employeur est essentielle pour l'impliquer dans la création d'un environnement de travail favorable à la poursuite de l'allaitement maternel de ses salariées.

- **La logistique spatio-temporelle professionnelle**

La mise à disposition des mères d'un temps et d'un espace pour allaiter est essentielle en vue d'améliorer leurs conditions de travail et de favoriser leur poursuite de l'allaitement.(108)(125)(183)(191-192)(194)(202)(215-221)

Contrairement à la littérature, dans notre étude, nous ne retrouvons d'impact significatif positif sur les durées d'allaitement ni des locaux d'allaitement dédiés aux mères employées, ni de leur temps de travail.

- ***Le temps (temps partiel, horaires de travail flexibles, temps de pause octroyés)***

En France, 30.1 % des femmes et 20.6% des mères occupent un emploi à temps partiel (respectivement, sources : INSEE, 2010 et ENP, 2010).

Dans notre étude, une part importante des mères (65.75% des mères) travaillent à *temps partiel*, dont 86.1% d'entre elles travaillent à 80% et 11.1% d'entre elles à 50%. Celles-ci n'allaitent pas significativement plus longtemps que les mères étant à temps plein.

Or, chez de nombreux auteurs, la durée d'allaitement pour le travail à temps plein est plus courte que pour le travail à temps partiel.(101)(109)(119)(125)(127)(133-134)(193)(202)(205)(212-213) Le temps partiel apparaît comme un bon compromis pour les mères pour gérer leur allaitement en travaillant dans la littérature mais n'est pas mis en évidence dans notre étude.(107-112)

La *flexibilité des horaires* et le *temps de pause octroyé* pour allaiter sont dépendants du soutien manifeste du supérieur hiérarchique, voir des collègues de travail qui n'est que peu présent auprès des mères de notre étude. Les mères rencontrent ainsi des difficultés pour allaiter sur le lieu de travail que ce soit dans les locaux dédiés ou non.

- ***L'espace (local d'allaitement et matériels à disposition)***

C'est l'hôpital ayant mis à disposition de ses salariées des *locaux d'allaitement* qui affiche le taux de réponse le plus bas, le taux d'allaitement le plus bas et la durée médiane totale d'allaitement la plus courte.

Dans notre étude, nous n'avons fait ressortir d'impact positif significatif de ces locaux d'allaitement ni sur les taux et les durées d'allaitement ni sur la satisfaction des mères.

Cette tendance est inverse à celle que l'on prévoyait et à celle retrouvée dans la littérature.(71)(147)(192-196) Selon Cohen R. et al. (71), Katcher A. et al. (195), les mères qui continuent le plus volontiers à allaiter après la reprise du travail sont celles bénéficiant de locaux d'allaitement et de matériel (tire-laits) sur leur lieu de travail.

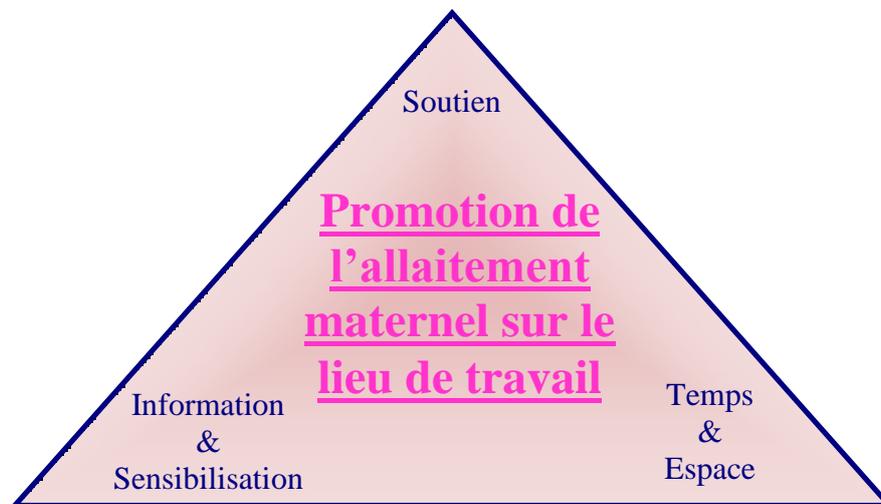
Les mères enquêtées des deux autres hôpitaux (le CH Roubaix et le CH Seclin, où il n'existe pas de locaux d'allaitement) se sont montrées, à travers leurs commentaires libres et leur participation plus

active, davantage intéressées par le sujet de l'allaitement maternel et motivées pour tenter de trouver des solutions facilitant l'allaitement à la reprise du travail. Celles-ci, en effet ne bénéficient pas de locaux d'allaitement qui leur sont dédiés sur leur lieu de travail.

Comment expliquer ces résultats ? Dans l'hôpital où sont mis en place des locaux d'allaitement, les mères ne les utilisent pas. Dans les structures hospitalières étudiées sans locaux d'allaitement dédiés, les mères en souhaitent et s'affichent davantage motivées par le sujet.

Quels autres facteurs professionnels interviennent et influencent la pratique de l'allaitement chez ces mères actives interrogées ?

**Approche triangulaire d'un programme de soutien
à l'allaitement maternel sur le lieu de travail**



Les trois hôpitaux de notre étude ne possèdent pas ce type de programme de soutien.

Le CH Tourcoing a fait un **premier pas pour la promotion de l'allaitement maternel sur le lieu de travail** en créant en 2008 des locaux d'allaitement pour le personnel. Cette initiative vient du chef d'établissement avec la participation du service de Gynécologie Obstétrique au moment de la démarche en vue de la labellisation IHAB. Ces deux locaux sont visualisables en *Annexe 15*.

**Des locaux d'allaitement mis en place mais
pas de politique globale de soutien à l'allaitement dédiée au personnel, interne à l'hôpital**

Un local d'allaitement doit être intégré idéalement dans **un programme global de soutien à l'allaitement** comprenant plusieurs items à respecter sur le lieu de travail et permet ainsi de favoriser la poursuite de l'allaitement chez les mères reprenant le travail.(108)(125)(183)(191-192)(194)(202)(215-221)

L'absence d'impact sur les durées d'allaitement des salariées de la présence de locaux seuls, non intégrés à un programme global de soutien, conforte cette triangulation.

Avec le congé maternité, le **soutien professionnel** des collègues et du supérieur hiérarchique apparaît dans notre étude comme le facteur le plus prédictif des durées d'allaitement prolongé de 6 mois et plus (total et exclusif).

L'espace fourni au CH Tourcoing ne suffit en effet pas à obtenir des résultats satisfaisants en terme de durée d'allaitement des employées. Les mères y bénéficient certes de locaux d'allaitement, mais elles ne sont que faiblement soutenues par le milieu professionnel et peu informées.

Aucun programme de soutien à l'allaitement maternel pour le personnel n'est établi officiellement par écrit. Aucune séance d'information et de sensibilisation autour de l'allaitement maternel à l'attention des employées ne s'y déroule (pré/post natale pour les salariées ou pour les supérieurs hiérarchiques). Peu de mères (seule 1 mère sur 2) avaient connaissance de l'existence de ces locaux avant d'accoucher.

La **médecin du travail** de l'hôpital de Tourcoing est sensibilisée à ce sujet et fournit lors de ses consultations avec les employées une information verbale au sujet de ces locaux mis à leur disposition.

Par contre, il n'y a pas de personne « référente » allaitement dédiée au personnel. Ni brochure, ni affiche, ni document électronique (par intranet par exemple), ni article dans leur revue trimestrielle (gazette), n'informe le personnel de la présence de ces locaux.

Selon les Ressources Humaines du CH Tourcoing, les salariées bénéficient de l'heure d'allaitement jusqu'au premier anniversaire de leur enfant, et celle-ci leur est rémunérée, tout comme dans les CH Roubaix et CH Seclin.

Avoir un local disponible est un véritable progrès en matière de soutien à l'allaitement sur le lieu de travail, mais il est tout de même dommage de :

- ne pas être sensibilisé sur le sujet de la conciliation allaitement et travail ou ne pas savoir qu'il existe par manque d'information
- ne pas pouvoir l'utiliser par manque de soutien professionnel, du supérieur hiérarchique qui ne permet pas les temps d'absence et des collègues qui confèrent un climat non propice à l'allaitement.

La mise en œuvre et la superposition de ces trois axes sur le lieu de travail des mères actives allaitantes sont essentielles dans leur aventure de l'allaitement afin de favoriser sa réussite et sa poursuite dans la durée.

C. Faiblesses du travail et biais de l'étude

1. Biais de sélection

Le questionnaire était volontairement intitulé « Maternité et travail » et non « Allaitement et travail » pour ne pas exclure d'emblée les mères non allaitantes et tenter d'obtenir leurs réponses également. Une fois avoir rempli la courte première partie du questionnaire qui leur était consacrée, les mères non allaitantes se sentant moins concernées, n'ont pas dû toutes, retourner le questionnaire aux Ressources Humaines.

Un biais de sélection des mères allaitantes que nous avons ciblées secondairement, existe néanmoins dans notre étude.

Un biais de sélection des mères de catégorie socio-professionnelle favorisée et de profession qualifiée existe également. Elles occupent une place importante dans les effectifs féminins du milieu hospitalier et sont celles allaitant le plus longtemps.

2. Biais de mesure et de réponse

Un taux de réponse faible dans l'hôpital comprenant un local, critère professionnel que nous avons approfondi.

L'étude a été menée au sein de trois hôpitaux proches et comparables entre eux, se situant en zone urbaine proche d'une grande métropole (Lilloise), proches géographiquement afin d'étudier les facteurs professionnels (notamment concernant leurs caractéristiques propres, présence de locaux et label IHAB) influant sur l'allaitement des salariées.

Notre échantillon n'est ainsi pas représentatif de l'ensemble des mères actives travaillant dans le milieu hospitalier. Notre but n'est pas d'étendre nos conclusions à l'ensemble de cette population mais bien de mettre en évidence l'impact de facteurs professionnels que l'on retrouve dans ces trois structures sur la poursuite de l'allaitement dans la durée et après la reprise du travail.

Etant une étude rétrospective sur les expériences le plus souvent passées ou parfois encore en cours d'allaitement, un biais de mémorisation sur les durées exactes de l'allaitement et sur d'autres variables est présent. Ce biais est nuancé car les faits datent au maximum de trois ans, compte tenu de nos critères d'inclusion.

Une surestimation de la durée d'allaitement exclusif (251) et une tendance (non significative) à surestimer la durée de l'allaitement à partir de 18 mois après l'accouchement (252) ont été mises en évidence dans la littérature.

Mais ces études sont rétrospectives et menées dans des populations particulières (femmes bédouines vivant Israël et femmes rurales sud-africaines), et nous pouvons nous demander si les résultats seraient identiques sur nos populations occidentales industrialisées.

3. Réflexions complémentaires

N'étant pas l'objectif de notre étude, certaines questions n'ont pas été intégrées initialement au questionnaire s'éloignant de notre sujet. Avec du recul et après l'interprétation des résultats, parfois surprenants, certains items mériteraient des analyses complémentaires.

Pour les deux hôpitaux sans locaux d'allaitement spécifiques, nous n'avons pas approfondi l'allaitement sur le lieu de travail dans des locaux non dédiés, dans les services des mères ou au sein des crèches du personnel. Ces dernières possèdent des effectifs d'enfants allaités minimes et de petites capacités d'accueil par rapport aux besoins des mères salariées. Le lait maternel y est autorisé mais elles ne possèdent pas de locaux d'allaitement. En pratique, la mère peut venir allaiter son enfant sur place et une salle lui est proposée en fonction de la disponibilité des locaux. Une enquête à part entière se consacrant à ces structures d'accueil ayant une législation spécifique pour connaître notamment leur impact sur la pratique de l'allaitement à la reprise du travail mérite d'être réalisée et pourrait compléter notre travail.

Aucune question ne permettait de savoir si l'enfant était né à terme, donc la notion de prématurité qui influence elle-même l'allaitement et sa durée n'est pas prise en compte.

Le choix d'une enquête par questionnaires composés en majorité de questions fermées à choix multiples limitait les réponses à la fois dans leur forme et leur contenu.

Afin de faciliter le remplissage du questionnaire par les mères et tenter d'avoir le maximum de réponses, certaines questions attendaient des réponses « par pallier ». Celles-ci nous permettent d'obtenir des tendances et des regroupements mais ne nous permettent pas par la suite de décrire précisément l'échantillon avec des moyennes (+/- Ecart type) et des médianes (Minimum/Maximum).

Six questions auxquelles les mères ont répondu, n'ont pas été exploitées par la suite dans notre analyse. Une mauvaise formulation initiale des questions ou une mauvaise interprétation de celles-ci a conduit les mères à apporter des réponses « hors sujet ». Certaines réponses ont pu être de plus, influencées par la formulation des questions.

D. Quelques clefs et propositions pour l'avenir

Que pouvons-nous faire pour faciliter l'allaitement dans la durée et notamment après la reprise du travail chez les mères actives ?

Nous proposons des mesures afin de permettre l'intégration de l'allaitement maternel si possible exclusif, dans la vie professionnelle des mères allaitantes en nous basant sur les conclusions de notre travail.

Deux principales solutions se dessinent : allonger le congé de maternité ou parvenir à concilier travail et allaitement.

1. Le congé postnatal : une durée à revoir ?

Une nette **inadéquation** existe entre la durée du congé postnatal français de 10 semaines et les recommandations de l'OMS (3), de l'HAS/ANAES (7) reprise à travers le PNNS 3 (74) préconisant une durée optimale d'allaitement exclusif de 6 mois et sa poursuite jusqu'à 2 ans et plus.

L'idée de **prolonger ce congé postnatal ou de créer un « congé d'allaitement »** constituerait une solution pour diminuer les sevrages précoces liés à la reprise du travail, principal motif évoqué dans notre travail. La durée des congés postnataux contribue en effet à augmenter la durée de l'allaitement et influe ainsi sur sa durée et son succès.(7)(98)(109)(125)(127)(133)(186)(193-194)(196)(202-206)

L'allaitement maternel est plus facile si l'enfant est plus âgé au moment de la reprise du travail.(101)(196)(204)(210) Notre étude nous a montré que la durée de l'arrêt maternité est un facteur prédictif des durées d'allaitement (exclusif et partiel) prolongées au-delà de 6 mois.

L'impact financier de telles propositions semble démesuré à l'heure où le Ministère de la Santé sonne le glas de l'assurance maladie. Néanmoins, la balance des dépenses et des économies de santé réalisées en cas de majoration des taux d'allaitement doit être pris en compte et amener à une réflexion. Une étude lyonnaise montre que la prescription d'arrêts de travail à l'issue du congé maternité afin de favoriser la poursuite semble être une pratique fréquente.(209) Il serait intéressant d'évaluer nationalement cette balance par une enquête de Santé Publique.

La création du **congé spécifique d'allaitement** comme dans certaines conventions collectives (quelques exemples sont détaillées dans l'*Annexe 8*), paraît plus économique et tout aussi efficace, mais serait difficilement applicable en pratique. Celui-ci engendrerait une inégalité entre les mères, ce qui est contre le principe d'égalité devant le droit, un des fondements de notre déclaration des

Droits de l'Homme et du Citoyen. Un sentiment d'injustice et de culpabilisation serait créé chez les mères qui n'allaitent pas.

Vu les projets de lois refusés à ce sujet, la France est encore loin d'accepter de tels changements. Projet utopique actuellement, il est donc plus raisonnable à court terme de concevoir des aménagements sur le lieu de travail afin de venir en aide aux mères actives allaitantes reprenant leur activité professionnelle et désirant conserver ce lien si précieux mère-enfant.

2. Faciliter la conciliation allaitement-travail

Adapter les conditions de travail de la mère à la pratique de l'allaitement maternel et non l'inverse semble être une des clefs de la réussite de la poursuite de l'allaitement dans la durée chez les mères actives.

Il apparaît capital de favoriser sur le lieu de travail le développement de **politique de soutien interne à travers un programme** visant à soutenir l'allaitement maternel chez les mères actives. Celui-ci, comme nous venons de l'étudier comporte trois axes essentiels à respecter.

a. Soutien professionnel

Il est important de promouvoir un environnement facilitateur au sein du milieu de travail, une réelle philosophie de soutien par l'intermédiaire d'un **programme de soutien** clairement établi par écrit. Le soutien professionnel est dans notre étude avec l'allongement du congé maternité le facteur le plus prédictif des durées d'allaitement prolongées de 6 mois et plus (exclusif et total).

Pour les mères actives travaillant au sein du milieu hospitalier, il serait intéressant **d'étendre le label IHAB « Ami des Bébé »** pour les patientes hospitalisées aux employées de ces structures en transposant ses objectifs au milieu professionnel.

La création d'une **notation** des établissements par score de soutien pourrait motiver la direction. Cette notation entrerait en compte pour labelliser les lieux de travail : « Lieu de travail, Ami des Mamans », label de qualité du lieu de travail, valorisant son image.

L'implication active du service de médecine du travail qui a un rôle essentiel à mener dans ce domaine de l'allaitement, est indispensable. Dans le cadre de son action de prévention, au moment des visites d'embauche, périodiques ou de reprise après maternité, le médecin du travail est amené à rencontrer ces mères allaitantes ou futures-allaitantes.

Il peut alors améliorer l'information anté et postnatale, leur fournir soutien, conseils, guides, brochures, numéros à contacter en cas de besoin... bref, un tas d'informations précieuses bénéfiques pour ces (futures) mères désirant maintenir ce lien « lacté » avec leur enfant. Il peut les aider dans la

recherche d'un local approprié et appuyer sa demande auprès de l'employeur dans le cas où il n'en existe pas un spécifiquement dédié. Il peut également aborder ce thème en CHSCT, où le débat pourra se faire avec les représentants du personnel et l'employeur.

Les contacts avec le médecin du travail tout comme ceux avec la personne « référente » allaitement ne pourront être que bénéfiques pour la mère rencontrant des difficultés dans son projet d'allaitement.

La mise en œuvre du soutien professionnel doit être nécessairement **multidisciplinaire** (employeur, supérieurs, salariées, médecins du travail, personne « référente » allaitement, assistante sociale du personnel (253)).

Plusieurs acteurs doivent concourir à la mise en place d'un environnement professionnel favorable à l'allaitement et à la mise en œuvre d'un programme de soutien.

b. Information et sensibilisation

Afin de favoriser l'allaitement maternel sur le lieu de travail, **trois cibles** sont à prendre en compte. L'information et la sensibilisation est essentielle :

- Auprès des salariées
- Auprès de la hiérarchie (employeurs et supérieurs hiérarchiques)
- Auprès des professionnels de santé notamment du médecin du travail

- Auprès des salariées

Plus les mères auront accès à l'information et plus elles allaiteront, comme c'est déjà le cas pour les catégories socio-professionnelles et les niveaux d'études élevés. Prioriser l'information anténatale, de manière à promouvoir à la fois l'initiation et la durée de l'allaitement et surtout pour ne pas intervenir trop tard, trop près de la date de reprise du travail. Beaucoup de mères l'anticipent en sevrant leur enfant.

Sensibiliser et informer l'ensemble du personnel à l'allaitement maternel et aux facilités qui leur sont offertes est nécessaire, le but étant de créer un climat favorable et propice, une **philosophie interne de soutien** et d'entraide entre salariées. Cette information peut prendre diverses formes : affiches, brochures, intranet, article dans une gazette interne au lieu de travail...

Inciter les mères à se diriger vers les **associations de soutien** pour mener à bien leur projet d'allaitement quel qu'il soit. Contacter ce type d'association est significativement lié à des durées plus longues d'allaitement total et exclusif.(7)(246-248) Dans notre étude, une mère prenant contact avec une association de soutien multiplie par 4 ses chances de mener un allaitement exclusif jusqu'à 6 mois et plus.

Il est important, en dehors du lieu de travail, de favoriser la **création de « groupes de soutien »**, « **groupes de parole** » **entre mères allaitantes actives** ayant ou devant prochainement reprendre le

travail. Ce temps leur permet d'échanger leurs expériences, de s'épauler entre elles, d'y trouver informations, conseils et soutien pendant ce moment délicat : la reprise du travail.

- Auprès de la hiérarchie

La création de **séminaires spécialisés** visant les chefs d'établissement, les ressources humaines et la hiérarchie pourrait faire partie intégrante de ce programme de soutien visant à informer l'ensemble de ces intervenants.

Les employeurs informés sont plus à l'écoute de leurs salariées, et par conséquent plus impliqués dans le développement d'une politique de soutien interne à l'allaitement maternel adéquate. Il est important d'insister sur les avantages qu'ils peuvent retirer de sa promotion avec un investissement matériel et financier minime.(222)(241)

Il faut avant tout convaincre la direction du bien-fondé d'une telle **politique de soutien** et ouvrir un dialogue avec le **CHSCT** sur ses modalités de mise en œuvre, notamment grâce à la participation active du médecin du travail. Celui-ci vise ainsi au sein du milieu professionnel à améliorer les conditions de vie et de travail des mères salariées.

De même, profiter des **réunions de cadres et de supérieurs hiérarchiques** pour les sensibiliser au sujet est important. Il faut insister sur les multiples avantages de la poursuite de l'allaitement de leurs salariées notamment pour eux-mêmes pour qu'ils trouvent un intérêt à soutenir : l'absentéisme des mères qui est moindre quand l'enfant est toujours allaité les touche particulièrement.(71)(72)

-Auprès des professionnels de santé

La personne « référente » allaitement serait idéalement conseillère en lactation, ayant le diplôme international de consultant en lactation IBCLC (International Board of Certified Lactation Consultant).

La **formation initiale et continue** reste à améliorer au niveau de l'ensemble des professionnels de santé, notamment du **médecin du travail**.

Peu d'heures d'enseignement sont dédiées au sujet de l'allaitement maternel, ce qui induit une méconnaissance des professionnels de santé et des conseils erronés provenant de ceux-ci auprès des mères.

Il semble intéressant de proposer dans la formation du médecin du travail un **module « allaitement et travail »** afin de les sensibiliser. Inciter les futurs médecins du travail à envisager le **diplôme Inter-Universitaire Lactation Humaine –Allaitement Maternel** (diplôme co-organisé par les facultés de médecine de Grenoble, Brest, Toulouse et Lille) ne peut leur être que bénéfique pour leur carrière professionnelle.

**c. Mise à disposition des mères du temps et du lieu pour allaiter :
condition temporelle et matérielle incontournable**

Il faut veiller au **respect de la législation** concernant l'heure et le local d'allaitement. La mère allaitante peut prétendre jusqu'au premier anniversaire de son enfant bénéficier d'une heure pour allaiter (L1225-30). Notamment pour le secteur privé, un local adapté (L1225-32) au sein de l'établissement est appréciable pour ces mères actives allaitantes et l'employeur peut être mis en demeure de le créer au-delà de 100 salariées dans son entreprise (L1225-32).

Le développement de **modes de garde** adaptés aux horaires de la mère et agréés « allaitement maternel », sur le lieu de travail ou à proximité de celui-ci, pourrait constituer une aide précieuse pour la mère allaitante qui pourrait ainsi y allaiter son enfant directement au cours de cette heure d'allaitement accordée.(116)(192-193)

Développer le **temps partiel** pour les mères représente une stratégie efficace pour les aider à poursuivre l'allaitement et à le concilier avec leur travail.(107-112)

CONCLUSION

Devant ses innombrables avantages, l'allaitement maternel est à la fois **un enjeu majeur et une véritable problématique de santé publique**. Il dépend de plusieurs facteurs socioculturels, politiques, médicaux, professionnels, sur lesquels il est intéressant d'agir pour le promouvoir et le soutenir.

Ses bénéfices physiologiques sont pour la plupart « dose-dépendants », dépendant de son degré d'exclusivité et de sa durée. Sa promotion dans l'initiation comme dans la durée est ainsi capitale, notamment chez les mères actives, la reprise du travail étant considérée comme un frein à sa poursuite. Le travail est l'une des causes majeures de sevrage.

En France, l'allaitement maternel est encouragé par le PNNS qui se fonde sur les recommandations de diverses Instances de Santé préconisant une durée optimale d'allaitement exclusif de six mois et sa poursuite jusqu'aux deux et plus de l'enfant. Celles-ci semblent difficiles à respecter avec un retour au travail aux environs de la 10^{ème} semaine en France.

Notre travail a permis de mieux cerner **l'environnement et les facteurs professionnels** ayant un impact sur le déroulement de l'allaitement des mères actives travaillant au sein du milieu hospitalier du département du Nord.

Véritable avancée positive dans le domaine de la promotion de l'allaitement sur le lieu professionnel, la mise à disposition des locaux d'allaitement ne parvient pas à elle seule, à inciter les mères à poursuivre davantage leur allaitement dans la durée et à la reprise du travail. Le facteur professionnel majeur ressortant significatif de manière redondante au cours de notre étude est le soutien professionnel. Il influence positivement la pratique de l'allaitement des mères actives à plusieurs niveaux.

Pour avoir un impact positif sur la poursuite de l'allaitement chez les mères actives, il est indispensable que la mise à disposition de ces locaux soit intégrée dans un programme, un projet global de soutien interne sur le lieu de travail, comprenant et s'articulant autour de trois axes principaux :

Le soutien

L'information

La logistique spatio-temporelle professionnelle

C'est **l'enchevêtrement et la superposition de ces moyens** qui permet d'arriver au but escompté : promouvoir et faciliter la poursuite de l'allaitement dans la durée et à la reprise du travail. Les programmes professionnels de soutien à l'allaitement permettent la **valorisation de l'image du lieu de travail et de la femme allaitante**. Ils engendrent une augmentation des durées d'allaitement des mères ainsi que de nombreux bénéfices pour le supérieur (baisse de l'absentéisme des mères, stabilité plus importante, meilleur climat interne, ...).

La promotion de l'allaitement maternel chez les mères actives mérite l'intérêt des acteurs principaux du milieu de travail pouvant jouer un rôle à ce niveau (employeur, supérieurs hiérarchiques, médecin du travail, collègues).

Elle vise à créer un environnement favorable à l'allaitement maternel pour les salariées de retour après un congé maternité, diminuant ainsi leur stress et faisant donc partie intégrante de la lutte contre les risques psychosociaux touchant les salariées.

Les médecins du travail ont un rôle important à jouer auprès des salariées afin de les aider dans leur projet d'allaitement.

Il serait intéressant d'étudier et de décrire les connaissances et les pratiques des médecins du travail sur ce sujet, dans le cas particulier du retour au travail de la mère allaitante et d'en tirer les enseignements.

Ainsi, ne serait-il pas du rôle du médecin du travail d'informer davantage les femmes sur les moyens d'allaiter longtemps malgré la reprise du travail, de concilier allaitement et activité professionnelle ?

En tant que professionnel de santé, notamment en prévention, il est de son ressort de sensibiliser et de soutenir ces mères actives allaitantes.

Notre travail qui a cherché à « déminer » le sujet de l'allaitement maternel et le travail, a permis d'apporter une pierre à l'édifice de ce monument qu'est le domaine de l'allaitement maternel chez les mères actives.

Il est temps de développer des pratiques nouvelles comme les programmes de soutien à l'allaitement maternel sur le lieu de travail, pour permettre aux femmes d'allaiter aussi longtemps qu'elles le souhaitent et rendre caduque le temps du sevrage imposé par la reprise du travail. Cette mesure simple, ne nécessitant que peu d'investissements matériels et financiers, appliquée dans d'autres pays, a déjà fait preuve d'efficacité.

Il s'agit donc d'**une perspective réaliste et enthousiasmante** qu'il reste à mettre en œuvre...

C'est par ces femmes qui, aujourd'hui vont allaiter avec succès que se transmettra à la génération suivante la « culture de l'allaitement », comme elle passe de mère en fille dans les pays où, pour des raisons culturelles, la question « allaitement ou biberon ? » ne se pose pas.

Il est temps pour notre pays de combler son retard, de réconcilier le travail des femmes et l'allaitement maternel, afin de répondre pleinement au désir des mères, dans un environnement professionnel propice à l'allaitement maternel.

**Les deux thématiques « allaitement » et « travail »
ont tout à gagner à se reconnaître mutuellement.**

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Turck D. Allaitement maternel: Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. PNNS1. Arch Pediatr. 2005;12 Suppl 3:S145–165.
2. OMS. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Cinquante-quatrième Assemblée mondiale de la santé. WHA54.2. 2001;16.
3. OMS. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Cinquante-cinquième Assemblée mondiale de la santé. WHA55.25. 2002;35.
4. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, Kolacek S, Koletzko B, Michaelsen KF, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. 2009;49(1):112–25.
5. Kramer MS. Methodological challenges in studying long-term effects of breast-feeding. Adv. Exp. Med. Biol. 2009;639:121–33.
6. Butte NF, Lopez-Alarcon MG, Garza C, Health WD of N for, Development, Child WD of, et al. Nutrient adequacy of exclusive breastfeeding for the term infant during the first six months of life. World Health Organization Geneva; 2002.
7. ANAES. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie. Recommandations et références professionnelles. Paris;Texte long. 2002;1–177.
8. Picciano MF. Nutrient composition of human milk. Pediatr. Clin. North Am. 2001;48(1):53–67.
9. Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis. The transition from pregnancy to lactation. Pediatr. Clin. North Am. 2001;48(1):35–52.
10. James DCS, Lessen R. Position of the American Dietetic Association: promoting and supporting breastfeeding. J Am Diet Assoc. 2009;109(11):1926–42.
11. Turck D. Les bénéfices santé de l'allaitement. Accompagner le choix de l'allaitement maternel. La Santé de l'homme n° 408; 2010 [Consulte le 2 mai 2012]. Accessible de <http://www.inpes.sante.fr/SLH/pdf/cp408.pdf>
12. Ip S, Chung M, Raman G, Chew P, Magula N, DeVine D, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Full Rep). 2007;(153):1–186.
13. Rossum CT., Buchner FL, Hoekstra J. Quantification of health effects of breastfeeding- Review of the literature and model simulation. 2006;
14. Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Collet J-P, et al. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. Am. J. Clin. Nutr. 2003;78(2):291–5.
15. Chak E, Rutherford GW, Steinmaus C. The role of breast-feeding in the prevention of Helicobacter pylori infection: a systematic review. Clin. Infect. Dis. 2009;48(4):430–7.

16. Aniansson G, Alm B, Andersson B, Håkansson A, Larsson P, Nylén O, et al. A prospective cohort study on breast-feeding and otitis media in Swedish infants. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 1994;13(3):183–8.
17. Duncan B, Ey J, Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, Taussig LM. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics.* 1993;91(5):867–72.
18. Duffy LC, Faden H, Wasielewski R, Wolf J, Krystofik D. Exclusive breastfeeding protects against bacterial colonization and day care exposure to otitis media. *Pediatrics.* 1997;100(4):E7.
19. Oddy WH, Sly PD, de Klerk NH, Landau LI, Kendall GE, Holt PG, et al. Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study. *Arch. Dis. Child.* 2003;88(3):224–8.
20. Bachrach VRG, Schwarz E, Bachrach LR. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy: a meta-analysis. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2003;157(3):237–43.
21. van Odijk J, Kull I, Borres MP, Brandtzaeg P, Edberg U, Hanson LA, et al. Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations. *Allergy.* 2003;58(9):833–43.
22. Chouraqui J-P, Dupont C, Bocquet A, Bresson J-L, Briend A, Darmaun D, et al. [Feeding during the first months of life and prevention of allergy]. *Arch Pediatr.* 2008;15(4):431–42.
23. Huurre A, Laitinen K, Rautava S, Korkeamäki M, Isolauri E. Impact of maternal atopy and probiotic supplementation during pregnancy on infant sensitization: a double-blind placebo-controlled study. *Clin. Exp. Allergy.* 2008;38(8):1342–8.
24. Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M. Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. *J. Pediatr.* 2001;139(2):261–6.
25. Sears MR, Greene JM, Willan AR, Taylor DR, Flannery EM, Cowan JO, et al. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. *Lancet.* 2002;360(9337):901–7.
26. Sears MR, Greene JM, Willan AR, Wiecek EM, Taylor DR, Flannery EM, et al. A longitudinal, population-based, cohort study of childhood asthma followed to adulthood. *N. Engl. J. Med.* 2003;349(15):1414–22.
27. Wright AL, Holberg CJ, Taussig LM, Martinez FD. Factors influencing the relation of infant feeding to asthma and recurrent wheeze in childhood. *Thorax.* 2001;56(3):192–7.
28. Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z, et al. Effect of prolonged and exclusive breast feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial. *BMJ.* 2007;335(7624):815.
29. Elliott L, Henderson J, Northstone K, Chiu GY, Dunson D, London SJ. Prospective study of breast-feeding in relation to wheeze, atopy, and bronchial hyperresponsiveness in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC). *J. Allergy Clin. Immunol.* 2008;122(1):49–54, 54.e1–3.

30. Yang YW, Tsai CL, Lu CY. Exclusive breastfeeding and incident atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Br. J. Dermatol.* 2009;161(2):373–83.
31. Cope MB, Allison DB. Critical review of the World Health Organization's (WHO) 2007 report on « evidence of the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analysis » with respect to obesity. *Obes Rev.* 2008;9(6):594–605.
32. Arenz S, Von Kries R. Protective effect of breast-feeding against obesity in childhood: can a meta-analysis of published observational studies help to validate the hypothesis? *Adv. Exp. Med. Biol.* 2009;639:145–52.
33. Lucas A. Long-term programming effects of early nutrition -- implications for the preterm infant. *J Perinatol.* 2005;25 Suppl 2:S2–6.
34. Bartok CJ, Ventura AK. Mechanisms underlying the association between breastfeeding and obesity. *Int J Pediatr Obes.* 2009;4(4):196–204.
35. Owen CG, Whincup PH, Gilg JA, Cook DG. Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2003;327(7425):1189–95.
36. Martin RM, Davey Smith G, Mangtani P, Tilling K, Frankel S, Gunnell D. Breastfeeding and cardiovascular mortality: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *Eur. Heart J.* 2004;25(9):778–86.
37. Martin RM, Ben-Shlomo Y, Gunnell D, Elwood P, Yarnell JWG, Davey Smith G. Breast feeding and cardiovascular disease risk factors, incidence, and mortality: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health.* 2005;59(2):121–9.
38. Gerstein HC. Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus. A critical overview of the clinical literature. *Diabetes Care.* 1994;17(1):13–9.
39. Norris JM, Beaty B, Klingensmith G, Yu Liping, Hoffman M, Chase HP, et al. Lack of association between early exposure to cow's milk protein and beta-cell autoimmunity. Diabetes Autoimmunity Study in the Young (DAISY). *JAMA.* 1996;276(8):609–14.
40. McKinney PA, Parslow R, Gurney KA, Law GR, Bodansky HJ, Williams R. Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes. A case-control study in Yorkshire, U.K. *Diabetes Care.* 1999;22(6):928–32.
41. Knip M, Akerblom HK. Early nutrition and later diabetes risk. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2005;569:142–50.
42. Barclay AR, Russell RK, Wilson ML, Gilmour WH, Satsangi J, Wilson DC. Systematic review: the role of breastfeeding in the development of pediatric inflammatory bowel disease. *J. Pediatr.* 2009;155(3):421–6.
43. Callen J, Pinelli J. A review of the literature examining the benefits and challenges, incidence and duration, and barriers to breastfeeding in preterm infants. *Adv Neonatal Care.* 2005;5(2):72–88; quiz 89–92.
44. Vohr BR, Poindexter BB, Dusick AM, McKinley LT, Wright LL, Langer JC, et al. Beneficial effects of breast milk in the neonatal intensive care unit on the developmental outcome of extremely low birth weight infants at 18 months of age. *Pediatrics.* 2006;118(1):e115–123.

45. Edmond K, Bahl R. Optimal feeding of the low birth weight infant. Technical review. World Health Organization; 2007.
46. Elwood PC, Pickering J, Gallacher JEJ, Hughes J, Davies D. Long term effect of breast feeding: cognitive function in the Caerphilly cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(2):130–3.
47. Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence on the long-term effects of breastfeeding. Geneva: World Health Organization. 2007;
48. Pilliot M. La situation de l'allaitement maternel en France. Accompagner le choix de l'allaitement maternel. *La Santé de l'homme* n° 408; 2010 [Consulte le 26 avril 2012]. Accessible de http://sante-etudiant.univ-pau.fr/live/digitalAssets/98/98085_sante-homme-408.pdf
49. Michaelsen KF, Lauritzen L, Mortensen EL. Effects of breast-feeding on cognitive function. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2009;639:199–215.
50. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2008;65(5):578–84.
51. Gunnell D, Miller LL, Rogers I, Holly JMP. Association of insulin-like growth factor I and insulin-like growth factor-binding protein-3 with intelligence quotient among 8- to 9-year-old children in the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Pediatrics*. 2005;116(5):e681–686.
52. Schack-Nielsen L, Michaelsen KF. Advances in our understanding of the biology of human milk and its effects on the offspring. *J. Nutr.* 2007;137(2):503S–510S.
53. Vennemann MM, Bajanowski T, Brinkmann B, Jorch G, Yücesan K, Sauerland C, et al. Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*. 2009;123(3):e406–410.
54. Alm B, Wennergren G, Norvenius SG, Skjaerven R, Lagercrantz H, Helweg-Larsen K, et al. Breast feeding and the sudden infant death syndrome in Scandinavia, 1992-95. *Arch. Dis. Child*. 2002;86(6):400–2.
55. Wambach K, Campbell SH, Gill SL, Dodgson JE, Abiona TC, Heinig MJ. Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact*. 2005;21(3):245–58.
56. Stuebe AM, Rich-Edwards JW. The reset hypothesis: lactation and maternal metabolism. *Am J Perinatol*. 2009;26(1):81–8.
57. Stuebe AM, Schwarz EB. The risks and benefits of infant feeding practices for women and their children. *J Perinatol*. 2010;30(3):155–62.
58. Meek JY. Breastfeeding in the workplace. *Pediatr. Clin. North Am*. 2001;48(2):461–74.
59. Working group. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet*. 2002;360(9328):187–95.

60. Martin RM, Middleton N, Gunnell D, Owen CG, Smith GD. Breast-feeding and cancer: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *J. Natl. Cancer Inst.* 2005;97(19):1446–57.
61. Gunderson EP, Lewis CE, Wei GS, Whitmer RA, Quesenberry CP, Sidney S. Lactation and changes in maternal metabolic risk factors. *Obstet Gynecol.* 2007;109(3):729–38.
62. Ram KT, Bobby P, Hailpern SM, Lo JC, Schocken M, Skurnick J, et al. Duration of lactation is associated with lower prevalence of the metabolic syndrome in midlife--SWAN, the study of women's health across the nation. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2008;198(3):268.e1–6.
63. Liu B, Jorm L, Banks E. Parity, breastfeeding, and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes. *Diabetes Care.* 2010;33(6):1239–41.
64. Bitoun P. Valeur économique de l'allaitement maternel. *Les dossiers de l'Obstétrique.* 1994;216:10–3.
65. Leclercq AM. L'allaitement maternel: choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique? [Mémoire DESS en Economie et Gestion Hospitalière Privée. Institut Supérieur de l'Entreprise]. Montpellier; 1997.
66. Melliez H, Boelle P-Y, Baron S, Mouton Y, Yazdanpanah Y. Mortalité, morbidité et coût des infections à Rotavirus en France. *Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Médecine Et Maladies Infectieuses.* 2005;35(10):492–9.
67. Ball TM, Bennett DM. The economic impact of breastfeeding. *Pediatr. Clin. North Am.* 2001;48(1):253–62.
68. Groupe de Travail. Document pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du Nord. *Arch Pediatr.* 2001;8(8):865–74.
69. Weimer JP. The economic benefits of breastfeeding: A review and analysis. *Food Assistance and Nutrition Research Reports.* 2001;
70. Quigley MA, Kelly YJ, Sacker A. Breastfeeding and hospitalization for diarrheal and respiratory infection in the United Kingdom Millennium Cohort Study. *Pediatrics.* 2007;119(4):e837–842.
71. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot.* 1995;10(2):148–53.
72. Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. « Plan d'action : Allaitement maternel ». DGS; 2010 [Consulte le 27 avril 2012]. Accessible de http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
73. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman LR. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. *Public Health Nutr.* 2005;8(1):39–46.
74. Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, Nilsson I, Mikiel-Kostyra K, Kondrate I, et al. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (révision). *Public Health Nutr.* 2010;13(6):751–9.

75. OMS. Deuxième plan d'action Européen de l'OMS pour une politique alimentaire et nutritionnelle 2007-2012. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Publications, Région Européenne. 2008 [Consulte le 26 mai 2012]; Accessible de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/74407/E91309.pdf
76. OMS. Premier plan d'action pour l'alimentation et la nutrition-Région européenne de l'OMS 2000-2005. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Regional Publications, Région Européenne. 2001 [Consulte le 25 mai 2012]; Accessible de http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0013/120316/E74104.pdf
77. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé (PNNS2) 2006-2010. [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan.pdf>
78. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé. Programme national nutrition santé (PNNS3) 2011-2015. [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf
79. OMS/UNICEF. Déclaration Innocenti, l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Florence; 2005 [Consulte le 26 mai 2012]. Accessible de http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/declaration_fr_v.pdf
80. UNICEF. L'initiative Hôpitaux amis des bébés. [Consulte le 2 mai 2012]. Accessible de http://www.unicef.org/french/nutrition/index_24806.html
81. Vallenas C, Savage F. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. Geneva: World Health Organization. 1998;
82. Cattaneo A, Buzzetti R. Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. *BMJ*. 2001;323(7325):1358–62.
83. Philipp BL, Merewood A, Miller LW, Chawla N, Murphy-Smith MM, Gomes JS, et al. Baby-friendly hospital initiative improves breastfeeding initiation rates in a US hospital setting. *Pediatrics*. 2001;108(3):677–81.
84. Merewood A, Mehta SD, Chamberlain LB, Philipp BL, Bauchner H. Breastfeeding rates in US Baby-Friendly hospitals: results of a national survey. *Pediatrics*. 2005;116(3):628–34.
85. Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2009;4:11.
86. Missmahl-Bizouerne C. Impact de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés sur la conduite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois. Comparaison de trois maternités. [Thèse]. Bordeaux; 2008.
87. Merten S, Dratva J, Ackermann-Liebrich U. Do baby-friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level? *Pediatrics*. 2005;116(5):e702–708.
88. Duyan Camurdan A, Ozkan S, Yüksel D, Pasli F, Sahin F, Beyazova U. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int. J. Clin. Pract*. 2007;61(8):1251–5.
89. Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT): a cluster-randomized trial in the

- Republic of Belarus. Design, follow-up, and data validation. *Adv. Exp. Med. Biol.* 2000;478:327–45.
90. Coutinho SB, de Lira PIC, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *Lancet.* 2005;366(9491):1094–100.
91. Blondel B, KERMARREC M. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Enquête nationale périnatale. Paris, INSERM- U.953, 2010. DREES; 2011 [Consulte le 24 avril 2012]. Accessible de http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
92. Blondel B, Bréart G, du Mazaubrun C, Badeyan G, Wcislo M, Lordier A, et al. La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1997;26(8):770–80.
93. Wcislo M, Blondel B. La naissance en France en 1995. Enquête nationale périnatale. 1996 [Consulte le 26 avril 2012]. Accessible de <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/enquetes-perinatales/enquetes-nationales/enquete-nationale-perinatale-230-1623.html>
94. Blondel B, Norton J, du Mazaubrun C, Bréart G. Evolution des principaux indicateurs de santé périnatale en France métropolitaine entre 1995 et 1998. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2001;30(6):552–64.
95. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Bréart G. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Résultats des enquêtes nationales périnatales. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2006;35(4):373–87.
96. Vilain A, De Peretti C, Herbet J, Blondel B. La situation périnatale en France en 2003. DREES; 2005 [Consulte le 26 avril 2012]. Accessible de <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf>
97. Zeitlin J, Mohangoo A, Cuttini M, Alexander S, Barros H, Blondel B, et al. The European Perinatal Health Report: comparing the health and care of pregnant women and newborn babies in Europe. *J Epidemiol Community Health.* 2009;63(9):681–2.
98. Lelong N, Saurel-Cubizolles MJ, Bouvier-Colle MH, Kaminski M. Durée de l’allaitement maternel en France. *Arch Pediatr.* 2000;7(5):571–2.
99. Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al. Initiation et durée de l’allaitement maternel dans les établissements d’Aix et Chambéry (France). *Arch Pediatr.* 2001;8(8):807–15.
100. Juret L. L’arrêt précoce de l’allaitement maternel. Etude de facteurs prédictifs [Thèse]. Caen; 2005 [Consulte le 26 avril 2012]. Accessible de http://www.renoal.fr/images/pdf/juret_l_resume_these.pdf
101. Communal M, Charrel M. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l’allaitement maternel en Rhône-Alpes en 2004-2006. DRASS Rhône-Alpes, CAREPS; 2008 [Consulte le 3 mai 2012]. Accessible de http://www.info-allaitement.org/uploads/etude_allaitement_rhonealpes_DRASS.pdf

-
102. Branger B, Cebron M, Picherot G, de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr*. 1998;5(5):489–96.
 103. Didierjean-Jouveau C. Epidémiologie de l'allaitement maternel en France. Intervention aux 5^e entretiens de nutrition de l'Institut Pasteur de Lille. La Leche League. 2003 [Consulte le 28 avril 2012]. Accessible de <http://www.lllfrance.org/Autres-textes-LLL/Epidemiologie-de-l-allaitement-Allaitement-et-contraception.html>
 104. Charpentreau C. Situation des femmes qui allaitaient dans le département de la Loire. *Allait'Info* n°2. 2004;3–4.
 105. Brottet E. Etude des taux et des durées d'allaitement maternel en Rhône-Alpes et des facteurs favorisant un allaitement maternel long. [Mémoire de première année de Master de Santé Publique à l'ISPED]. Lyon; 2005.
 106. Kramer MS. Promotion de l'allaitement et développement des jeunes enfants: commentaires sur Woodward et Liberty, Pérez-Escamilla, Lawrence, et Greiner. *Allaitement maternel*. 2008 [Consulte le 29 mai 2012]; Accessible de <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/KramerFRxp.pdf>
 107. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Hussey J, Liu J. Balancing Work and Family Effect of Employment Characteristics on Breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 2011;27(3):225–38.
 108. Shealy K, Li R, Benton-Davis S, Grummer-Strawn L. The CDC guide to breastfeeding interventions. Atlanta Centers for Disease Control and Prevention; 2005 [Consulte le 3 mai 2012]. Accessible de http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/breastfeeding_interventions.pdf
 109. Fein SB, Roe B. The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding. *Am J Public Health*. 1998;88(7):1042–6.
 110. Johnston ML, Esposito N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(1):9–20.
 111. Ryan AS, Zhou W, Arensberg MB. The effect of employment status on breastfeeding in the United States. *Womens Health Issues*. 2006;16(5):243–51.
 112. Ghosh R, Mascie-Taylor CG, Rosetta L. Longitudinal study of the frequency and duration of breastfeeding in rural Bangladeshi women. *American Journal of Human Biology*. 2006;18(5):630–8.
 113. Didierjean-Jouveau C. *Petit guide de l'allaitement pour la mère qui travaille*. Jouvence Editions; 2009.
 114. Hergoz-Evans M. *Allaitement maternel et droit. La justice au quotidien*. L'Harmattan Edition. 2007.
 115. Vuylsteker L. *Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord Pas de Calais en 2009*. [Thèse de médecine]. Lille; 2010 [Consulte le 24 avril 2012]. Accessible de <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Th%C3%A8se%20M%C3%A9decine%20G%C3%A9n%C3%A9rale%20Laurie%20Vuylsteker.pdf>

116. Danis M, Delbey J. Allaitement & Travail, Diaporama au 30ème Congrès national de Médecine et de Santé au Travail de Tours. 2008 [Consulte le 1 mai 2012]. Accessible de http://www.istnf.fr/_admin/Repertoire/Fichier/2008/14-080604064932.pdf
117. Badinter E. *Le Conflit. La Femme et la mère*. Flammarion; 2010.
118. Durand M, Labarère J, Brunet E, Pons J-C. Evaluation of a training program for healthcare professionals about breast-feeding. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 2003;106(2):134–8.
119. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Brown CH, Paige DM. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. *Pediatrics.* 1991;87(3):298–305.
120. Kurinij N, Shiono PH, Ezrine SF, Rhoads GG. Does maternal employment affect breast-feeding? *Am J Public Health.* 1989;79(9):1247–50.
121. Littman H, Medendorp SV, Goldfarb J. The decision to breastfeed. The importance of father's approval. *Clin Pediatr (Phila).* 1994;33(4):214–9.
122. Ryan AS, Martinez GA. Breast-feeding and the working mother : a profile. *Pediatrics.* 1989;83(4):524–31.
123. Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P. Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau né : une enquête auprès de 308 femmes. *Arch Pediatr.* 2003;10(1):19–24.
124. Visness CM, Kennedy KI. Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *Am J Public Health.* 1997;87(6):945–50.
125. Noble S, The ALPASC Study Team. Maternal employment and the initiation of breastfeeding. *Acta Paediatrica.* 2001;90(4):423–8.
126. Kimbro RT. On-the-job moms: work and breastfeeding initiation and duration for a sample of low-income women. *Maternal and Child Health Journal.* 2006;10(1):19–26.
127. Roe B, Whittington LA, Fein SB, Teisl MF. Is there competition between breast-feeding and maternal employment? *Demography.* 1999;36(2):157–71.
128. Nolan L, Goel V. Sociodemographic factors related to breastfeeding in Ontario: results from the Ontario Health Survey. *Canadian journal of public health.* 1995;86(5):309–12.
129. Khoury AJ, Moazzem SW, Jarjoura CM, Carothers C, Hinton A. Breast-feeding initiation in low-income women: Role of attitudes, support, and perceived control. *Womens Health Issues.* 2005;15(2):64–72.
130. Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J. Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics.* 2005;116(6):1408–12.
131. Ogbuanu CA, Probst J, Laditka SB, Liu J, Baek J, Glover S. Reasons why women do not initiate breastfeeding: A southeastern state study. *Womens Health Issues.* 2009;19(4):268–78.
132. Haider SJ, Jacknowitz A, Schoeni RF. Welfare work requirements and child well-being: evidence from the effects on breast-feeding. *Demography.* 2003;40(3):479–97.

-
133. Arthur CR, Saenz RB, Replogle WH. The employment-related breastfeeding decisions of physician mothers. *Journal of the Mississippi State Medical Association*. 2003;44(12):383.
 134. Lindberg LD. Women's decisions about breastfeeding and maternal employment. *Journal of Marriage and the Family*. 1996;239–51.
 135. Dalla-Lana C. Les femmes et l'allaitement maternel [Mémoire]. Grenoble; 2000.
 136. Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA. Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr*. 1999;88(12):1320–6.
 137. Scott JA, Binns CW. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev*. 1999;7(1):5–16.
 138. Li R, Ogden C, Ballew C, Gillespie C, Grummer-Strawn L. Prevalence of exclusive breastfeeding among US infants: the Third National Health and Nutrition Examination Survey (Phase II, 1991-1994). *Am J Public Health*. 2002;92(7):1107–10.
 139. Dubois L, Girard M. Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *Can J Public Health*. 2003;94(4):300–5.
 140. Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale 1998. *Arch Pediatr*. 1998;5(12):1316–26.
 141. Gojard S. L'allaitement: une pratique socialement différenciée. *Recherches et prévisions*. 1998;(53):23–34.
 142. Leblay M. Allaitement maternel au CHU de Caen en 2002 : prévalence, durée, aspect pratique et facteurs associés au sevrage [Thèse]. Caen; 2005.
 143. Heinig MJ. The ones that got away: when breastfeeding mothers wean their infants despite our efforts. *J Hum Lact*. 2006;22(4):385–6.
 144. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, Kearney JM. Factors associated with duration of breastfeeding in Ireland: potential areas for improvement. *J Hum Lact*. 2011;27(3):262–71.
 145. Barona-Vilar C, Escribá-Agüir V, Ferrero-Gandía R. A qualitative approach to social support and breast-feeding decisions. *Midwifery*. 2009;25(2):187–94.
 146. Colodro-Conde L, Sánchez-Romera JF, Tornero-Gómez MJ, Pérez-Riquelme F, Polo-Tomás M, Ordoñana JR. Relationship between level of education and breastfeeding duration depends on social context: breastfeeding trends over a 40-year period in Spain. *J Hum Lact*. 2011;27(3):272–8.
 147. Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée : Quels sont les facteurs en jeu ? Dossier Technique 06-41, Unité RESO, Education pour la Santé et Unité SESA, Socio-Economie de la Santé. Université Catholique de Louvain; 2006. Accessible de <http://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos41.pdf>
 148. Blyth RJ, Creedy DK, Dennis C-L, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *J Hum Lact*. 2004;20(1):30–8.

-
149. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. *Scand J Public Health*. 2004;32(3):210–6.
 150. Peters E, Wehkamp K-H, Felberbaum RE, Krüger D, Linder R. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health*. 2006;16(2):162–7.
 151. Ford K, Labbok M. Who is breast-feeding? Implications of associated social and biomedical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *Am. J. Clin. Nutr.* 1990;52(3):451–6.
 152. Piper S, Parks PL. Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey. *Birth*. 1996;23(1):7–12.
 153. Salt MJ, Law CM, Bull AR, Osmond C. Determinants of breastfeeding in Salisbury and Durham. *J Public Health Med*. 1994;16(3):291–5.
 154. Ford RP, Mitchell EA, Scragg R, Stewart AW, Taylor BJ, Allen EM. Factors adversely associated with breast feeding in New Zealand. *J Paediatr Child Health*. 1994;30(6):483–9.
 155. Clements MS, Mitchell EA, Wright SP, Esmail A, Jones DR, Ford RP. Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta Paediatr*. 1997;86(1):51–6.
 156. Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G. The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr*. 1994;83(6):565–71.
 157. Gojard S. L'allaitement, pratiques et discours: Une approche sociologique. *Devenir*. 2000;12(4):35–55.
 158. van Rossem L, Oenema A, Steegers EAP, Moll HA, Jaddoe VWV, Hofman A, et al. Are starting and continuing breastfeeding related to educational background? The generation R study. *Pediatrics*. 2009;123(6):e1017–1027.
 159. Bonet M, L'hélias LF, Blondel B. Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : La situation en France en 2003. *Arch Pediatr*. 2008;15(9):1407–15.
 160. Rollet C, Morel M. *Des bébés et des hommes*. Albin Michel. 2000.
 161. Liu J, Rosenberg KD, Sandoval AP. Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort. *Am J Public Health*. 2006;96(2):309–14.
 162. DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav*. 2005;32(2):208–26.
 163. Blyth R, Creedy DK, Dennis C-L, Moyle W, Pratt J, De Vries SM. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory. *Birth*. 2002;29(4):278–84.
 164. Henderson JJ, Evans SF, Straton JAY, Priest SR, Hagan R. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth*. 2003;30(3):175–80.
 165. Tarrant RC, Kearney JM. Session 1: Public health nutrition. Breast-feeding practices in Ireland. *Proc Nutr Soc*. 2008;67(4):371–80.

-
166. Giovannini M, Riva E, Banderali G, Scaglioni S, Veehof SHE, Sala M, et al. Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr.* 2004;93(4):492–7.
 167. Lande B, Andersen LF, Baerug A, Trygg KU, Lund-Larsen K, Veierød MB, et al. Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr.* 2003;92(2):152–61.
 168. Balland C. Maternité « Amie des bébés » ou plaidoyer pour les bébés en bonne santé. Les dossiers de l'obstétrique. N°331. p4-9; 2004.
 169. Li R, Darling N, Maurice E, Barker L, Grummer-Strawn LM. Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics.* 2005;115(1):e31–37.
 170. Stewart-Knox B, Gardiner K, Wright M. What is the problem with breast-feeding? A qualitative analysis of infant feeding perceptions. *J Hum Nutr Diet.* 2003;16(4):265–73.
 171. Grjibovski AM, Yngve A, Bygren LO, Sjöström M. Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta Paediatr.* 2005;94(5):588–94.
 172. Tarrant RC, Younger KM, Sheridan-Pereira M, White MJ, Kearney JM. The prevalence and determinants of breast-feeding initiation and duration in a sample of women in Ireland. *Public Health Nutr.* 2010;13(6):760–70.
 173. Ingram J, Johnson D, Greenwood R. Breastfeeding in Bristol: teaching good positioning, and support from fathers and families. *Midwifery.* 2002;18(2):87–101.
 174. Angeletti MA. Breastfeeding mothers returning to work: possibilities for information, anticipatory guidance and support from US health care professionals. *J Hum Lact.* 2009;25(2):226–32.
 175. Lequien P, Laviolle G. Comment élaborer une politique de promotion de l'allaitement ? Journées de la société Française de médecine périnatale.; 1998 p. 219–28.
 176. Turck D. La situation de l'allaitement maternel en France : les raisons d'espérer et le chemin qu'il reste à parcourir. Les dossiers de l'obstétrique. N°300; 33-45. 2001.
 177. Rivière F. Connaissances et pratiques des jeunes médecins généralistes dans l'accompagnement à l'allaitement maternel [Thèse]. Nantes; 2002.
 178. Marchand Lucas L. Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement [Thèse]. Saint Antoine Paris; 1998.
 179. Favier-Steeger L. Pourquoi les femmes arrêtent-elles l'allaitement maternel en France?: Etude rétrospective à petite échelle sur les causes de sevrage de l'allaitement maternel [Mémoire]. Lyon; 2004.
 180. Taylor JS, Risica PM, Cabral HJ. Why primiparous mothers do not breastfeed in the United States: a national survey. *Acta Paediatr.* 2003;92(11):1308–13.
 181. Rojjanasrirat W. Working women's breastfeeding experiences. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2004;29(4):222–227; quiz 228–229.

182. De Flamesnil F, Kohler J, Barot D, Berger F. Étude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme. *Journal de pediatrie et de puericulture*. 1997;10(1):60–2.
183. Triaa I. Les déterminants du choix du mode d'allaitement : étude prospective auprès de 111 femmes à la maternité de Max Fourestier de Nanterre [Thèse]. 2009.
184. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix L'hélias L. Facteurs liés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à six mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère. *Arch Pediatr*. 2008;15(7):1167–73.
185. Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM. Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year. *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2:S69–76.
186. Favier-Steeger L. Les Causes de sevrage d'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie de l'enfant : étude rétrospective auprès de 104 mères allaitantes [Thèse]. Lyon; 2006.
187. Walburg V, Conquet M, Callahan S, Chabrol H, Schölmerich A. Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 2007;20(3-4):114–7.
188. Ong G, Yap M, Li FL, Choo TB. Impact of working status on breastfeeding in Singapore: evidence from the National Breastfeeding Survey 2001. *Eur J Public Health*. 2005;15(4):424–30.
189. University of Paisley. Support for Breastfeeding at Work. Guidance note. Health and Safety Services, Scotland; 2004.
190. Escribà V, Colomer C, Mas R, Grifol R. Working conditions and the decision to breastfeed in Spain. *Health Promotion International*. 1994;9(4):251–7.
191. OMS. Allaitement et activité professionnelle. Faits et chiffres. L'allaitement maternel n°9. 2009 [Consulte le 25 mai 2012]; Accessible de <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/index8.html>
192. Fadda G. Allaitement maternel et travail : Enquête sur le vécu et les représentations de 29 mères actives [Thèse]. Faculté de médecine Pitié Salpêtrière; 2004 [Consulte le 1 mai 2012]. Accessible de http://gaelle.fadda.free.fr/These_Allaitement_et_Travail_Gaelle_FADDA.pdf
193. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*. 2006;117(4):e646–655.
194. Yilmaz G, Gürakan B, Akgün S, Ozbek N. Factors influencing breastfeeding for working mothers. *Turk. J. Pediatr*. 2002;44(1):30–4.
195. Katcher AL, Lanese MG. Breast-feeding by employed mothers: a reasonable accommodation in the work place. *Pediatrics*. 1985;75(4):644–7.
196. Auerbach KG, Guss E. Maternal employment and breastfeeding. A study of 567 women's experiences. *Am. J. Dis. Child*. 1984;138(10):958–60.
197. Fein SB, Mandal B, Roe BE. Success of strategies for combining employment and breastfeeding. *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2:S56–62.

-
198. Wambach KA, Rojjanasrirat W, Riordan J. Maternal employment and breastfeeding. 2005;487–508.
 199. Auerbach KG. Sequential and simultaneous breast pumping: a comparison. *Int J Nurs Stud*. 1990;27(3):257–65.
 200. Jones E, Dimmock PW, Spencer SA. A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery. *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed*. 2001;85(2):F91–95.
 201. Biagioli F. Returning to work while breastfeeding. *Am Fam Physician*. 2003;68(11):2201–8.
 202. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr*. 2007;10(9):891–6.
 203. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics*. 2011;127(6):e1414–1427.
 204. Sargiacomo N. L’impact de la reprise du travail sur un allaitement en cours: Etude réalisée à la maternité de Mont de Marsan [DU de Lactation Humaine et Allaitement Maternel]. Lyon; 2004.
 205. Martin C. Allaitement maternel et reprise du travail : le point de vue des femmes [Mémoire pour le diplôme d’Etat de Sage-femme]. Paris Descartes; 2010 [Consulte le 3 mai 2012]. Accessible de http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/56/49/69/PDF/memoire_esfbaudelocque_martin.pdf
 206. Monin Graftiaux I. L’allaitement maternel: facteurs prédictifs, motivations du choix et durée à partir d’une enquête en maternité [Thèse]. Université Claude Bernard Lyon; 1999.
 207. Escribá Agüir V, Más Pons R, Colomer Revuelta C. [The duration of breast feeding and work activity]. *An. Esp. Pediatr*. 1996;44(5):437–41.
 208. Chuang C-H, Chang P-J, Chen Y-C, Hsieh W-S, Hurng B-S, Lin S-J, et al. Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study. *Int J Nurs Stud*. 2010;47(4):461–74.
 209. Cabon-Asencio N. Le Retour au travail de la mère allaitante : enquête auprès des médecins généralistes du Rhône [Thèse]. Université Claude Berdard Lyon; 2005.
 210. O’Gara C, Canahuati J, Martin AM. Every mother is a working mother: breastfeeding and women’s work. *Int J Gynaecol Obstet*. 1994;47 Suppl:S33–38; discussion S38–39.
 211. Galtry J. The impact on breastfeeding of labour market policy and practice in Ireland, Sweden, and the USA. *Soc Sci Med*. 2003;57(1):167–77.
 212. Duckett L. Maternal employment and breastfeeding. *NAACOGS Clin Issu Perinat Womens Health Nurs*. 1992;3(4):701–12.
 213. Yocca C. Workplace support for lactating mothers : a study of the benefits provided by employers in the Hudson Wisconsin area [The research paper]. The Graduate College University of Wisconsin, Stout, USA; 2000 [Consulte le 3 mai 2012]. Accessible de <http://www2.uwstout.edu/content/lib/thesis/2000/2000yoccac.pdf>

-
214. Rea MF, Venâncio SI, Batista LE, Greiner T. Determinants of the breastfeeding pattern among working women in São Paulo. *J Hum Lact.* 1999;15(3):233–9.
215. Balkam JAJ, Cadwell K, Fein SB. Effect of components of a workplace lactation program on breastfeeding duration among employees of a public-sector employer. *Matern Child Health J.* 2011;15(5):677–83.
216. Slusser WM, Lange L, Dickson V, Hawkes C, Cohen R. Breast milk expression in the workplace: a look at frequency and time. *J Hum Lact.* 2004;20(2):164–9.
217. Zinn B. Supporting the employed breastfeeding mother. *J Midwifery Womens Health.* 2000;45(3):216–26.
218. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs.* 2004;30(2):111–9.
219. Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breast-feeding by employed mothers. *Am J Health Promot.* 1994;8(6):436–41.
220. Valdés V, Pugin E, Schooley J, Catalán S, Aravena R. Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women. *J. Trop. Pediatr.* 2000;46(3):149–54.
221. Comas I. Allaitement et Travail, Enquête à Hewlett Packard. 2009 [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de http://www.info-allaitement.org/uploads/Comas_Allaitement_travail_HP.pdf
222. Belomo de Souza C. Droit d’allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratiqué. La santé de l’homme n°408 INPES; 2010 [Consulte le 26 avril 2012]. Accessible de http://sante-etudiant.univ-pau.fr/live/digitalAssets/98/98085_sante-homme-408.pdf
223. Australian Breastfeeding Association. [Consulte le 2 juin 2012]. Accessible de <http://www.breastfeedingfriendly.com.au/>
224. Groupe de Travail Femmes et Travail, WABA. Comment devenir un lieu de travail ami des employes. Alliance mondiale pour l’allaitement maternel. 1995 [Consulte le 1 mai 2012]. Accessible de <http://www.worldallianceforbreastfeedingaction.org/whatwedo/womenandwork/pfw2.htm>
225. Goodwin R. Mother-Friendly Workplace Strategies & Solutions, A Workplace Policy Assessment Tool for Hospital Leaders. South Carolina Hospital Association. 2008 [Consulte le 26 mai 2012]. Accessible de http://rozalynngoodwin.com/home/images/stories/Mother-Friendly_Workplace_Assessment_Tool.pdf
226. Whaley SE, Meehan K, Lange L, Slusser W, Jenks E. Predictors of breastfeeding duration for employees of the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). *J Am Diet Assoc.* 2002;102(9):1290–3.
227. Whaley SE, Meehan K, Lange L, Slusser W, Jenks E. Predictors of breastfeeding duration for employees of the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). *J Am Diet Assoc.* 2002;102(9):1290–3.
228. Dodgson JE, Duckett L. Breastfeeding in the workplace. Building a support program for nursing mothers. *AAOHN J.* 1997;45(6):290–8.

-
229. Bar-Yam NB. Workplace lactation support, Part II: Working with the workplace. *J Hum Lact.* 1998;14(4):321–5.
230. Dodgson JE, Chee Y-O, Yap TS. Workplace breastfeeding support for hospital employees. *J Adv Nurs.* 2004;47(1):91–100.
231. Jacknowitz A. The role of workplace characteristics in breastfeeding practices. *Women Health.* 2008;47(2):87–111.
232. Stevens KV, Janke J. Breastfeeding experiences of active duty military women. *Mil Med.* 2003;168(5):380–4.
233. Thompson PE, Bell P. Breast-feeding in the workplace: how to succeed. *Issues Compr Pediatr Nurs.* 1997;20(1):1–9.
234. Witters-Green R. Increasing breastfeeding rates in working mothers. *Families, Systems & Health*, 415-34. 2003 [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de http://findarticles.com/p/articles/mi_go2821/is_4_21/ai_n32025429/?tag=content;col1
235. SHRM. Examining Employee Benefits in a Fiscally Challenging Economy, 1-84, Alexandria. SHRM; 2009 [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de http://www.shrm.org/research/surveyfindings/articles/documents/09-0295_employee_benefits_survey_report_spread_fnl.pdf
236. Libbus MK, Bullock LFC. Breastfeeding and employment: an assessment of employer attitudes. *J Hum Lact.* 2002;18(3):247–51.
237. Bridges CB, Frank DI, Curtin J. Employer attitudes toward breastfeeding in the workplace. *J Hum Lact.* 1997;13(3):215–9.
238. Delbru B. Attitude des employeurs rhône-alpins vis-à-vis des salariées allaitantes [Thèse]. Grenoble; 2006.
239. Mouty S. Les employeurs face à l'allaitement maternel [Mémoire pour le diplôme d'Etat de Sage-femme]. Grenoble; 2005.
240. Newcomb PA, Trentham-Dietz A. Breast feeding practices in relation to endometrial cancer risk, USA. *Cancer Causes Control.* 2000;11(7):663–7.
241. Brown CA, Poag S, Kasprzycki C. Exploring large employers' and small employers' knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace. *J Hum Lact.* 2001;17(1):39–46.
242. Kosmala-Anderson J, Wallace LM. Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England. *J Public Health (Oxf).* 2006;28(3):183–91.
243. Dufour A. Information en matière d'allaitement et travail. Sage-Femme consultante en lactation; 2008 [Consulte le 25 mai 2012]. Accessible de <http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/Microsoft%20PowerPoint%20-%20duffour.pdf>
244. Bellin V. Allaitement maternel chez les femmes actives : résultats d'un essai contrôlé randomisé ouvert comparant un programme d'éducation à un support conventionnel. [Thèse]. Grenoble; 2002.

-
245. Labarère J, Gelbert-Baudino N, Laborde L, Arragain D, Schelstraete C, François P. CD-ROM-based program for breastfeeding mothers. *Matern Child Nutr.* 2011;7(3):263–72.
246. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet.* 1999;353(9160):1226–31.
247. Dennis C-L, Hodnett E, Gallop R, Chalmers B. The effect of peer support on breast-feeding duration among primiparous women: a randomized controlled trial. *CMAJ.* 2002;166(1):21–8.
248. Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: a systematic review. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2003;17(4):407–17.
249. Leung GM, Ho L-M, Lam T-H. Breastfeeding rates in Hong Kong: a comparison of the 1987 and 1997 birth cohorts. *Birth.* 2002;29(3):162–8.
250. Wu C-H, Kuo S-C, Lin H-R. Breastfeeding experiences of Taiwan nurses on rotational shifts. *J Nurs Res.* 2008;16(4):297–306.
251. Bland RM, Rollins NC, Solarsh G, Van den Broeck J, Coovadia HM. Maternal recall of exclusive breast feeding duration. *Arch. Dis. Child.* 2003;88(9):778–83.
252. Launer LJ, Forman MR, Hundt GL, Sarov B, Chang D, Berendes HW, et al. Maternal recall of infant feeding events is accurate. *J Epidemiol Community Health.* 1992;46(3):203–6.
253. Cardron I. Entre allaitement maternel et activité professionnelle : comment se définit le choix d'allaiter ou non ? Les effets de la socialisation [Mémoire de Sciences Techniques « Intervention Sociale et Développement Local »]. Caen; 2004.
254. Inpes. Le guide de l'allaitement maternel. Inpes; 2009 [Consulte le 1 mai 2012]. Accessible de http://www.inpes.sante.fr/30000/pdf/0910_allaitement/Guide_allaitement_web.pdf
255. Département du Gard C. Livret d'allaitement 2ème édition du réseau périnatalité d'Alès. 2010 [Consulte le 1 mai 2012]. Accessible de http://www.perinat-france.org/upload/grand-public/bebe/documents/livret_gard_allaitement_2010.pdf
256. Département de l'Ille et Vilaine. L'allaitement au fil du temps du réseau périnatal d'Ille et Vilaine. 2010 [Consulte le 2 mai 2012]. Accessible de <http://fr.calameo.com/read/0005290090bebb5eb1724>
257. IPA. Allaiter et Travailler. IPA; 2004 [Consulte le 2 mai 2012]. Accessible de http://www.info-allaitement.org/uploads/D%C3%A9pliant%20IPA%20en%20PDF/ipa_allaiter_travailler.pdf
258. Brochure éditée par la direction des Familles et de la Petite Enfance de la Mairie de Paris. Allaitement maternel à la crèche. 2006 [Consulte le 29 avril 2012]. Accessible de <http://www.paris.fr/portail/viewmultimediasdocument?multimediasdocument-id=23930>
259. Éditée par le Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de Loire. Allaitement et reprise du travail. 2008 [Consulte le 2 mai 2012]. Accessible de <http://www.reseau-naissance.com/joomla/images/reprise%20du%20travail.pdf>

-
260. Guide édité par un collectif de crèches et le réseau NOVANAT, Département Vaucluse. Guide référentiel des recommandations pour la poursuite de l'allaitement maternel dans les structures d'accueil de la petite enfance. 2009 [Consulte le 29 avril 2012]. Accessible de http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/PACA/Marseille/reseau_novanat/novanat_guide_alaitement_creche.pdf
261. Conseil Général des Hauts de Seine. Conseils aux mères qui désirent poursuivre l'allaitement de leur enfant accueilli en crèche ou chez un assistant maternel. 2009 [Consulte le 29 avril 2012]. Accessible de <http://www.hauts-de-seine.net/Ressources/pdf/solidarite/mereallaitement.pdf>
262. Daubié J. Site de l'association Milky Day : Travail en voie Lactée 4 courts métrages. 2009 [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de <http://www.milkyday.fr/>
263. Départemental Allaitement Maternel du Loir-et-Cher. L'allaitement dans la durée, à la reprise du travail. 2011 [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de <http://www.lactissima.com/a-tire-d-ails/wp-content/uploads/Mutualit%C3%A9-fran%C3%A7aise.pdf>
264. Prieur R. Travail et allaitement. Livret pratique pour concilier vie professionnelle et allaitement. 2011 [Consulte le 30 avril 2012]. Accessible de <http://www.calameo.com/read/000041956e240bea23da5>

TABLE DES ANNEXES

<i>Annexe 1 : Les dix conditions IHAB Initiative Hôpital Ami des Bébé</i>	I
<i>Annexe 2 : Liste des hôpitaux en France labellisés IHAB (2011)</i>	II
<i>Annexe 3 : Tableau 54 de l'Enquête Nationale Périnatale 2010 : Comparaisons régionales : allaitement au sein total ou partiel</i>	III
<i>Annexe 4 : Evolution des taux allaitement de chaque Direction Territoriale (DT) des départements du Nord et du Pas de Calais</i>	IV
<i>Annexe 5 : Taux d'emploi des femmes selon le secteur d'activité en 2010</i>	V
<i>Annexe 6 : Temps partiel et durée du travail hebdomadaire dans l'Union européenne en 2010</i>	VI
<i>Annexe 7 : Extrait de l'ouvrage de Mme Martine Herzog-Evans « Allaitement maternel et droit. La justice au quotidien». (114)</i>	VII
<i>Annexe 8 : Quelques exemples d'extraits de conventions collectives relatives à l'allaitement maternel au travail.</i>	VIII
<i>Annexe 9 : Brochure « Lactissima » : Programme proposé aux entreprises et aux services de médecine du travail pour soutenir les femmes actives allaitantes.</i>	X
<i>Annexe 10 : Quelques exemples de brochures récentes de soutien et d'information sur l'allaitement maternel</i>	XI
<i>Annexe 11 : Liste des hôpitaux de la Région Nord Pas de Calais</i>	XVI
<i>Annexe 12 : Lettre envoyée aux directeurs d'établissements afin d'obtenir leurs accords pour le lancement de notre étude.</i>	XVII
<i>Annexe 13 : Questionnaires destinés aux salariées</i>	XVIII
<i>Annexe 14 : Lettre destinée aux cadres de service</i>	XXV
<i>Annexe 15 : Photos des deux locaux d'allaitement au sein du CH Tourcoing (Nord-Pas-de-Calais)</i>	XXVI

ANNEXES

Annexe 1 : Les dix conditions IHAB Initiative Hôpital Ami des Bébé

Les dix conditions (ou objectifs) pour le succès de l'allaitement maternel (critères de 2008)

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique (*Informé de manière spécifique les femmes enceintes présentant une menace d'accouchement prématuré*)
4. Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin (*Il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet. Ceci inclut la majorité des enfants, y compris ceux qui sont nés dans un contexte de prématurité modérée, c'est-à-dire nés entre 34 et 37 Semaines d'Aménorrhée*)
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson (*Indiquer aux mères comment mettre en route et entretenir la lactation, alors que leur bébé ne peut pas téter et/ou qu'elles se trouvent séparées de lui*)
6. Ne donner aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicalement justifiée (*Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire*)
7. Laisser le bébé avec sa mère 24 heures par jour (*Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin pour les bébés malades ou prématurés*)
8. Encourager l'allaitement au sein « à la demande » de l'enfant. *Pour l'enfant prématuré et/ou malade: observation de son comportement ; pas de limitation liée au poids ou à l'âge gestationnel pour débiter les tétés au sein ; réflexion sur les stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome (si possible exclusivement au sein ± lait maternel donné autrement)*
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette sauf circonstances particulières documentées (*succion non nutritive en néonatalogie*)
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel (et autres) et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement

Annexe 2 : Liste des hôpitaux en France labellisés IHAB (2011)

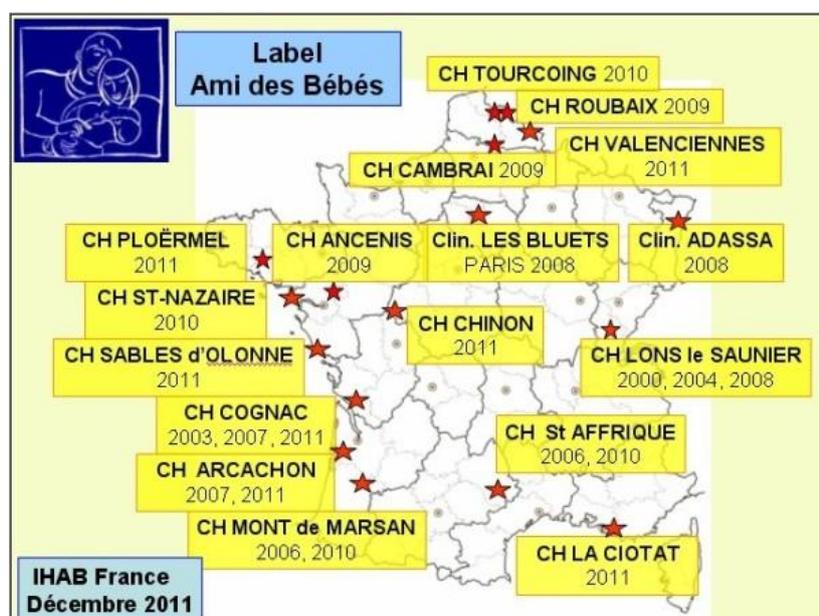
En France, les 17 maternités ayant obtenu le label « Amis des bébés » se décomposent ainsi :

- La maternité du CH Lons le Saunier, Jura (2000, revalidée en 2004 puis 2008)
- La maternité du CH de Cognac, Charente (2003, revalidée en 2007)
- Hôpital de Saint-Affrique, Sud Aveyron (2006)
- La maternité de Mont de Marsan, Landes (2006)
- La maternité du CH d'Arcachon, Gironde (2007)
- La maternité des Bleuets à Paris 12^e (2008)
- La maternité de la Clinique Adassa à Strasbourg, Alsace (2008)
- Le Pôle Mère Enfant du CH de Roubaix, Nord (2009)
- La maternité du CH de Cambrai, Nord (2009)
- La maternité du CH d'Ancenis, Loire-Atlantique (2009)
- La maternité du CH de Saint-Nazaire, Loire-Atlantique (2010)
- Le Pôle Mère Enfant du CH Dron de Tourcoing, Nord (2010)
- Le Pôle Mère-Enfant du CH de Valenciennes, Nord (2011)
- La Maternité du CH du Chinonais à St Benoit la Forêt, Inde-et-Loire (2011)
- La Maternité du CH de la Ciotat, Bouche-du-Rhône (2011)
- La Maternité du Morbihan du Pays de Ploërmel, Morbihan (2011)
- La Maternité du CH de la Côte de Lumière aux Sables d'Olonne, Vendée (2011)

Notons que la Clinique St Jean de Roubaix, dans le Nord (labélisée en 2002 revalidée en 2006), est une maternité qui s'est regroupée en juillet 2007 avec la maternité de Tourcoing, remettant ainsi en jeu son label.

Début 2012, 19 services ont déclaré être dans la démarche IHAB, dont des équipes de CHU (ex : Le CHRU de LILLE)

Par ailleurs, quatre Régions ont exprimé le désir d'évoluer vers une Région « Amie des Bébé », avec une implication des réseaux de périnatalogie.



Annexe 3 : Tableau 54 de l'Enquête Nationale Périnatale 2010 : Comparaisons régionales : allaitement au sein total ou partiel

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf

Tableau 54. Comparaisons régionales⁽¹⁾ : allaitement au sein total ou partiel
(*échantillon des enfants vivants non transférés*)
Regional comparison : breastfeeding initiation

	Effectifs	%	IC à 95%	p ⁽²⁾
Métropole	14 176	68,7	67,9 – 69,4	
Régions				
Région parisienne	3 348	78,3	76,9 – 79,7	<0,001
Paris	782	78,3	75,2 – 81,1	<0,001
Petite-Couronne	1 303	80,4	78,2 – 82,6	<0,001
Grande-Couronne	1 263	76,2	73,7 – 78,5	<0,001
Bassin parisien	2 230	61,1	59,0 – 63,1	<0,001
Ouest ⁽³⁾	1 242	62,5	59,7 – 65,2	<0,001
Est ⁽⁴⁾	988	59,3	56,2 – 62,4	<0,001
Nord	1 068	58,7	55,7 – 61,7	<0,001
Ouest	1 791	58,8	56,5 – 61,1	<0,001
Est	1 126	70,1	67,3 – 72,7	NS
Sud-Ouest	1 283	67,0	64,3 – 69,5	NS
Centre-Est	1 744	74,5	72,4 – 76,6	<0,001
Méditerranée	1 586	70,7	68,4 – 72,9	NS
Guadeloupe, Guyane, Réunion	481	83,8	80,2 – 87,0	<0,001

(1) Bassin parisien : Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Basse et Haute Normandie, Picardie ; Nord : Nord Pas-de-Calais ; Est : Alsace, Franche-Comté, Lorraine ; Ouest : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; Sud-Ouest : Aquitaine, Limousin, Midi-Pyrénées ; Centre-Est : Auvergne, Rhône-Alpes ; Méditerranée : Languedoc-Roussillon, Provence-Alpes-Côtes d'Azur, Corse.

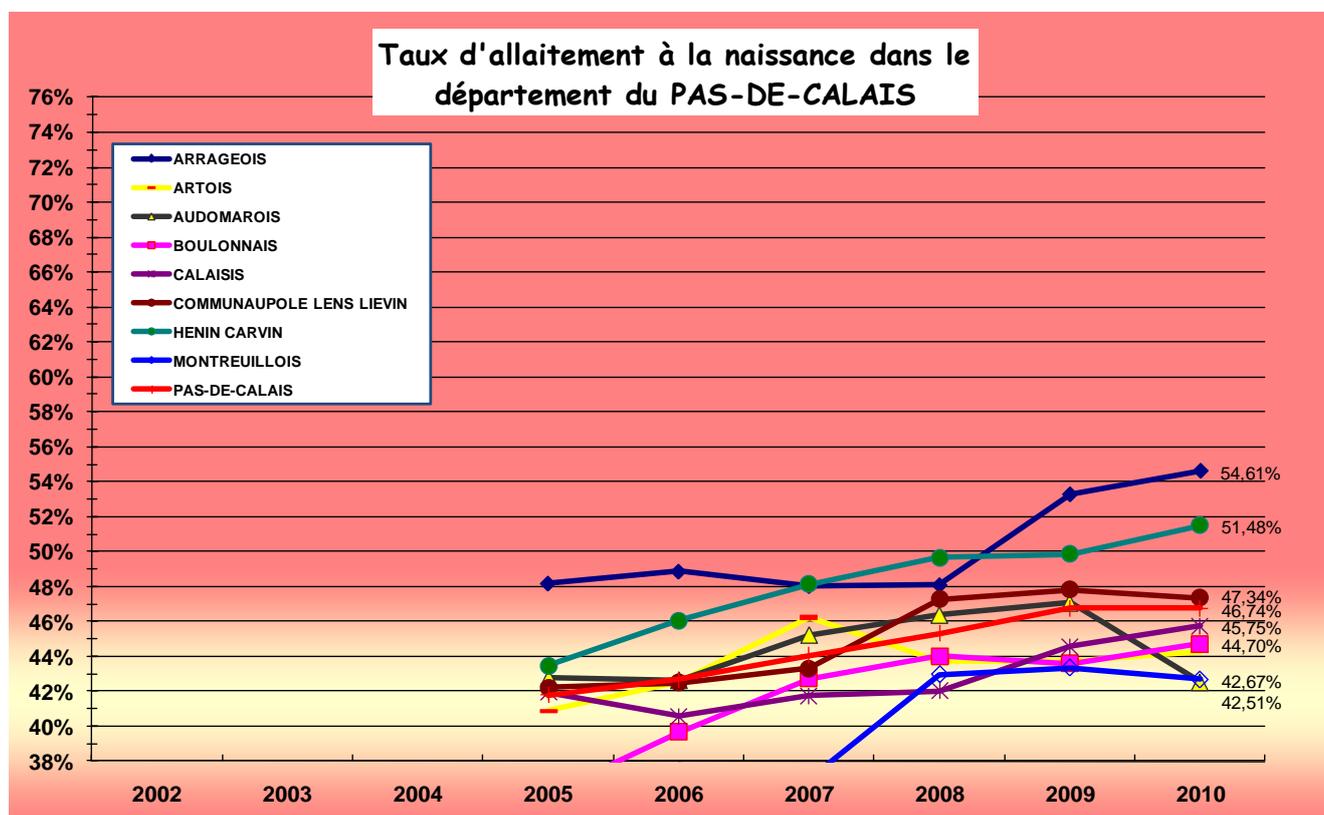
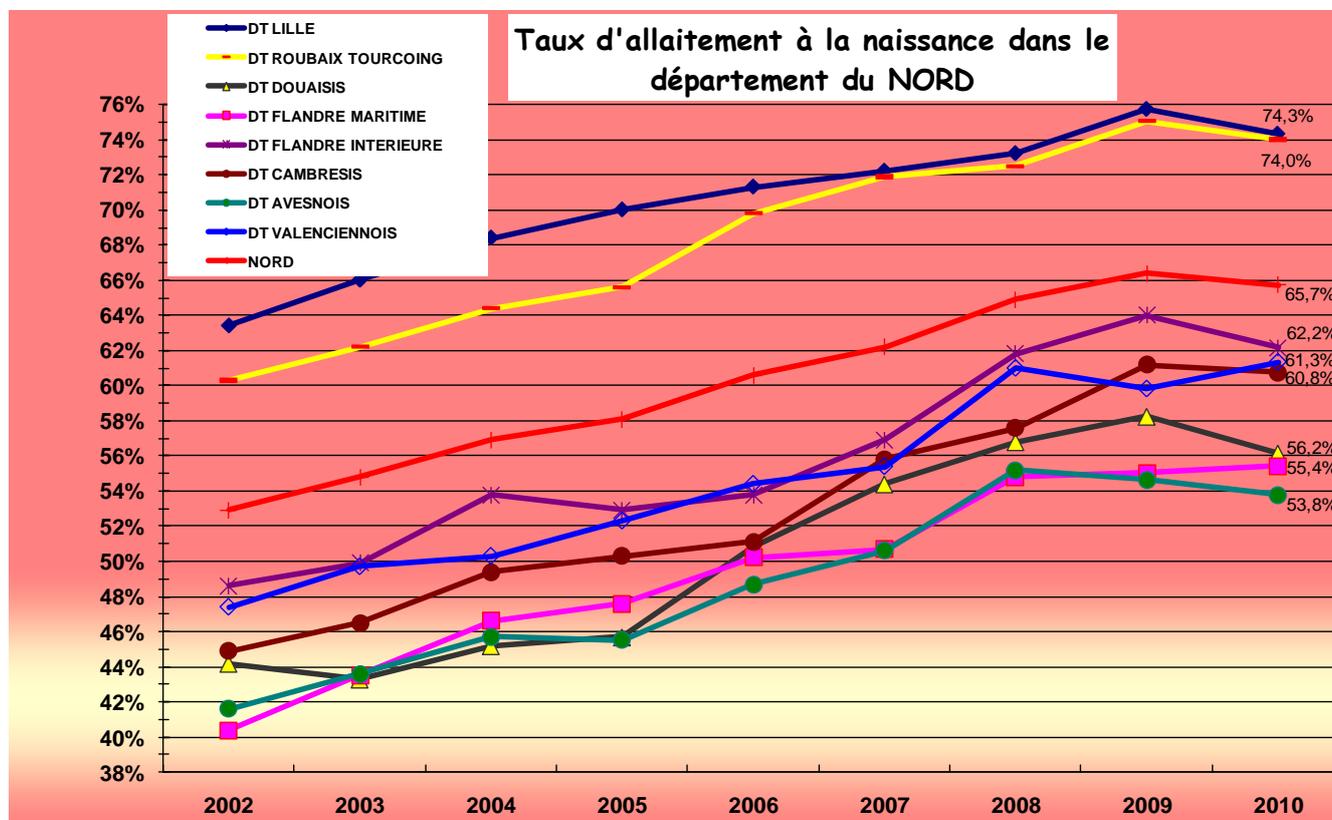
(2) test binomial comparant chaque région à la métropole

(3) Centre, Basse et Haute-Normandie

(4) Bourgogne, Champagne-Ardenne, Picardie

Annexe 4 : Evolution des taux allaitement de chaque Direction Territoriale (DT) des départements du Nord et du Pas de Calais

Source DREES, exploitation des CS8, Certificats de santé du 8^{ème} jour.



Annexe 5 : Taux d'emploi des femmes selon le secteur d'activité en 2010

Secteur d'activité ¹	Femmes
Agriculture, sylviculture et pêche	1,8
Industrie	8,1
Industries extractives, énergie, eau, gestion des déchets et dépollution	0,7
Fabrication de denrées alimentaires, de boissons et de produits à base de tabac	1,9
Cokéfaction et raffinage	0,0
Fabrication d'équipements électriques, électroniques, informatiques ; fabrication de machines.	1,1
Fabrication de matériels de transport	0,6
Fabrication d'autres produits industriels	3,8
Construction	1,5
Tertiaire	88,1
Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	12,70
Transports et entreposage	3,00
Hébergement et restauration	3,80
Information et communication	1,90
Activités financières et d'assurance	3,90
Activités immobilières	1,40
Activités scientifiques et techniques ; services administratifs et de soutien	9,40
Administration publique, enseignement, santé humaine et action sociale	42,40
Autres activités de services	9,50
Activité indéterminée	0,50
Total	100,0
Effectif (en milliers)	12 194

Lecture : en moyenne en 2010, 1,8 % des femmes ayant un emploi travaillent dans le secteur de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche. Dans ce secteur, 29,3 % des emplois sont occupés par des femmes.

¹ : La nomenclature d'activités française révision 2 (NAF rév. 2, 2008) s'est substituée depuis le 1er janvier 2008 à la NAF rév. 1 datant de 2003.

Champ : France métropolitaine, population des ménages, personnes en emploi de 15 ans ou plus (âge courant).

Annexe 6 : Temps partiel et durée du travail hebdomadaire dans l'Union européenne en 2010

	2010				
	Travailleurs à temps partiel en % de l'emploi total			Durée (1)	
	Ensemble (en %)	Hommes (en %)	Femmes (en %)	Salariés (en heures)	Non salariés (en heures)
Allemagne	26,2	9,7	45,5	40,6	50,8
Autriche	25,2	9,0	43,8	42,0	54,1
Belgique	24,0	9,0	42,3	39,2	55,9
Bulgarie	2,4	2,2	2,6	41,2	45,1
Chypre	9,3	6,5	12,7	41,1	48,6
Danemark	26,5	15,2	39,0	37,7	47,9
Espagne	13,3	5,4	23,2	40,4	48,5
Estonie	11,0	7,1	14,5	40,7	43,8
Finlande	14,6	10,0	19,6	39,1	48,3
France	17,8	6,7	30,1	39,4	53,4
Grèce	6,4	3,7	10,4	40,5	49,7
Hongrie	5,8	3,9	8,0	40,5	42,6
Irlande	22,4	11,8	34,7	38,4	47,9
Italie	15,0	5,5	29,0	39,0	45,5
Lettonie	9,7	7,8	11,4	40,4	42,6
Lituanie	8,1	6,7	9,3	39,6	40,9
Luxembourg	17,9	4,0	36,0	40,0	50,2
Malte	12,5	6,0	25,0	40,5	46,9
Pays-Bas	48,9	25,4	76,5	38,9	50,5
Pologne	8,3	5,7	11,5	40,9	47,3
Portugal	11,6	8,2	15,5	40,2	46,8
République tchèque	5,9	2,9	9,9	41,2	48,6
Roumanie	11,0	10,6	11,4	41,1	40,0
Royaume-Uni	26,9	12,6	43,3	42,2	46,6
Slovaquie	3,9	2,8	5,4	40,6	45,6
Slovénie	11,4	8,6	14,7	41,1	46,9
Suède	26,4	14,0	40,4	39,9	48,8
Union européenne à 27	19,2	8,7	31,9	40,4	48,0
(1) : personnes travaillant à temps complet.					
Source : Eurostat.					

Annexe 7 : Extrait de l'ouvrage de Mme Martine Herzog-Evans « Allaitement maternel et droit. La justice au quotidien». (114)

« Les fonctionnaires

L'application de l'heure d'allaitement prévue à l'article L 224-2 du code du travail est souvent refusée aux fonctionnaires par leur hiérarchie ou la direction des ressources humaines. Ceux-ci s'appuient à notre sens sur un support textuel inadéquat, en sorte qu'elles pourraient bien revendiquer le bénéfice de l'heure d'allaitement.

Celles-ci se voient le plus souvent opposer une circulaire du 9 août 1995 (FP/4 n° 1864) relative au congé de maternité ou d'adoption et aux autorisations d'absence liées à la naissance pour les fonctionnaires et agents de l'Etat (NOR : FPPA9530027C).

Une lecture attentive montre toutefois qu'elle ne traite nullement des pauses d'allaitement. Elle renvoie en effet aux dispositions d'une instruction plus ancienne du 23 mars 1950 (*J.O.* des 26 mars, 7 et 29 avril 1950), laquelle retient, à son tour, qu'il « *n'est pas possible, en l'absence de dispositions particulières, d'accorder d'autorisations spéciales aux mères allaitant leurs enfants, tant en raison de la durée de la période d'allaitement que de la fréquence des absences nécessaires* ». L'instruction recommande cependant aux administrations, qui le peuvent matériellement, de permettre aux mères d'allaiter leur enfant, voire de bénéficier d'autorisations d'absence.

Il convient donc de relever que l'instruction de 1950 évoque, d'une part, l'absence de la mère pour cause d'allaitement et, d'autre part, se fonde sur l'absence de disposition particulière.

Sur le premier point : l'instruction de 1950 ne traite en réalité tout simplement pas de la même chose que le code du travail. Elle se réfère à l'autorisation d'absence de la mère, tandis que le code du travail évoque une pause d'allaitement prise sur le lieu du travail. En fait, l'instruction de 1950 n'interdit pas l'heure d'allaitement, mais l'absence pour allaitement.

Quant au second point, soit l'absence de disposition particulière, il ne tient pas plus. Les textes de 1950 et de 1995 ne sauraient en tenir lieu, puisqu'ils traitent d'un autre sujet, comme il vient d'être dit. Au demeurant, ils ne constituent pas des normes, contrairement aux arrêtés, décrets ou lois. En outre et surtout, en l'absence de règles particulières concernant les fonctionnaires, le principe retenu par le Conseil d'Etat, juridiction suprême en droit public, est que les règles du code du travail s'appliquent (C.E., 8 juin 1973, *Ass., Dame Peynet*, *Recueil. Lebon.*, 406 ; *A.J.D.A* 1973.587, *JCP* 1975.II.17957). En conséquence, l'absence de texte interdisant spécialement les pauses d'allaitement et le vide juridique à ce sujet conduit à rendre obligatoire, pour les fonctionnaires, les pauses d'allaitement. Ce raisonnement, que nous avons proposé antérieurement dans un article publié en 2001 (M. Herzog-Evans, « Aspects juridiques de l'allaitement maternel », *R. t. d. san. et soc.*, 2001, p. 223), a pu être appliqué avec succès à plusieurs reprises dans le contexte hospitalier. Les fonctionnaires de ce secteur ont ainsi pu bénéficier de pauses pour allaiter leur enfant ou tirer leur lait. »

Annexe 8 : Quelques exemples d'extraits de conventions collectives relatives à l'allaitement maternel au travail.

Les pauses d'allaitement

Dans le silence des textes, il faut admettre que cette pause spécifique n'est pas rémunérée.

Toutefois, certaines conventions collectives améliorent le sort de la mère allaitante en prévoyant la rémunération de cette pause, en général sur la base du salaire habituel, comme dans les conventions suivantes :

-Industries du pétrole: art. 514,-Fabriques d'articles de papeterie: art. 57,-Caoutchouc: art. 24 , Mais pour que cette pause soit payée, il faut «confier les enfants à la pouponnière de l'entreprise» !-Fabrication et commerce de la pharmacie: art. 27, -Blanchisserie, laverie: art. 39 , S'il existe une chambre d'allaitement, la pause est payée à condition que la mère ne quitte pas l'entreprise-Fabrication mécanique du verre: art. 43, -Industries de l'habillement: art. 34, S'il existe une chambre d'allaitement, la pause est payée à condition que la mère ne quitte pas l'entreprise.

D'autres conventions prévoient le paiement de ces heures non plus au salaire réellement perçu, mais sur la base de la rémunération minimale garantie du poste occupé par l'intéressée :

-Industrie textile: art. 68, Temps payé au vu d'un certificat médical renouvelable mensuellement. Les autres avenants catégoriels de cette convention ne prévoient rien sur la rémunération des temps d'allaitement.-Industries chimiques: art. 14, Paiement du salaire de base + ancienneté, à l'exclusion de tous autres éléments de salaire-Camping: art. 32,- Rouissage -teillage du lin: art. 48

Une seule convention à notre connaissance prévoit un temps d'allaitement supérieur à la loi :la convention nationale du commerce de l'électronique: art.31, avec une absence autorisée d'une heure le matin et une heure l'après-midi jusqu'aux 6 mois de l'enfant(au-delà, application du droit commun). Mais cette pause pour l'allaitement n'est pas payée.

Toutes ces dispositions peuvent être améliorées par accord d'entreprise

Le congé allaitement

De plus, certaines conventions collectives prévoient au bénéfice des mères allaitantes la possibilité de bénéficier d'un congé d'allaitement non rémunéré, disposition distincte du congé parental d'éducation prévu par la loi, de sorte que la salariée peut reprendre son emploi dès le sevrage (des modalités particulières d'information et de délais peuvent être prévues par les textes conventionnels). Pour bénéficier de ces congés, il faut en général avoir au moins un an d'ancienneté.

Un congé d'un an maximum est ainsi prévu dans les conventions suivantes :

-Travail mécanique, négoce et importation des bois et scieries: art. 14 Rédaction prudente : «des facilités pourront être accordées»-Blanchisserie, laverie: art. 38, Pas de condition d'ancienneté-Carières et matériaux: art. 3.4 (ETAM), art. 6.2 (cadres), -Industries de l'habillement: art. 33, -Activités de déchets: Empl. AM, art. 40 , Dans la limite du 1/5ème de l'effectif féminin employé dans l'entreprise-Cinéma : distribution de films: art. 25(1) . Deux ans d'ancienneté sont exigés

Dans certaines conventions collectives, la durée maximale du congé est plus courte :

-Commerce de l'ameublement: avenant ETAM + dessinateurs art. 10, 10,5 mois maximum, après le congé de maternité-Transports routiers -annexe Ouvriers: art. 9, annexe Employés: art. 18, annexe ETAM: art. 22, annexe Ingénieurs et cadres: art. 22, Pas de condition d'ancienneté. Au plus tard jusqu'à sept mois après l'accouchement-Caves coopératives vinicoles: art. 44. Pas de condition d'ancienneté. Droit ouvert pendant six mois à compter de la naissance-Coopératives agricoles de céréales, de meunerie, d'approvisionnement, d'alimentation du bétail et d'oléagineux: art.37 Pas de condition d'ancienneté. Droit ouvert pendant six mois à compter de la naissance

Ce congé est toujours sans solde

A priori, l'ancienne convention collective des banques prévoyait dans son art.69 la possibilité de bénéficier, après le congé de maternité, d'un congé rémunéré de trois mois à taux plein ou six mois à mi-salaire, au choix de l'intéressée. Cette possibilité était réservée aux femmes ayant au moins neuf mois d'ancienneté; pour les autres, le même congé était de droit, mais sans solde. Cette convention a été dénoncée le 02/02/98. La nouvelle convention ouvre ce droit à toutes les mères allaitantes ou non par contre elle permet à la mère prenant un congé parental à l'issus de cette prolongation de voir son APE complétée à la hauteur de son salaire pendant 45 jours si elle allaite. *la convention collective de l'audiovisuel (et son article 42) permet un congé de 4 semaines rémunérées sur présentation d'un certificat médical.

Dans les établissements de la croix rouge, il est possible de prendre un congé de trois mois payés 100% ou six mois payés 50%.

Dans l'audiovisuel est prévu un congé rémunéré supplémentaire de quatre semaines pour allaitement à l'issu du congé maternité.

Annexe 9 : Brochure « Lactissima » : Programme proposé aux entreprises et aux services de médecine du travail pour soutenir les femmes actives allaitantes.

Des interventions modulables
En fonction de vos besoins

Nos domaines d'intervention

CONSEIL

- Evaluer les besoins de votre entreprise
- Déterminer et mettre en place un programme adapté à votre entreprise
- Aménager l'espace de travail
- Evaluer l'efficacité du programme

FORMATION

- **Pour l'entreprise**
Former, mettre en place et suivre un réseau d'accompagnement interne.
- **Pour les parents**
Avant ou pendant le congé « maternité/parental » : bénéfices de l'allaitement maternel, conduite de l'allaitement, place du père, allaitement et reprise du travail

CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

- Suivi prénatal
- Consultations de sortie de maternité
- Consultations pour organiser le retour au travail
- Consultations allaitement et travail

DOCUMENTATION TECHNIQUE

- Supports de communication interne
- Supports techniques

Experte en lactation humaine

Première à proposer, en France, un programme aux entreprises

Véronique DARMANGEAT



- Consultante en lactation certifiée IBCLC
- Consulte en libéral pour tous les problèmes ou questions liés à l'allaitement maternel.
- Formatrice en allaitement maternel
- Spécialiste « allaitement et travail »

Contact **LACTISSIMA**
17 rue Albert Bayet 75013 Paris
Tel. 06 07 27 19 30

contact@lactissima.com
<http://lactissima.com>

LACTISSIMA

Faciliter la reprise du travail en accompagnant l'allaitement maternel et le sevrage



C'est valoriser l'image de votre entreprise

Allaiter et travailler c'est possible

Un engagement minime...

... POUR L'ENTREPRISE...

...en temps, en argent et en flexibilité.

Accompagner les femmes qui reprennent le travail dans la poursuite de l'allaitement nécessite :

- Une réduction des difficultés liées au poste de travail,
- L'utilisation des pauses d'allaitement prévues par le code du travail,
- Un espace pour tirer et stocker le lait maternel,
- Une information sur la physiologie de la lactation.

« L'articulation entre vie professionnelle et vie privée constitue la principale préoccupation des femmes entre 30 et 45 ans » (1)

(1) Orse, Etude Femmes et postes de responsabilité, 2004.

(2) Cohen R, Mitek M, Mitek R, comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women into corporation, 1995.

L'allaitement, outil de la Gestion des Ressources Humaines

Les enjeux pour l'entreprise

VOS OBJECTIFS

- Conserver au sein de l'entreprise les compétences des femmes ayant de jeunes enfants,
- Améliorer les conditions de travail pour réduire les causes inutiles de stress,
- Réduire l'absentéisme.

DES RÉSULTATS ADAPTÉS À VOS BESOINS

- Baisse de l'absentéisme,
- Hausse de la productivité,
- Diminution du turn-over,
- Loyauté renforcée des employés pour leur entreprise,
- Plus grande capacité à attirer et retenir les salariés compétents.

Les deux dimensions de notre action

Tout le monde y gagne

- Développer une politique d'entreprise d'accompagnement à l'allaitement maternel
- Mettre en place un espace « lactation »



Une étude américaine (3) de 1995 portant sur 101 salariées de deux sociétés proposant un programme de soutien à l'allaitement et comparant deux groupes de salariées avec un bébé (allaitement maternel - lait industriel) a montré les points suivants :

- **86% des bébés allaités ne sont jamais malades** pendant la première année de leur vie, contre 14% des bébés non allaités.
- Si l'on observe les absences d'une journée, les mères d'enfants nourris au lait industriel sont plus de deux fois plus absentes que celles qui allaitent leurs bébés,
- **74% des cas de maladies chez les bébés allaités n'entraînent pas d'absentéisme maternel** contre 57% chez les mères qui nourrissent au lait industriel.

Annexe 10 : Quelques exemples de brochures récentes de soutien et d'information sur l'allaitement maternel

• Brochures d'information générale sur l'allaitement maternel

Quelques unes de leurs pages sont consacrées à la reprise du travail.

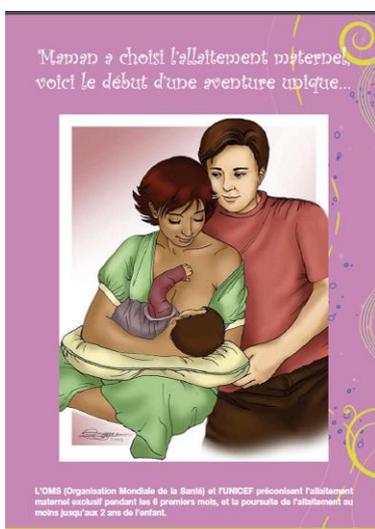
2009 : Le guide de l'allaitement maternel, INPES (254)

L'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) a produit un guide de l'allaitement maternel qui a été publié à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel en 2009.

Ce guide est destiné aux mamans, en réponse aux questions les plus fréquentes. Il contient des informations simples, pratiques et illustrées, associées à des coordonnées utiles pour un meilleur accompagnement dans la poursuite de l'allaitement maternel au jour le jour, malgré les difficultés quotidiennes.

Il permet de rassurer les jeunes mères sur leurs capacités et les difficultés qu'elles peuvent rencontrer.

Une partie p 50 concerne la reprise du travail et la poursuite de l'allaitement maternel.



2010 : Maman a choisi l'allaitement maternel, voici le début d'une aventure unique, conseil général du Gard (255)

Une brochure éditée par les réseaux du Gard dont une partie aborde la reprise du travail à partir de la page 16.

2010 : L'allaitement au fil du temps, Ile et vilaine (256)

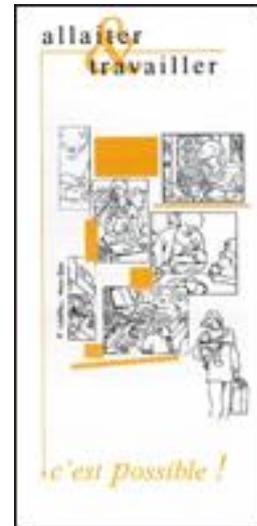
La reprise du travail y est abordée à partir de la page 20.



• Documentations spécifiques autour de la conciliation allaitement et travail

2004 : Allaiter et travailler, c'est possible!
 Brochure réalisé par IPA Lyon (Information Pour l'Allaitement), diffusée par la Cofam (Coordination Française pour l'Allaitement Maternel). (257)

Ce dépliant destiné aux mères et aux professionnels contient les points clés pour allaiter tout en travaillant : Pourquoi continuer? Comment maintenir une bonne lactation? Comment concilier au mieux allaitement et travail?



2006 : Allaitement maternel à la crèche (258)
 Brochure éditée par la direction des Familles et de la Petite Enfance de la Mairie de Paris

La mairie de Paris a mis en place une brochure de renseignements sur l'allaitement maternel à la crèche dans le but de favoriser celui-ci. Ce projet a été conçu à la suite du Programme National Nutrition Santé (PNNS).

2008 : Allaitement et reprise d'un travail (259)

Éditée par le Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de Loire.

Comment tirer son lait

Plusieurs techniques sont possibles :

- Expression manuelle
- Traitement manuel auprès d'un pharmacien ou d'un fournisseur de matériel médical
- Traitement électrique : la commande se fait sur ordonnance (à louer ou à acheter). Un remboursement peut se faire par certaines mutuelles.

Pour toutes les manipulations, se laver les mains, les différentes pièces du traitement sont stérilisées avec du savon liquide (produit vaisselle) et de l'eau chaude, la stérilisation se fait en faisant bouillir les matériels pendant 10 minutes ; laisser refroidir jusqu'à la fois suivante.

En conservation du lait maternel

Une fois le lait maternel recueilli, il est disposé dans un biberon ou un sachet et mis au réfrigérateur à 4°C dans la partie la plus froide, pas dans la partie. On peut le conserver 48 h selon les dernières recommandations de l'AFSSA (voir le site www.afssa.fr/tp/ctsaat/22113532134.pdf).

En cas de transport du lait maternel (à domicile vers l'association, maternelle, ou en cas de recueil sur le lieu de travail, du travail ou domicile), une glacière avec plaques froides peut être utilisée.

En cas de non-utilisation prévue au-delà de 48 heures, le lait peut être congelé à -18°C dans un biberon ou un sac de recueil, la durée de conservation est de 4 mois maximum.

Pour décongeler le lait maternel, mettre au réfrigérateur, puis stériliser le biberon en eau tiède pour l'usage du bébé ou au bain-marie. Éviter le micro-onde qui peut trop chauffer le lait alors que les parties du biberon sont moins chaudes.

Éviter les transferts dans divers contenants et se laver les mains avant toute manipulation.

Adresses pour obtenir une aide

Des professionnels peuvent vous aider à passer un cap. Les médecins généralistes, les sages-femmes libérales, les pédiatres, les puéricultrices, les auxiliaires de puériculture, les services de PMI (médecins, puéricultrices) peuvent vous donner des conseils selon votre projet d'allaitement.

Vous trouverez dans un marque-page joint les adresses des personnes que vous pouvez également contacter :

- Maternelle
- Protection maternelle et infantile
- Association d'aide aux femmes allaitantes

C'est ce que le Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de la Loire ?

Les 24 maternités des Pays de la Loire sont organisées pour proposer aux mères et aux couples la sécurité maternelle dans le respect des choix des lieux d'accouchement et des projets de naissance. Quelle que soit la maternité choisie, les médecins, généralistes et spécialistes comme les gynécologues-obstétriciens, les sages-femmes, les pédiatres, les auxiliaires de puériculture, les puéricultrices proposent aux mères le niveau de soins correspondant aux problèmes rencontrés. Le Réseau organise également des groupes de travail comme celui consacré à l'allaitement maternel.

Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire
 1, allée Boco - 44000 NANTES

Des sites internet sur l'allaitement

- <http://action.allaitement.bae.fr/>;
- <http://www.allaitement.org/>;
- <http://www.allaitement.smaoia.com/>;
- <http://www.allaito.org/>;
- <http://www.allaitement.france.com/>;
- <http://www.allaitementmaternel.com/>;
- <http://www.cocoonne.net/>;
- <http://www.lactade.com/text/index.html>

Allaitement et reprise d'un travail

Le Réseau « Sécurité Naissance - Naître Ensemble » des Pays de la Loire

2009 Guide référentiel des recommandations pour la poursuite de l'allaitement maternel dans les structures d'accueil de la petite enfance (260)

Guide édité par un collectif de crèches et le réseau NOVANAT, Département Vaucluse, La Drome



2009 : Conseils aux mères qui désirent poursuivre l'allaitement de leur enfant accueilli en crèche ou chez un assistant maternel (261)

Brochure éditée par le Conseil général des Hauts de Seine comprenant des conseils aux mères qui désirent poursuivre l'allaitement de leur enfant accueilli en crèche ou chez un assistant maternel.

Conseil général des Hauts-de-Seine

POUR EN SAVOIR PLUS

HAS
Haute autorité de santé
www.anses.fr
Recommandations pour l'allaitement maternel pendant 6 mois

Programme national nutrition santé
Site du Ministère de la santé
www.mangerbouger.fr
« Guide de la nutrition pour les 0-3 ans »

afssa
Agence française de sécurité sanitaire des aliments
www.afssa.fr
Recommandations pour la préparation des biberons

TAMPON DU CENTRE DE PMI OU DE L'ÉTABLISSEMENT D'ACCUEIL



Conseil général des Hauts-de-Seine
Pôle Solidarités
2 à 16, boulevard Soufflot
92015 Nanterre cedex
www.hauts-de-seine.net



Vous allaitez votre bébé.

Vous souhaitez prolonger cette expérience unique alors que votre enfant va être confié à un assistant maternel ou à une crèche ; sachez que cela est possible !

En effet, la reprise de votre activité professionnelle n'implique pas forcément le sevrage de votre enfant. La poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de six mois, lorsque la mère le désire, fait même partie des recommandations nationales et internationales (ministère de la santé et OMS).

Aussi, le Conseil général des Hauts-de-Seine souhaite-t-il, au travers de cette plaquette, vous soutenir dans votre projet. Cela doit effectivement se préparer à l'avance afin que votre allaitement se prolonge dans les meilleures conditions pour vous et votre enfant.

CONSEILS AUX MÈRES QUI DÉSIRENT POURSUIVRE L'ALLAITEMENT DE LEUR ENFANT ACCUEILLI EN CRÈCHE OU CHEZ UN ASSISTANT MATERNEL

2009 : Petit Guide de l'allaitement pour la mère qui travaille, Didierjean-Jouveau C.S. (113)

Ouvrage précieux pour les mères actives allaitantes.

Après un rappel historique de l'allaitement et de ses bénéfices, des grands conseils « pratiques » pour la conciliation allaitement et travail y sont détaillés. Une partie y aborde également la législation : l'allaitement, le travail et le droit.

Les deux secrets de la réussite de l'allaitement à la reprise du travail selon Claude-Suzanne Didierjean-Jouveau :

-Ne pas se croire obligée d' « habituer le bébé au biberon », continuer à allaiter complètement jusqu'à la reprise effective du travail.

-Avec maman, c'est le sein ! Après la reprise, continuer à allaiter à la demande dès qu'on a l'enfant avec soi.

L'information des mères sur les différentes modalités de poursuite de l'allaitement est importante. Le recours à des professionnels de santé ou à des associations, des bénévoles formés au suivi de l'allaitement pour obtenir du soutien en cas de difficultés est recommandé.



2009 : Un court métrage de 26 minutes de Julie Daubié sur l'allaitement et le travail. Travail en voie lactée. (262)

FILM : TRAVAIL EN VOIE LACTÉE



Un court-métrage de 26 minutes de Julie Daubié
sur l'allaitement et le travail

Travail en voie lactée est un film divertissant et enrichissant de 26 minutes qui apporte des clefs pour les femmes qui souhaitent mener à bien leur projet d'allaitement, notamment à la reprise du travail.

Allaiter c'est possible, Allaiter et travailler c'est possible avec des informations, des aménagements et du soutien. Les conseils pratiques, les avantages, la loi, l'histoire, le travail et les femmes, les mères sauront tout ce qu'il est bon de savoir pour se faciliter la vie et réaliser leur rêve de poursuite de l'allaitement maternel.

**2010 : Allaitement et reprise du travail.
Brochure dans les hôpitaux de Lyon, livret d'information
destiné au personnel HCL (Hôpitaux Civils de Lyon)**

Celle-ci nous a été transmise par le Dr Claudine VOLCKMANN, Médecin du Travail à l'Hôpital de la Croix-Rousse ayant participé à l'élaboration de cette brochure.

Les Hospices Civils de Lyon (HCL) diffusent une brochure très complète sur l'allaitement maternel qui reprend tous les aspects de cette question (les détails pratiques facilitant la reprise du travail en allaitant, la recherche du soutien, un carnet d'adresses pour celles qui souhaitent en savoir plus, ou rencontrer des mères allaitantes...)

Ecrit par Marie-Françoise Di Fraja avec de nombreux collaborateurs, ce livret est diffusé par l'intermédiaire de la médecine du travail à toutes les futures et nouvelles mères travaillant aux HCL.

Les deux axes autour desquels s'articule le paragraphe « poursuivre l'allaitement en travaillant » page 9 sont :

- « chercher du soutien »
- « quelques conseils pratiques ».



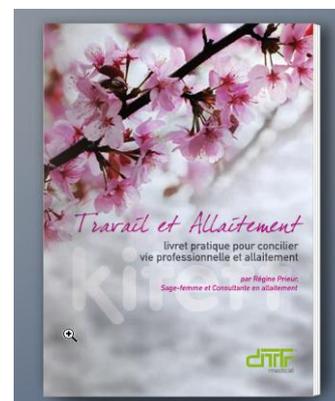
**2011 : L'allaitement dans la durée, à la reprise du travail. Mutualité française, Centre
ARS, Centre. Conseil Général du Loir et Cher (263)**

Financé par :



**2012 : Travail et allaitement. Livret pratique pour concilier
vie professionnelle et allaitement. Par Régine Prieur, sage
femme et consultante en allaitement, en partenariat avec
Kitett. (264)**

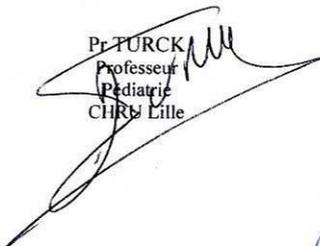
Ce document permet d'apporter des réponses aux questions les plus fréquentes autour de l'allaitement et la reprise du travail. Il a été lancé en février 2012, par Mme Régine Prieur, sage femme consultante en lactation ayant 25 années d'expériences derrière elle auprès de femmes actives allaitantes.



Annexe 11 : Liste des hôpitaux de la Région Nord Pas de Calais

Liste des 37 structures hospitalières de la Région Nord Pas de Calais :	
<u>21 hôpitaux du secteur public :</u>	<u>16 hôpitaux ou cliniques du secteur privé :</u>
CH Armentières	Clinique Anne d'Artois Béthune
CH Arras	Clinique Cotteel Villeneuve D'ascq
CH Béthune	Clinique du Parc Croix
CH Boulogne	Clinique du Pavillon du Bois Lille
CH Calais	Clinique Saint Amé Lambres Les Douai
CH Cambrai	Clinique Sainte Marie Cambrai
CH Denain	Clinique Vilette Dunkerque
CH Douai	Hôpital privé Les Bonnettes Arras
CH Dunkerque	Hôpital Privé Saint Vincent de Paul Lille
CH Fourmies	Polyclinique Côte d'Opale St Martin Boulogne
CH Hazebrouck	Polyclinique de Grande-Synthe
CH Le Cateau	Polyclinique de la Clarence Divion
CH Lens	Polyclinique de Riaumont Liévin
CH Maubeuge	Polyclinique du Val de Sambre Maubeuge
CH Montreuil	Polyclinique Le Parc St Saulve
CH Roubaix	Polyclinique Le Val de Lys Tourcoing
CH Seclin	
CH St Omer	
CH Tourcoing	
CH Valenciennes	
CHRU Lille	

Annexe 12 : Lettre envoyée aux directeurs d'établissements afin d'obtenir leurs accords pour le lancement de notre étude.

<p>PÔLE DE SANTE PUBLIQUE Pathologies Professionnelles et Environnement</p>		<p>Lille, le 21 Novembre 2011</p>
<p>Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille</p>		
<p>Monsieur Directeur Centre Hospitalier</p>		
<p><i>Chef de Service</i> Pr. P. FRIMAT</p>	<p><i>Objet : Réalisation d'une thèse sur les locaux d'allaitement pour le personnel de votre établissement.</i></p>	
<p>Monsieur le Directeur,</p>		
<p>Médecins Consultants : Pr P. FRIMAT Pr A. SOBASZEK Dr C. NISSE Dr S. FANTONI-QUINTON Dr A.S. TELLART Dr K. LEGRAND-CATTAN Dr N. LEPAGE Dr A. SALEMBIER Dr S. HULO Dr A.S. AUDEBERT Dr N. CHEROT-KORNOBIS Dr P. SABOT-SCHINDLER Dr A. DAMBLEMONT Dr B. LELEU</p>	<p>Actuellement interne en médecine du travail au sein de du CHRU de Lille, dans le service du Professeur Frimat, je souhaite réaliser ma thèse de Doctorat en Médecine sur le sujet suivant : « Les locaux d'allaitement dédié au personnel hospitalier : de la théorie à la pratique ».</p>	
<p>Ce travail de thèse sera réalisé sous la direction du Docteur FANTONI en accord avec les chefs de service concernés (Pr TURCK et Pr FRIMAT).</p>		
<p>Pour cette recherche, j'ai tout d'abord réalisé un état des lieux des hôpitaux de la Région Nord Pas de Calais concernant la présence ou non d'un local d'allaitement dédié au personnel dans leur établissement.</p>		
<p>Afin de mieux appréhender le sujet, nous envisageons d'effectuer un questionnaire auprès du personnel ayant eu un ou plusieurs enfant(s) depuis le 1^{er} Janvier 2009. Le but demeure l'appréciation de l'intérêt et de l'impact d'un tel dispositif (local dédié, information...) sur la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail.</p>		
<p>Ainsi trois hôpitaux ont été retenus selon les résultats de l'état des lieux initial :</p>		
<ul style="list-style-type: none"> - Le CH Tourcoing (Hôpital ami des bébés, présence de locaux d'allaitement à disposition du personnel) - Le CH Roubaix (Hôpital ami des bébés, absence de local) - Le CH Seclin (Hôpital sans label ami des bébés, absence de local) 		
<p>Secrétariat : ☎ 03.20.44.57.94 Fax : 03.20.44.55.91 virginia.rembert@chru-lille.fr martine.beauchamps@chru-lille.fr</p>	<p>Pour l'avancement de ce projet universitaire, nous avons besoin de votre accord pour la distribution de questionnaires à vos salariées répondant aux critères d'inclusion. Cette action sera menée avec l'aide de votre service des Ressources Humaines avec qui j'ai déjà pris contact.</p>	
<p>Dans l'attente de votre réponse que j'espère favorable, veuillez agréer, Monsieur le Directeur, mes respectueuses salutations.</p>		
<p>Corinne FERNANDES Interne en Médecine du Travail - CHRU Lille</p>		
<p>Pr FRIMAT Professeur Médecine du Travail CHRU Lille</p> 	<p>Pr TURCK Professeur Pédiatrie CHRU Lille</p> 	<p>Dr FANTONI Directrice de Thèse Médecine du Travail CHRU Lille</p> 

Annexe 13 : Questionnaires destinés aux salariées

- Questionnaire spécifique pour les salariées du CH Tourcoing

1	2
<p align="center">Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.</p> <p>Mesdames,</p> <p>Je me présente, je suis Corinne FERNANDES, interne en médecine du travail.</p> <p>Je réalise ma Thèse de Docteur en Médecine sur le sujet : « Maternité et Travail ».</p> <p>Voici entre vos mains un questionnaire réalisé par mes soins, concernant votre reprise du travail après votre dernier congé maternité.</p> <p>Vous avez été sélectionnée car votre dernier enfant est né entre le 1^{er} Janvier 2009 et le 1^{er} Janvier 2012.</p> <p>Mon étude s'intéresse :</p> <ul style="list-style-type: none"> à l'impact de locaux d'allaitement dédiés au personnel sur la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail, dans une structure telle un centre hospitalier. Elle concerne les Centres Hospitaliers de Tourcoing, de Roubaix et de Seclin. <p>Cette enquête, avec la collaboration du CHRU de Lille, est soutenue par l'Hôpital Jeanne de Flandres.</p> <p>Toutes les données que vous allez me transmettre ne seront en aucun cas transmises à quiconque de votre établissement (cadre, supérieur, ressources humaines, direction...). Elles sont anonymes et ne serviront qu'à mon étude de Thèse.</p> <p>Je ne manquerai pas de vous transmettre un résumé et les résultats de mon travail.</p> <p>Je vous remercie sincèrement d'y prendre part, je compte sur vous pour avoir le maximum de réponses.</p> <p>Une fois le questionnaire complété, Veuillez le rendre sous 8 JOURS dans l'enveloppe, à votre cadre de service qui le transmettra au service des Ressources Humaines où je les récupérerai.</p> <p>Bonne continuation et encore un grand merci d'avance,</p> <p align="right"> Corinne FERNANDES korinne3001@yahoo.fr 06.79.61.17.42 (si vous avez des questions, n'hésitez surtout pas) </p>	<p align="center">Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.</p> <p align="center">Date de remplissage du questionnaire: ___ / ___ / ___</p> <p>A. Contexte</p> <p>1. Quel âge avez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> 20-25ans <input type="checkbox"/> 26-30ans <input type="checkbox"/> 31-35ans <input type="checkbox"/> 36-40ans <input type="checkbox"/> 41-45ans <input type="checkbox"/> 45-et plus</p> <p>2. Quel est votre niveau d'études ?</p> <p><input type="checkbox"/> <Bac <input type="checkbox"/> Bac <input type="checkbox"/> Bac +2/3 <input type="checkbox"/> Bac +4/5 ou plus</p> <p>3. Combien d'enfants avez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 enfant <input type="checkbox"/> 1 enfant <input type="checkbox"/> 2 enfants <input type="checkbox"/> 3 enfants <input type="checkbox"/> 4 enfants <input type="checkbox"/> 5 et plus</p> <p>4. Concernant votre dernière grossesse:</p> <p>Quelle est la date de naissance de votre dernier enfant : ___ / ___ / ___</p> <p>Quelle est la date de votre reprise du travail après la naissance de celui-ci : ___ / ___ / ___</p> <p>Vous avez accouché : <input type="checkbox"/> d'un seul enfant <input type="checkbox"/> de jumeaux <input type="checkbox"/> de triplés <input type="checkbox"/> +</p> <p>Dans quelle maternité avez-vous accouché ? _____</p> <p>5. Avez-vous allaité votre dernier enfant ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez continuer à la page 3, paragraphe B. <input type="checkbox"/> Non Si non, continuer ci-dessous</p> <p>Pouvez-vous nous préciser les raisons principales (plusieurs choix possibles) :</p> <p><input type="checkbox"/> Choix personnel <input type="checkbox"/> Mauvaise expérience d'allaitement antérieure <input type="checkbox"/> Praticité du biberon <input type="checkbox"/> Raison de puer <input type="checkbox"/> Contre indication médicale liée au bébé : (à préciser) _____ <input type="checkbox"/> Contre indication médicale liée à vous même : (à préciser) _____ <input type="checkbox"/> Conciliation travail-allaitement trop contraignante <input type="checkbox"/> Durée de votre arrêt maternité jugée trop courte <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____</p> <p>Lors de votre grossesse avez-vous connaissance de la possibilité qu'offre l'hôpital de Tourcoing de tirer votre lait ou d'allaiter dans un local dédié au personnel, pour que vous puissiez continuer d'allaiter tout en reprenant le travail ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Comment avez-vous eu connaissance ?</p> <p><input type="checkbox"/> Information par l'infirmière lors de la grossesse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Collègues <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Vous en avez fait la demande <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____</p> <p align="center">Si vous n'avez pas allaité, ce questionnaire prend fin ici pour vous.</p>
CH Tourcoing	CH Tourcoing

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

3

4

B/ Allaitement de votre dernier enfant

6. Combien de temps avez-vous allaité votre dernier enfant ?
Exclusivement : _____ Partiellement : _____

7. L'avez-vous sevré avant ou après votre reprise du travail ?

<p><input type="checkbox"/> Avant</p> <p>Avant ou après votre reprise du travail, pouvez-vous préciser la ou les raisons principales du sevrage ? (plusieurs choix possibles)</p> <p><input type="checkbox"/> douleurs mammaires (crevasses, engorgements, abcès)</p> <p><input type="checkbox"/> prise de poids de votre enfant jugée insuffisante</p> <p><input type="checkbox"/> baisse de la lactation suite à l'introduction de biberons de lait en poudre</p> <p><input type="checkbox"/> fatigue</p> <p><input type="checkbox"/> vous ne souhaitez pas concilier travail et allaitement (trop de contraintes)</p> <p><input type="checkbox"/> difficulté à concilier travail et allaitement (trop de contraintes)</p> <p><input type="checkbox"/> le bébé ne fait pas ses nuits, envie d'arrêter</p> <p><input type="checkbox"/> souhait personnel</p> <p><input type="checkbox"/> contre-indication médicale vis-à-vis de vous-même ou de votre enfant :</p> <p>précisez nous le motif : _____</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Après</p> <p><input type="checkbox"/> Votre enfant tête envoie actuellement</p> <p>Dans ce cas, vous pensez l'allaiter jusqu'à quel âge ? _____</p> <p>Ou _____</p> <p><input type="checkbox"/> Jusqu'au sevrage naturel de votre enfant ?</p>
--	--

8. Combien de tétées (24h) avez-vous conservé depuis votre reprise du travail ? /24h

9. Comment est nourri votre enfant pendant vos horaires de travail ? (plusieurs cases possibles)

avec votre lait tiré avec du lait en poudre Votre enfant est diversifié (purées, yaourts...)

10. Vous sentez-vous soutenue concernant l'allaitement de votre enfant de la part :

	Oui	Non
de votre entourage proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de vos collègues de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre supérieur hiérarchique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre employeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre médecin du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la personne qui garde votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Avez-vous déjà pris contact avec un ou des groupe(s) de soutien à l'allaitement maternel ?

Oui Non

Si oui :

Le(s)quel(s) : _____

Est-ce entre autres pour obtenir des conseils sur l'allaitement et la reprise du travail ?

Oui Non

C/ Votre travail à l'hôpital

12. Quelle est l'année de votre embauche dans l'hôpital ? _____

13. Quel est votre temps de travail ?

- 100 % temps plein
- 80% temps partiel
- 50% temps partiel
- autre : (à préciser) : _____

14. Quel est votre poste de travail précis ?

- Infirmière Médecin ou Interniste Sage Femme ASH Administratif Aide-soignante
- autres : Préciser : _____

15. Votre moyenne d'heures /semaine : _____ h/semaine

16. Caractéristiques de vos horaires de travail (plusieurs réponses possibles)

- Je travaille DE JOUR avec des horaires réguliers
- Je travaille DE JOUR avec des horaires irréguliers (POSTÉ)
- Je travaille DE NUIT et /ou LE WEEK-END

17. Votre temps de trajet domicile-travail :

<input type="checkbox"/> <15 mn	<input type="checkbox"/> Entre 15 et 29 mn	<input type="checkbox"/> Entre 30 et 44 mn	<input type="checkbox"/> ≥ 45 mn
---------------------------------	--	--	----------------------------------

18. Avez-vous prolongé votre congé maternité par :

- un arrêt maladie ? Oui Non
- des congés annuels payés ? Oui Non
- un congé parental ? Oui Non
- un congé sans solde ? Oui Non

- Si oui, de combien de temps? _____

19. Dans le cas où vous avez prolongé votre congé maternité, ceci était pour quelle raison principale ? (plusieurs cases possibles) :

- Allaitement
- Problème de santé lié à l'enfant
- Volonté personnelle d'être avec votre ou vos enfant (s)
- Problème de santé lié à vous
- Souci de mode de garde
- Mauvaise ambiance au travail ou votre travail ne vous intéresse plus.
- Autres : _____

20. Avez-vous demandé un aménagement d'horaires suite à votre retour de congé maternité ?

Oui Non Oui, est ce en rapport avec l'allaitement : Oui Non

21. Avez-vous demandé un aménagement de poste suite à votre retour de congé maternité ?

Oui Non Oui, est ce en rapport avec l'allaitement : Oui Non

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

5

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

6

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

D/ Facilités dans l'hôpital

22. Avez-vous connaissance de la possibilité au offre l'hôpital de tirer votre lait ou d'allaiter dans un local dédié au personnel, pour que vous puissiez continuer d'allaiter tout en respectant le travail ?

Oui Non

Comment en avez-vous eu connaissance ?

- Information par l'infirmière lors de la grossesse
- Collègues
- Vous en avez fait la demande
- Autre (préciser) :

Le savez-vous avant d'accoucher ? Oui Non
 Cela a-t-il motivé votre décision d'allaiter votre enfant ? Oui Non

23. Pensez-vous que ce type de local :

• soit utile globalement au personnel ?

Oui Non

24. Avez-vous eu comptez-vous :

	Oui	Non	A quelle fréquence ?
Profiter de ces locaux pour tirer votre lait ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / semaine
Avez-vous ou comptez-vous profiter de ces locaux pour y allaiter votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / semaine
Avez-vous ou comptez-vous profiter de ces locaux pour vous y reposer pendant votre allaitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___ / semaine

25. Ces locaux sont selon vous :

	Très mauvais	Mauvais	Bien	Très bien
Globalement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant le confort :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant la facilité d'accès :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant la facilité d'utilisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant l'intimité :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Concernant la possibilité de stockage du lait :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

26. Si vous avez utilisé ces locaux, qu'en pensez-vous ?

Remarques Positives	Remarques Négatives

27. Dans le cas où vous n'avez pas pris de congé parental, auriez-vous décidé d'en prendre un de manière à poursuivre votre allaitement, s'il n'avait pas été possible de tirer votre lait sur le lieu de travail ?

Oui Non

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

7

E/ Le Saviez-vous ?

28. Savez-vous que la femme allaitant dispose d'une heure par jour, jusqu'à un an après l'accouchement, pendant le temps de travail (R1225-30 et R1225-31), qui peut être répartie en deux périodes de 30 minutes pendant le matin et l'après-midi (R1225-5). La période de 30 minutes est réduite à 20 minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement. (R1225-6) ?

Oui Non

29. Savez-vous que dans le secteur privé notamment, au delà de 100 salariées femmes dans son établissement, un employeur peut être mis en demeure de créer un local dédié à l'allaitement pour son personnel, avec des caractéristiques bien précises ?

Oui Non

30. A-Savez-vous que plusieurs organismes recommandent un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie...et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans ou moins ou plus selon le désir de l'enfant et de la mère ?

Oui Non

B-Respecter des recommandations en conciliant son travail est, selon vous :

Très facile Difficile

Facile sans grandes difficultés Impossible

Possible mais avec quelques difficultés

C-Les avez-vous suivies ?

Oui Non

F/ Pour finir.

31. Globalement, avez-vous été ou êtes vous satisfaite de votre dernier allaitement ?

Très insatisfaisante Insatisfaisante Satisfaisante Très satisfaisante

32. D'autres choses à dire ?

Je vous remercie sincèrement du temps que vous avez consacré à ce questionnaire, vous pouvez le remettre désormais à votre cadre de service.

• Questionnaire spécifique pour les salariées des CH Roubaix et CH Seclin

1	2
<p>Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.</p>	<p>Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.</p>
<p><u>Mesdames,</u></p> <p>Je me présente, je suis Corinne FERNANDES, interne en médecine du travail.</p> <p><u>Je réalise ma Thèse de Docteur en Médecine sur le sujet : « Maternité et Travail ».</u></p> <p>Voici entre vos mains un questionnaire réalisé par mes soins, concernant votre reprise du travail après votre dernier congé maternité.</p> <p>Vous avez été sélectionnée car votre dernier enfant est né entre le 1^{er} Janvier 2005 et le 1^{er} Janvier 2012.</p> <p>Mon étude s'intéresse :</p> <ul style="list-style-type: none"> à la façon dont la reprise de votre activité professionnelle s'est déroulée avec ou non la poursuite de l'allaitement. à l'impact de locaux d'allaitement dédiés au personnel sur la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail, dans une structure telle un centre hospitalier. Elle concerne les Centres Hospitaliers de Tourcoing, de Roubaix et de Seclin. <p>Cette enquête, avec la collaboration du CHRU de Lille, est soutenue par l'Hôpital Jeanne de Flandres.</p> <p>Toutes les données que vous allez me transmettre ne seront en aucun cas transmises à quiconque de votre établissement (cadre, supérieur, ressources humaines, direction...). Elles sont <u>anonymes</u> et ne serviront qu'à mon étude de Thèse.</p> <p>Je ne manquerai pas de vous transmettre un résumé et les résultats de mon travail.</p> <p>Je vous remercie sincèrement d'y prendre part, je compte sur vous pour avoir le maximum de réponses.</p> <p>Une fois le questionnaire complété, Veuillez le rendre <u>sous 8 JOURS</u> dans l'enveloppe, à votre cadre de service qui le transmettra au service des Ressources Humaines où je les récupérerai.</p> <p>Bonne continuation et encore un grand merci d'avance,</p> <p style="text-align: right;">Corinne FERNANDES 06.79.61.17.42 korinne3001@yahoo.fr</p> <p style="text-align: right;">Si vous avez des questions, n'hésitez surtout pas.</p>	<p style="text-align: right;">Date de remplissage du questionnaire : ___ / ___ / ___</p> <p>A. Contexte</p> <p>1. Quel âge avez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> 20-25 ans <input type="checkbox"/> 26-30ans <input type="checkbox"/> 31-35ans <input type="checkbox"/> 36-40ans <input type="checkbox"/> 41-45ans <input type="checkbox"/> 45-et-plus</p> <p>2. Quel est votre niveau d'études ?</p> <p><input type="checkbox"/> <Bac <input type="checkbox"/> Bac <input type="checkbox"/> Bac +2/3 <input type="checkbox"/> Bac +4/5 ou plus</p> <p>3. Combien d'enfants avez-vous ?</p> <p><input type="checkbox"/> 0 enfant <input type="checkbox"/> 1 enfant <input type="checkbox"/> 2 enfants <input type="checkbox"/> 3 enfants <input type="checkbox"/> 4 enfants <input type="checkbox"/> 5 et plus</p> <p>4. Concernant votre dernière grossesse :</p> <p>Quelle est la date de naissance de votre dernier enfant : ___ / ___ / ___</p> <p>Quelle est la date de votre reprise du travail après la naissance de celui-ci : ___ / ___ / ___</p> <p>Vous avez accouché : <input type="checkbox"/> d'un seul enfant <input type="checkbox"/> de jumeaux <input type="checkbox"/> de triplés <input type="checkbox"/> +</p> <p>Dans quelle maternité avez-vous accouché ? _____</p> <p>5. Avez-vous allité votre dernier enfant ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si oui, veuillez continuer à la page 3, paragraphe B.</p> <p><input type="checkbox"/> Non Si non, continuer ci-dessous</p> <p>Pouvez-vous nous préciser les raisons principales (plusieurs choix possibles) :</p> <p><input type="checkbox"/> Choix personnel</p> <p><input type="checkbox"/> Mauvaise expérience d'allaitement antérieure</p> <p><input type="checkbox"/> Praticité du biberon</p> <p><input type="checkbox"/> Raison de pudeur</p> <p><input type="checkbox"/> Contre indication médicale liée au bébé : (à préciser) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Contre indication médicale liée à vous même : (à préciser) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Conciliation travail-allaitement trop contraignante</p> <p><input type="checkbox"/> Durée de votre arrêt maternité jugée trop courte</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____</p> <p style="text-align: right;">S'il existait un local dédié au personnel de l'hôpital pour y tirer leur lait ou y allaiter directement leur enfant, cela vous aurait-il incité à allaiter votre enfant ?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p style="text-align: right;">Si vous n'avez pas allaité, ce questionnaire prend fin ici pour vous.</p>

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

3

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

4

B/ Allaitement de votre dernier enfant

6. Combien de temps avez-vous allaité votre dernier enfant ?

Exclusivement : _____ Partiellement : _____

7. L'avez-vous sevré avant ou après votre reprise du travail ?

Avant Après

Avant ou après votre reprise du travail, pouvez-vous nous préciser la ou les raisons principales du sevrage ? (plusieurs choix possibles)

- douleurs mammaires (crevasses, engorgements, abcès)
- prise de poids de votre enfant jugée insuffisante
- baisse de la lactation suite à l'introduction de biberons de lait en poudre
- fatigue
- vous ne souhaitez pas concilier travail et allaitement (trop de contraintes)
- difficulté à concilier travail et allaitement (trop de contraintes)
- le bébé ne fait pas ses nuits, envie d'arrêter
- préférence de votre bébé pour le biberon, confusion sein –tétine
- souhait personnel
- contre-indication médicale vis-à-vis de vous-même ou de votre enfant :

précisez nous le motif : _____

Autres (à préciser) : _____

Votre enfant tête envoie actuellement

Dans ce cas, vous pensez l'allaiter jusqu'à quel âge ? _____

Ou jusqu'au sevrage naturel de votre enfant ?

8. Combien de tétées. (24h avez-vous conservé depuis votre reprise du travail ? /24h

9. Comment est nourri votre enfant pendant vos horaires de travail ? (plusieurs cases possibles)

avec votre lait tiré avec du lait en poudre Votre enfant est diversifié (purées, yaourts...)

10. Vous sentez-vous soutenue concernant l'allaitement de votre enfant de la part :

	Oui	Non
de votre entourage proche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de vos collègues de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre supérieur hiérarchique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre employeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de votre médecin du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de la personne qui garde votre enfant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Avez-vous déjà pris contact avec un ou des groupes(s) de soutien à l'allaitement maternel ?

Oui Non

Si oui :

Le(s)quel(s) : _____

Est-ce entre autres pour obtenir des conseils sur l'allaitement et la reprise du travail ?

Oui Non

C/ Votre travail à l'hôpital

12. Quelle est l'année de votre embauche dans l'hôpital ? _____

13. Quel est votre temps de travail ?

- 100% temps plein
- 80% temps partiel
- 50% temps partiel
- autre : (à préciser : _____)

14. Quel est votre poste de travail précis ?

- Infirmière Médecin ou Interniste Sage Femme ASH Administratif Aide-soignante
- autres : Préciser : _____

15. Votre moyenne d'heures/semaine : _____ h/semaine

16. Caractéristiques de vos horaires de travail : (plusieurs réponses possibles)

- Je travaille DE JOUR avec des horaires réguliers
- Je travaille DE JOUR avec des horaires irréguliers (POSTÉ)
- Je travaille DE NUIT et /ou LE WEEK-END

17. Votre temps de trajet domicile - travail :

<15 mn	Entre 15 et 29 mn	Entre 30 et 44 mn	≥ 45 mn
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Avez-vous prolongé votre congé maternité par :

- un arrêt maladie ? Oui Non
- des congés annuels payés ? Oui Non
- un congé parental ? Oui Non
- un congé sans solde ? Oui Non

Si oui, de combien de temps ? _____

19. Dans le cas où vous avez prolongé votre congé maternité, ceci était pour quelle raison principale. (plusieurs cases possibles) :

- Allaitement
- Volonté personnelle d'être avec votre ou vos enfant (s)
- Sout de mode de garde
- Mauvaise ambiance au travail ou votre travail ne vous intéresse plus.
- Autres : _____

□ Problème de santé lié à l'enfant

□ Problème de santé lié à vous

□ Financièrement plus avantageux

20. Avez-vous demandé un aménagement d'horaires suite à votre retour de congé maternité ?

Oui Non si oui, est ce en rapport avec l'allaitement : Oui Non

21. Avez-vous demandé un aménagement de poste suite à votre retour de congé maternité ?

Oui Non si oui, est ce en rapport avec l'allaitement : Oui Non

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

5

D/ Facilités dans l'hôpital

22. Votre lieu de travail ne comporte pas de local spécialement dédié au personnel de l'hôpital pour leur permettre de tirer leur lait ou d'y allaiter directement leur enfant.
S'il existait ce type de local :

- Pensez-vous que celui-ci soit utile globalement au personnel ?
- Oui Non

23. Avez-vous ou comptez-vous :

	Oui	Non	A quelle fréquence ?
Tirer votre lait sur votre lieu de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/semaine
Allaiter directement votre enfant sur votre lieu de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/semaine

24. En pratique :

Cou avez-vous ou comptez vous tirer votre lait ou allaiter votre enfant sur votre lieu de travail ?

25. Avez-vous ou comptez vous formulé une demande de manière à obtenir un local pour vous permettre de tirer votre lait ou d'allaiter votre enfant ?

Oui Non N'en éprouve pas le besoin

26. Existe-t-il un local pour les patientes hospitalisées ou dont l'enfant est hospitalisé dans votre hôpital leur permettant d'allaiter leur bébé ou de tirer leur lait ?

Oui Non

27. Utilisez-vous ce local d'allaitement destiné aux patientes hospitalisées ou dont l'enfant est hospitalisé, afin de tirer votre lait ou éventuellement d'allaiter votre enfant ?

Oui Non

Questionnaire pour les Mamans avant repris le travail après un congé maternité.

6

E/ Le Saviez-vous ?

28. Savez-vous que la femme allaitant dispose d'une heure par jour, jusqu'à un an après l'accouchement pendant le temps de travail (L1225-30 et L1225-31), qui peut être répartie en deux périodes de 30 minutes pendant le matin et l'après-midi (R1225-5). La période de 30 minutes est réduite à 20 minutes lorsque l'employeur met à la disposition des salariées, à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail, un local dédié à l'allaitement. (R1225-6) ?

Oui Non

29. Savez-vous que dans le secteur privé notamment, au-delà de 100 salariées femmes dans son établissement, un employeur peut être mis en demeure de créer un local dédié à l'allaitement pour son personnel, avec des caractéristiques bien précises ?

Oui Non

30. Avez-vous que plusieurs organismes recommandent un allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et sa poursuite jusqu'à l'âge de 2 ans au moins ou plus selon le désir de l'enfant et de la mère ?

Oui Non

31. Respecter ces recommandations en conciliant son travail est, selon vous :

- Très facile Difficile
- Facile sans grandes difficultés Impossible
- Possible mais avec quelques difficultés

32. Les avez-vous suivies ?

Oui Non

F/ Pour finir,

31. Globalement, avez-vous été ou êtes vous satisfaite de votre dernier allaitement ?

Très insatisfaite Insatisfaite Satisfaite Très satisfaite

32. D'autres choses à dire ?

Je vous remercie sincèrement du temps que vous avez consacré à ce questionnaire, vous pouvez le remettre désormais à votre cadre de service.

Annexe 14 : Lettre destinée aux cadres de service**Thèse de Docteur en Médecine : Remise & récupération de questionnaires.**

Le 17 Janvier 2012,

Mesdames, Messieurs, Cadres de service,

Je me présente, je suis Corinne FERNANDES, interne en médecine du travail.

Je réalise ma Thèse de Docteur en Médecine sur le sujet de la maternité et de l'allaitement au moment délicat de la reprise du travail.

Pour cela, j'ai réalisé un questionnaire avec la collaboration du CHRU de Lille et l'Hôpital Jeanne de Flandres. Concernant mes critères d'inclusion, mon questionnaire s'adresse aux mamans ayant eu un enfant entre le 1^{er} Janvier 2009 et le 1^{er} Janvier 2012 sur les CH Tourcoing, CH Roubaix & CH Seclin.

J'ai donc obtenu l'accord de votre chef d'établissement pour poursuivre mon travail en interrogeant ses salariées. Le service des Ressources Humaines m'aide également dans mes démarches.

Je vous sollicite donc désormais pour remettre les questionnaires aux salariées concernées et pour récupérer l'ensemble de ceux-ci sous HUIT JOURS.

Il vous suffira ensuite de les retransmettre au service des Ressources Humaines.

Je ne manquerai pas de vous transmettre un résumé et les résultats de ma Thèse.

Je vous remercie sincèrement pour votre collaboration. Je compte sur vous pour récupérer la totalité des questionnaires qui concernent votre service, en effectuant éventuellement des relances.

J'en ferais de même de mon côté si besoin.

Ayant conscience de la charge de travail que vous avez déjà, je vous adresse d'avance un grand merci pour l'énergie que vous mettrez en œuvre pour me retourner tous les questionnaires remplis,

Bonne continuation,

Corinne FERNANDES

06.79.61.17.42

korinne3001@yahoo.fr

Si vous avez des questions, n'hésitez surtout pas.

Annexe 15 : Photos des deux locaux d'allaitement au sein du CH Tourcoing (Nord-Pas-de-Calais)

Chacune de ces salles d'allaitement comprend un fauteuil muni d'un coussin d'allaitement, un matelas à langer, des prises électriques, un point d'eau. L'une d'elle met à disposition des mères un tire-lait électrique double pompage mais aucune d'elles ne possède de réfrigérateur.

1. Dans le pavillon Chatiliez, au sein du service de Maternité (1^{er} étage, aile B)
(CH Tourcoing)



2. Dans le pavillon de Malatray,
au sein du service des consultations de Gynécologie (1^{er} étage, salle 105)
(CH Tourcoing)

