



HAL
open science

Allaitement et travail : enquête auprès de 270 mères actives

Hadia Souare

► **To cite this version:**

Hadia Souare. Allaitement et travail : enquête auprès de 270 mères actives. Sciences pharmaceutiques. 2018. dumas-02150982

HAL Id: dumas-02150982

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02150982>

Submitted on 7 Jun 2019

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

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



U.F.R. de Pharmacie d'Amiens

Année 2018

Thèse n° :

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Allaitement et travail :
Enquête auprès de 270 mères actives

Présentée et soutenue publiquement le 10 juillet 2018

Par Madame SQUARE Hadia

Née le 08/12/1991

JURY :

Présidente de thèse: Madame VILPOUX Catherine

Directrice de thèse: Madame Six Isabelle

Membres du jury:

- Madame MEUNIER Caroline
- Monsieur EL OUACHEKRADI Othmane

Remerciements

Je souhaite adresser tout d'abord mes remerciements à l'ensemble des membres de mon jury :

- Madame SIX Isabelle, ma directrice de thèse : Je vous remercie d'avoir accepté de me guider, mais aussi de m'avoir soutenu et conseillé tout au long de la réalisation de ce travail. Aussi, je vous suis reconnaissante pour votre très grande disponibilité et votre réactivité. Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mes sincères remerciements.
- Madame VILPOUX Catherine, ma présidente de thèse : Vous m'avez fait l'honneur de présider ma thèse. Veuillez trouver ici ma sincère reconnaissance et mes remerciements.
- Madame MEUNIER Caroline, membre de mon jury : Vous m'avez fait l'honneur d'accepter d'être un membre de mon jury. Je vous en remercie, et je remercie également l'ensemble de votre équipe au sein de laquelle travailler est un réel plaisir.
- Monsieur EL OUACHEKRADI Othmane, membre de mon jury : Confrère et à la fois ami, je vous remercie d'avoir accepté de prendre part à ce travail. De par votre présence, vous m'honorez et je vous adresse mes profonds remerciements.

Je tiens également à remercier :

- Ma mère, qui a toujours été présente pour moi, qui m'a toujours encouragé et soutenu depuis ma tendre enfance. Grâce à toi, je suis la femme que je suis aujourd'hui.
- Mon père, qui m'a également encouragé à arriver là où je suis aujourd'hui.
- Toute ma famille, frères et sœurs, oncles et tantes, grands-parents, qui ont toujours souhaité ma réussite.
- Tous mes amis qui m'ont soutenu depuis le bac à sable aux bancs de la fac et avec qui j'ai passé de bons moments qui resteront gravés dans ma mémoire.

Tables des matières

INTRODUCTION	P14
I. Pratique de l'allaitement maternel dans le monde	P15
A. Généralités sur le processus de la lactation	P15
1. Anatomie du sein	P15
a) <i>La peau et la plaque aréolo-mamelonnaire</i>	P15
b) <i>La glande mammaire</i>	P16
c) <i>Le tissu adipeux</i>	P16
d) <i>Vascularisation artérielle et veineuse du sein</i>	P16
e) <i>Innervation</i>	P17
2. Formation et développement de la glande mammaire	P18
a) <i>Etape embryonnaire et fœtale</i>	P18
b) <i>A la naissance</i>	P19
c) <i>A la puberté</i>	P19
3. Physiologie de la lactation : transformation mammaire pendant la lactation	P20
a) <i>La mammogénèse</i>	P20
b) <i>La lactogénèse</i>	P21
4. Hormones de la lactation et système de régulation	P22
a) <i>Le contrôle endocrine</i>	P22
(1) <i>La prolactine</i>	P23
(2) <i>L'ocytocine</i>	P23
b) <i>Le contrôle autocrine</i>	P23
(1) <i>L'aspect quantitatif</i>	P23
(2) <i>L'aspect qualitatif</i>	P24
5. Composition du lait	P26
a) <i>Le colostrum</i>	P26
b) <i>Le lait maternel</i>	P26
c) <i>Les principaux constituants du lait maternel</i>	P26

B.	Epidémiologie de l'allaitement	P28
1.	Situation actuelle en France	P28
	<i>a) Taux d'initiation à l'allaitement maternel</i>	P28
	<i>b) Taux de poursuite de l'allaitement maternel</i>	P29
2.	Situation au niveau international	P30
	<i>a) Dans les pays développés</i>	P30
	(1) Les pays scandinaves	P30
	(2) Aux Etats-Unis	P32
	(3) L'Allemagne	P33
	(4) L'Italie	P34
	(5) Le Japon	P35
	<i>b) Dans les pays en voie de développement</i>	P35
	(1) L'allaitement, une nécessité vitale	P35
	(a) Le cas des situations d'urgence	P35
	(b) L'allaitement artificiel au biberon : une cause de malnutrition	P36
	(2) Allaitement maternel et VIH	P37
	<i>c) L'allaitement dans certaines cultures et religions</i>	P40
	(1) Au sein des cultures africaines	P40
	(2) Au sein des cultures asiatiques	P41
	(3) Au sein des cultures latino-américaines	P42
	(4) Au sein de différentes croyances religieuses	P43
C.	Bénéfices de l'allaitement	P44
1.	Bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant	P44
	<i>a) Prévention des infections</i>	P44
	<i>b) Prévention des allergies</i>	P45
	<i>c) Prévention de l'obésité</i>	P45
	<i>d) Prévention des risques d'hypertension artérielle et cardiovasculaires</i>	P45
	<i>e) Prévention du diabète</i>	P45
	<i>f) Prévention d'autres maladies</i>	P46
2.	Bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de la mère	P46
	<i>a) A court terme</i>	P46
	<i>b) A long terme</i>	P47
	(1) L'ostéoporose	P47
	(2) Allaitement et cancer	P47
3.	Répercussions physiologique et psychologiques	P47
4.	Economiques	P48
	<i>a) Du point de vue familial</i>	P48
	<i>b) Pour le système de santé</i>	P48
	<i>c) Pour les employeurs</i>	P48

D.	Facteurs influents sur le choix de l'allaitement	P48
1.	Facteurs influents l'initiation de l'allaitement	P49
a)	<i>Déterminants sociodémographiques de l'allaitement</i>	P49
(1)	Âge de la mère	P49
(2)	Statut marital	P49
(3)	Niveau de diplôme de la mère	P50
(4)	Le niveau socio-économique	P50
b)	<i>Facteurs liés au style de vie</i>	P51
(1)	Tabagisme maternel	P51
(2)	Obésité ou surpoids de la mère	P52
c)	<i>Préparation à l'accouchement</i>	P52
2.	Facteurs influents sur la durée de l'allaitement	P52
a)	<i>Publicité sur le substitut du lait maternel</i>	P53
b)	<i>Facteurs liés à l'entourage, l'éducation et à la culture</i>	P53

II. Allaitement et travail : Place de l'allaitement maternel dans le monde du travail

P55

A.	Aménagements mis en place dans le monde	P55
1.	Aménagements dans les pays développés	P56
a)	<i>Aux Etats-Unis</i>	P56
b)	<i>Au Japon</i>	P56
c)	<i>Les pays scandinaves</i>	P57
d)	<i>En Allemagne</i>	P58
e)	<i>En Italie</i>	P58
2.	Aménagements dans les pays en voie de développement	P59
B.	Aménagements mis en place en France	P61
1.	Prestations familiales et droit social	P62
a)	<i>Congé de maternité en France</i>	P62
b)	<i>Congé parental d'éducation</i>	P62
2.	Code du travail relatif à l'allaitement maternel	P63
a)	<i>Les locaux</i>	P63
b)	<i>Les pauses d'allaitement</i>	P64
c)	<i>La rémunération</i>	P64
3.	Conventions collectives	P64

C.	Reprise du travail et environnement professionnel : impact sur la pratique de l'allaitement maternel	P65
1.	Influence du travail sur l'allaitement	P65
	a) <i>Influence du travail sur l'initiation de l'allaitement</i>	P65
	b) <i>Influence du temps de travail sur l'allaitement</i>	P66
2.	Reprise du travail et conséquence sur l'allaitement	P66
	a) <i>Reprise du travail : l'une des principales raisons d'arrêt précoce de l'allaitement</i>	P66
	b) <i>Les difficultés rencontrées par les mères actives allaitantes à la reprise du travail</i>	P67
3.	Environnement professionnel et soutien à l'allaitement	P68
	a) <i>Programme professionnel de soutien des employeurs vis-à-vis de l'allaitement maternel</i>	P69
	b) <i>La sensibilisation des employeurs et des mères actives par l'information</i>	P70
	c) <i>Associations de soutien à l'allaitement maternel</i>	P72
III.	Enquête auprès de 270 mères actives ayant allaité	P74
A.	Résultats de l'enquête	P74
B.	Discussion des principaux résultats de l'étude et comparaison de certains avec ceux de la littérature	P95
1.	Nombre d'enfants par foyers	P95
2.	Taux d'allaitement	P95
3.	Impact du travail sur la poursuite de l'allaitement	P96
	a) <i>La reprise du travail : une des principales raisons d'arrêt de l'allaitement</i>	P97
	b) <i>Durée du congé de maternité</i>	P97
	c) <i>Soutien professionnel de la mère allaitante</i>	P98
4.	Le niveau d'étude	P100
5.	Soutien du père	P101
C.	Proposition afin de faire évoluer et d'améliorer la pratique de l'allaitement maternel en France	P101
1.	Communication d'une meilleure information au sein des familles	P101
2.	Rôle du pharmacien dans l'allaitement maternel	P102

CONCLUSION	P104
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	P105
ANNEXE	P119

Liste des figures

Figure 1 :	Anatomie d'une glande mammaire	P15
Figure 2 :	Schémas de la vascularisation d'une glande mammaire	P17
Figure 3 :	Dessin d'un embryon de 8mm à 4 semaine	P18
Figure 4 :	Schéma de l'évolution du bourgeon mammaire	P18
Figure 5 :	Schéma des canaux galactophores à 7 mois	P19
Figure 6 :	Evolution de la glande mammaire	P21
Figure 7 :	Mécanismes cellulaires de la synthèse et de la sécrétion du lait	P24
Figure 8 :	Carte représentant les taux d'enfants allaités à la naissance en 2013	P28
Figure 9 :	Graphique représentant l'initialisation et la poursuite de l'allaitement en 2013 selon les données de la DRESS	P29
Figure 10 :	Carte représentant le taux d'enfants allaités à 10 semaines et plus	P30
Figure 11 :	La campagne anti-discrimination « When nurture calls » contre l'allaitement en public aux Etats-Unis	P33
Figure 12 :	Photos des Baby-rooms au Japon	P34
Figure 13 :	Figure représentant le taux d'insuffisance pondérale à la naissance dans les PVD	P37
Figure 14 :	Une mère en Afrique allaitant son enfant	P40
Figure 15 :	Deux jeunes mères allaitantes en Asie du Sud-Est	P41
Figure 16 :	Photos de plusieurs femmes allaitantes lors d'une compétition d'allaitement au Pérou	P42
Figure 17 :	Taux d'allaitement à la naissance en 2003 selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère	P51
Figure 18 :	Carte du monde sur la durée du congé maternité dans 167 pays	P55
Figure 19 :	Nombre de femmes ayant 1, 2, 3 ou 4 enfants parmi les sondées	P75

Figure 20 :	Durée total d'allaitement (en mois)	P76
Figure 21 :	Mode d'allaitement à la naissance	P76
Figure 22 :	Contraintes rencontrées lors de l'allaitement	P77
Figure 23 :	Taux de poursuite de l'allaitement malgré les contraintes	P77
Figure 24 :	Domaines d'activités des mères sondées	P78
Figure 25 :	Age de l'enfant à la reprise du travail (en mois)	P78
Figure 26 :	Pourcentage de mères ayant poursuivi l'allaitement à la reprise du travail	P79
Figure 27 :	Durée de poursuite de l'allaitement après la reprise (en mois)	P79
Figure 28 :	Raisons du sevrage lors de la reprise du travail	P80
Figure 29 :	Evaluation des femmes concernant leur reprise du travail	P81
Figure 30 :	Pourcentage du taux d'activité à la reprise du travail des mères interrogées	P81
Figure 31 :	Pourcentage de l'amplitude de séparation des mères à la reprise du travail	P82
Figure 32 :	Age du sevrage des enfants du sondage	P82
Figure 33 :	Causes du sevrage de l'enfant	P83
Figure 34 :	Raisons en lien avec le travail ayant provoqué le sevrage de l'enfant	P84
Figure 35 :	Taux de satisfaction des mères vis-à-vis de leur supérieur à la reprise du travail	P84
Figure 36 :	Difficultés rencontrées dans le fait d'allaiter et d'avoir une activité professionnelle	P85
Figure 37 :	Mode de garde de l'enfant à la reprise du travail	P85
Figure 38 :	Personne ayant un rôle de soutien auprès des mères allaitantes	P86
Figure 39 :	Pourcentage des mères pensant que le père a un rôle ou non à jouer dans l'allaitement maternel	P87
Figure 40 :	Les différents rôles du père selon les mères	P87
Figure 41 :	Pourcentage de mères qui pensent qu'une information sur « l'allaitement et le travail » puisse les aider pour leur reprise du travail	P88

Figure 42 :	Renseignements utiles d'apporter à la reprise du travail selon les mères sondées	P88
Figure 43 :	Moment où l'information sur l'allaitement et le travail devrait leur être donnée	P89
Figure 44 :	Professionnels les plus aptes à leur donner cette information	P90
Figure 45 :	Pourcentage de mères ayant déjà utilisé un tire-lait	P91
Figure 46 :	Pourcentage de l'avis des mères sur la difficulté d'utilisation d'un tire-lait	P91
Figure 47 :	Pourcentage de femmes ayant eu les conseils d'utilisations nécessaires en pharmacie	P92
Figure 48 :	Types de conseils qu'auraient aimés les mères parmi celles qui n'en ont pas eu	P92
Figure 49 :	Pourcentage de mères pensant connaître les modalités de conservation du lait tiré	P93
Figure 50 :	Pourcentage de mères encourageant ou non la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail	P93
Figure 51 :	Ressentis des mères parmi celles pour qui l'allaitement était une bonne expérience	P94
Figure 52 :	Courbes des durées de l'allaitement maternel selon le moment de la reprise du travail	P98

Liste des tableaux

Tableau 1 :	Tableau présentant les taux de prévalence de l'allaitement dans les pays scandinaves	P31
Tableau 2 :	Tableau indiquant le taux d'allaitement exclusif aux Etats-Unis en 1998 et objectifs du plan Healthy People 2010	P33
Tableau 3 :	Dispositions nationales principales pour la protection de la maternité certains pays du continent de l'Afrique	P59
Tableau 4 :	Dispositions nationales principales pour la protection de la maternité certains pays du continent de l'Amérique latine et des Caraïbes	P60
Tableau 5 :	Dispositions nationales principales pour la protection de la maternité certains pays du continent de l'Asie	P61
Tableau 6 :	Durée de congé maternité selon la situation familiale	P62
Tableau 7 :	Durée du congé parental d'éducation en fonction du nombre d'enfants nés	P63
Tableau 8 :	Causes du sevrage avant et après la 9ème semaine de naissance	P67
Tableau 9 :	Comparaison du nombre d'enfants par femme entre celui de notre étude et celui de l'INSEE en 2014	P95
Tableau 10 :	Comparaison des taux d'allaitement au fur et à mesure des mois entre notre étude et ceux des données de la DREES	P95

Liste des abréviations

AAP : Académie américaine de pédiatrie

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

BRCA1 : Breast cancer 1

BVA : Brulé, Ville et Associés, Société d'études et conseil, spécialiste du comportement

CAF : Caisse d'allocations familiales

CERDAM : Centre ressource documentaire sur l'allaitement maternel

DESS : Diplôme d'études supérieures spécialisées

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DROM : Département et région d'outre-mer

ELFE : Etude longitudinale française depuis l'enfance

ELISA : Enzyme-linked immunosorbent assay

ENP : Enquête nationale périnatale

HP : Hewlett-Packard

IAB : Interactive Advertising Bureau

IgA : Immunoglobulines A

IgG : Immunoglobuline G

IMC : Indice de masse corporelle

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IPA : Information pour l'allaitement

ISTAT : Istituto nazionale di statistica

MAMA : Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée

NIT : Normes internationales du travail

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques

OIT : Organisation internationale du travail

OMA : Otites moyennes aiguës

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONE : Office de la naissance et de l'enfance

ONG : Organisation non gouvernementale

ONU : Organisation des nations unies

PCR : Réaction en chaîne par polymérase

PMI : Protection maternelle et infantile

PVD : Pays en voie de développement

SESAM : Société européenne pour le soutien à l'allaitement maternel

UNICEF : Fonds des Nations unies pour l'enfance

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

WIC : Women, Infants, and Children

Introduction

Les avancées scientifiques en matière d'allaitement maternel ont été considérables ces dernières années et de multiples bénéfices lui ont été reconnus tant au niveau de la santé (avec la protection contre certaines infections) qu'au niveau de la nutrition, et également au niveau économique. Il existerait aussi un rôle préventif à plus long terme en ce qui concerne certaines pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Les enfants nourris au sein profiteraient de ces avantages comparés à ceux qui ne le sont pas. De plus, son bénéfice s'étend aussi sur la santé de la mère et sur l'organisation de sa vie au quotidien.

En France, les taux d'initiations et les durées d'allaitement sont encore très bas comparés à de nombreux pays voisins. Il existe par ailleurs, un net décalage entre la durée optimale conseillée des recommandations officielles internationales (OMS) et françaises (HAS/ANAES) et la durée du congé de maternité déterminée. En effet, la stratégie recommandée par l'OMS est un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie avec poursuite jusqu'aux 2 ans de l'enfant voire au-delà.

A la fin du congé de maternité, la reprise du travail représente pour les mères actives une des plus grandes difficultés à la pratique de l'allaitement et cette reprise est pour la plupart des mères associée au sevrage de l'enfant. Toutefois, ces dernières années, de plus en plus de mères désirent allaiter plus longtemps tout en continuant à travailler étant donné toutes les vertus accordées au lait maternel. Nous constatons, par ailleurs que les droits en matière d'allaitement sont peu connus dans le milieu professionnel et que la plupart des mères découvrent ces droits qu'au moment où elles désirent en bénéficier.

Nous verrons que cette conciliation allaitement-travail est possible mais grandement facilitée lorsqu'il existe un environnement favorable à l'allaitement notamment sur les lieux de travail.

Nous allons au préalable aborder de façon générale le processus de lactation, puis nous parlerons des bénéfices de l'allaitement sur la santé de l'enfant, de la mère ainsi que des bénéfices sur d'autres points. Nous allons ensuite évoquer l'épidémiologie de l'allaitement maternel en France et dans le monde. Nous terminerons cette première partie par l'étude des facteurs qui influencent les mères dans leur choix d'allaiter.

Dans un deuxième temps où la place de l'allaitement dans le monde du travail sera traitée, nous exposerons les aménagements mis en place au niveau mondial puis au niveau de la France. Nous étudierons ensuite l'impact sur la pratique de l'allaitement qu'a la reprise du travail et l'environnement professionnel de la mère.

Enfin, nous exposerons les résultats de notre étude, qui après analyse, nous permettront d'évoquer des perspectives d'améliorations pour augmenter les taux et la durée de l'allaitement maternel.

I. Pratique de l'allaitement maternel dans le monde

A. Généralités sur le processus de la lactation

1. Anatomie du sein [1]

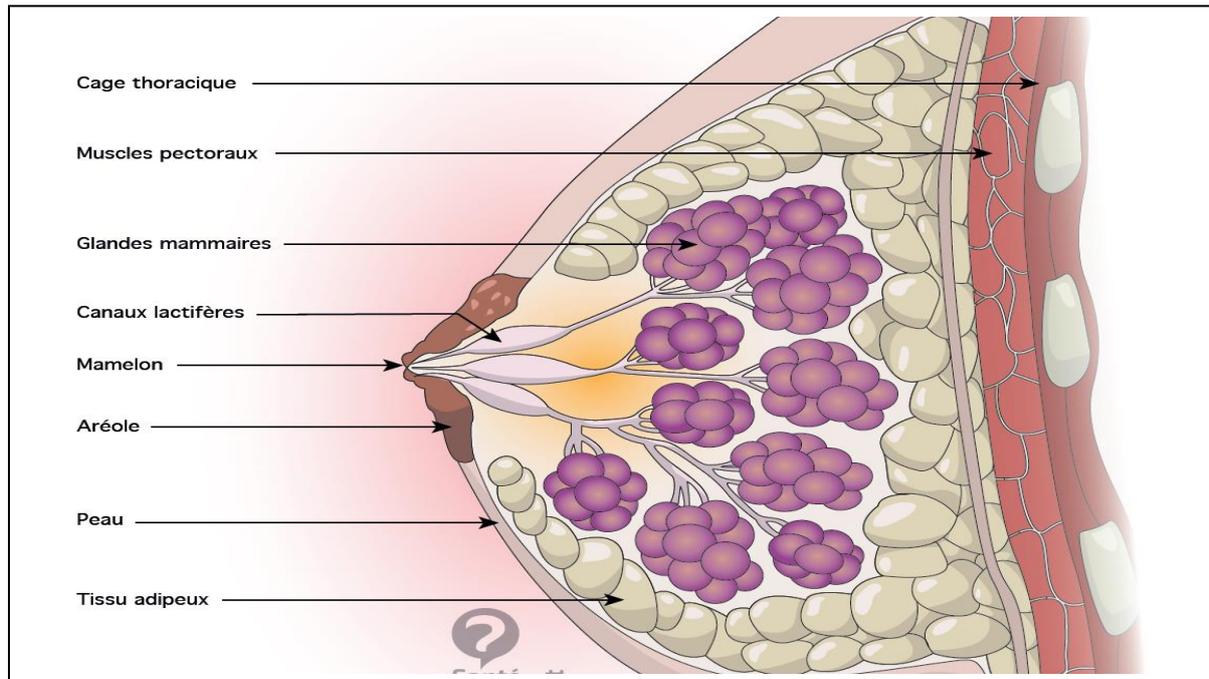


Figure 1 : Anatomie d'une glande mammaire [1]

Le sein est un organe pair occupant la partie antéro-supérieure du thorax, de part et d'autre dont la fonction biologique principale est la production de lait servant à nourrir les nouveau-nés dès la naissance : il s'agit du phénomène de lactation. Outre cette fonction biologique, le sein a également un rôle important dans la séduction et la sexualité.

a) La peau et la plaque aréolo-mamelonnaire

Le sein est revêtu de tissu cutané de manière épaisse en périphérie et s'amincit au voisinage de l'aréole. Celle-ci est un disque cutané, de 15 à 30 mm de diamètre plus ou moins pigmentée. Sa surface est irrégulière avec un aspect grenu où nous y observons de petites saillies (12 à 20) prénommées les tubercules de Morgagni. Au cours de la grossesse et de la lactation, ces dernières deviennent plus volumineuses et plus nombreuses et sont dénommés tubercules de Montgomery.

Le mamelon, lui est cylindrique, pigmenté, séparé de l'aréole par un sillon. A la surface du mamelon, les orifices d'abouchement (les pores) des canaux lactifères (également appelés canaux galactophores) sont disposés de façon circonférentielle. Chacun est bordé d'un épithélium kératinisant. En période de repos, hors grossesse et allaitement, ils sont habituellement comblés de kératine.

Le mamelon et l'aréole forment ensemble une unité que nous appelons la plaque aréolo-mamelonnaire.

b) La glande mammaire

La glande mammaire est une masse de densité variable, discoïde aplatie d'avant en arrière, de contour irrégulier. Elle est organisée en une vingtaine de lobes. Chaque lobe est composé de 20 à 40 lobules contenant chacun 10 à 100 alvéoles.

L'unité de base est l'acinus que nous appelons « alvéole ». C'est une cavité arrondie en forme de cul de sac qui constitue la partie sécrétrice de la glande. Chaque acinus se draine par un canal intralobulaire appelé aussi canal de troisième ordre.

Les acini et les canaux intralobulaires forment un lobule qui se draine par un canal interlobulaire (canal galactophore de deuxième ordre). Plusieurs lobules se réunissent pour former un lobe glandulaire qui se draine par un canal galactophore de premier ordre.

Les canaux galactophores convergent vers le mamelon, ils s'élargissent pour former les sinus lactifères, puis se rétrécissent et débouchent au niveau des pores du mamelon.

c) Le tissu adipeux

Etroitement lié au tissu glandulaire, le tissu adipeux est en grande partie responsable du volume des seins. Cependant, il n'a aucun effet sur la production ni la qualité du lait.

Il existe deux couches graisseuses distinctes :

- La couche antérieure pré-glandulaire qui est cloisonnée par des travées conjonctives : les ligaments de Cooper reliant la peau à la glande en formant les crêtes de Ducret
- La couche postérieure, limitée par le fascia superficialis, qui est séparée de l'aponévrose du grand pectoral par du tissu conjonctif

L'ensemble peau, glande et tissu adipeux glissent sur le grand pectoral.

Concernant les moyens de fixation du sein, aucun muscle n'existe à cet effet : ils sont donc très peu développés.

d) Vascularisation artérielle et veineuse du sein

La vascularisation artérielle provient de trois troncs artériels :

- L'artère thoracique interne vascularise plus de la moitié supérieure de la glande. C'est l'artère principale issue de la subclavière qui aborde par ses collatérales les 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} espaces intercostaux et la face postérieure de la glande.
- L'artère axillaire vascularise la glande par l'artère thoracique latérale et ses propres collatérales. Elle aborde la glande mammaire à partir du creux axillaire dans sa partie externe et inférieure.
- Les artères intercostales se ramifient le long du grand pectoral et abordent la glande par sa face postérieure.

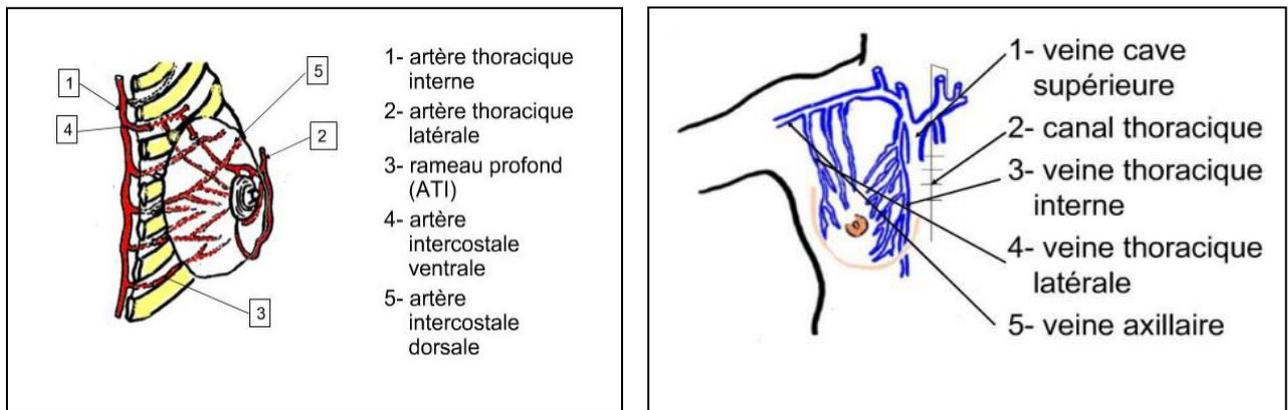


Figure 2 : Schémas de la vascularisation d'une glande mammaire [1]

Les lobes et les lobules sont vascularisés par des rameaux profonds qui pénètrent l'épaisseur de la glande.

La vascularisation de l'aréole s'organise en anneaux à partir de branches dirigées vers le mamelon et s'effectue de façon radiaire vers la périphérie.

Le réseau veineux quant à lui assure un drainage :

- médian vers les veines thoraciques internes
- latéral vers la veine axillaire
- postérieur vers les veines intercostales

Le réseau superficiel péri-aréolaire et péri-mamelonnaire constitue le réseau de Haller et est particulièrement visible à l'inverse du réseau profond, non visible, cheminant entre les lobes.

e) Innervation

Il existe deux groupes de nerfs :

- superficiels et cutanés issus des plexus cervical, brachial et des nerfs intercostaux
- profonds qui suivent le trajet des vaisseaux dans la glande

Tous ces nerfs envoient de nombreuses ramifications vers l'aréole et le mamelon, zones extrêmement sensibles.

L'excitation de ces nerfs entraîne l'érection du mamelon et la contraction des canaux galactophores à leur extrémité.

2. Formation et développement de la glande mammaire [1]

a) Etape embryonnaire et fœtale

A partir de la 4^{ème} semaine de la phase embryonnaire, la crête mammaire apparaît, représentée par un épaissement bilatéral et linéaire de l'ectoderme depuis l'aisselle jusqu'à l'aîne. Deux bourgeons mammaires apparaissent ainsi le long de cette crête, symétriques et situés au niveau pectoral.

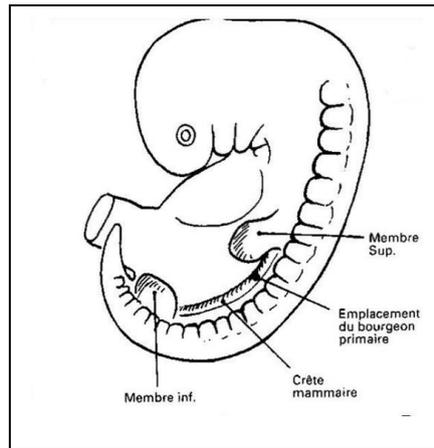


Figure 3 : Dessin d'un embryon de 8mm à 4 semaine [1]

A partir de la 6^{ème} semaine jusqu'à la 8^{ème} semaine, la crête mammaire disparaît mais les deux bourgeons mammaires persistent et forment l'aréole. Cette étape constitue la fin de la période embryonnaire et marque le début de la phase fœtale.

Au cours du 5^{ème} mois, les bourgeons mammaires s'invaginent dans le mésoderme sous-jacent en 15 à 20 prolongements cylindriques pleins, qui se dilatent à leur extrémité.

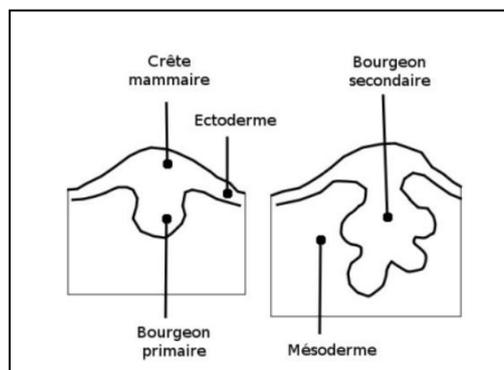


Figure 4 : Schéma de l'évolution du bourgeon mammaire [1]

Au 7^{ème} mois, une lumière se creuse dans ces prolongements qui donnent naissance aux canaux galactophores qui vont s'ouvrir au niveau d'une dépression épithéliale située à l'emplacement du futur mamelon vers le 8^{ème} mois.

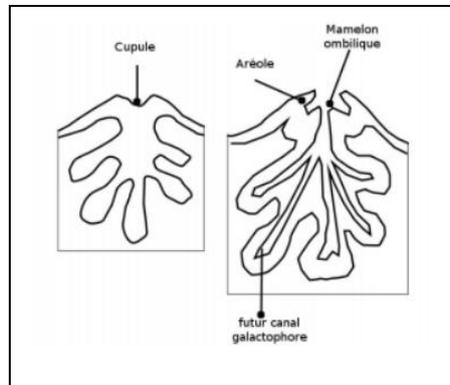


Figure 5 : Schéma des canaux galactophores à 7 mois [1]

En fin de période foetale, le sein est représenté par un léger relief cutané où se situent les orifices des canaux galactophores.

b) A la naissance

Deux à trois jours après la naissance, on peut observer chez le nouveau-né, une perturbation génitale due à la suppression brutale des œstrogènes maternels en présence du placenta. Elle se traduit par un état congestif des seins avec une pigmentation de l'aréole et une saillie du mamelon. Nous pouvons aussi observer une sécrétion lactée transitoire appelée lait de sorcière due à la ramification des canaux galactophores primordiaux et à la combinaison des effets des différentes hormones maternelles avant la naissance, la prolactine et des hormones de croissance transmises par l'allaitement au sein.

A la naissance, la structure de la glande mammaire est inachevée. Elle reste au repos ainsi jusqu'à la puberté excepté chez le garçon où la glande mammaire reste à ce stade durant toute la vie.

c) A la puberté

La puberté génère auprès des glandes mammaires des modifications morphologiques significatives. Nous observons :

- Une augmentation du volume mammaire par augmentation du tissu mammaire et du tissu graisseux périphérique
- La saillie du mamelon, l'élargissement et la pigmentation plus prononcée de l'aréole
- La croissance et la multiplication des canaux sous l'action des œstrogènes
- Le développement du tissu glandulaire, des lobules et des alvéoles sous l'action de la progestérone
- Le développement du parenchyme de soutien au fur et à mesure des cycles menstruels

Durant chaque cycle menstruel, les seins subissent donc des fluctuations selon les variations des concentrations plasmatiques d'œstrogènes et de progestérone. Cependant, ces variations restent minimales car la suite du développement mammaire se terminera lors de la première grossesse avec l'élaboration des structures permettant la lactation.

3. Physiologie de la lactation : transformation mammaire pendant la lactation

Deux mécanismes sont à l'origine de la modification des seins pendant la gestation :

- l'hyperplasie de l'épithélium glandulaire qui va remplacer peu à peu le tissu adipeux
- des congestions mammaires durant les deux premiers mois dues à l'hyperplasie épithéliale et à un phénomène vasomoteur

Tout au long de la grossesse, le tissu épithélial continue de se développer et l'augmentation moyenne du volume du sein est de 200 ml.

En fin de grossesse, presque tout le tissu graisseux a disparu pour laisser place au tissu glandulaire qui présente des lobes durs et tendus. La peau des seins est fine et le réseau veineux est visible.

Deux phénomènes se distinguent dans la transformation mammaire : la mammogénèse qui se fait autour des 1^{er} et 2^{ème} trimestre et la lactogénèse qui a lieu en fin de grossesse.

a) La mammogénèse

La mammogénèse correspond au développement du parenchyme glandulaire, soit à la multiplication cellulaire et la mise en place de l'organisation lobulo-acineuse.

En dehors de la grossesse, le sein est constitué essentiellement d'un réseau de tubules immergés dans une substance conjonctivo-adipeuse. Chaque tubule est composé de deux couches :

- une couche interne : l'épithélium sécrétoire
- une couche externe : les cellules myoépithéliales

Le tubule de premier ordre s'appelle le canal galactophore. Autour de lui le parenchyme glandulaire forme le lobe. À l'extrémité distale, les tubules de derniers ordres présentent des bourgeons d'attente.

Au début de la grossesse, il se produit une activité mitotique importante au niveau des tubules distaux et des bourgeons d'attente.

Un ensemble de phénomènes se réalise :

- accroissement de la taille des tubules existants
- apparition de nouveaux tubules secondaires au niveau des tubules
- formation d'éléments glandulaires typiques : les acini

L'ensemble d'acini groupés autour d'un canal excréteur commun, constitue un lobule.

Au cours du 2^{ème} trimestre, l'organisation lobulo-acineuse, mise en place au 1^{er} trimestre, se développe. Le tissu graisseux interlobulaire disparaît ce qui fait que les lobules ne sont plus séparés que par quelques lames de tissu conjonctif. On observe une légère activité sécrétoire dans les cellules et les lumières glandulaires.

Au cours du 3ème trimestre, l'activité mitotique se termine et les phénomènes d'hypertrophie prédominent.

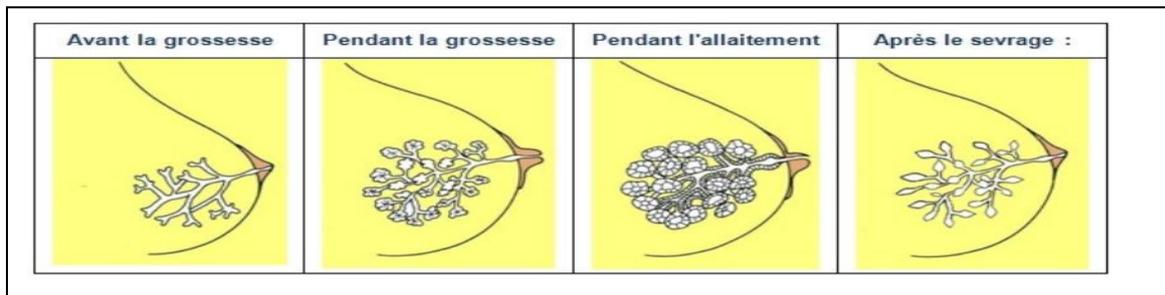


Figure 6 : Evolution de la glande mammaire [2]

b) La lactogénèse

En fin de grossesse, les cellules épithéliales se différencient et acquièrent toutes les caractéristiques d'une cellule sécrétoire. Tous les éléments nécessaires à la production de lait se mettent en place mais la lactation n'est pas encore initiée: c'est le stade de la lactogénèse infraclinique.

Durant cette période, les produits de sécrétion s'accumulent dans la lumière des acini qui se dilatent. On remarque cependant deux particularités à ce stade :

- les protéines sont excrétées vers la lumière, mais les graisses restent à l'intérieur des cellules. Ce qui explique la grande richesse en protéines du colostrum
- toutes les voies métaboliques de synthèse ne sont pas encore fonctionnelles dont celle de la synthèse de l'alpha-lactalbumine

Il existe deux stades dans le cycle de la lactation :

- la lactogénèse de stade I appelée phase colostrale
- la lactogénèse de stade II ou phase lactée

- **La phase colostrale :**

Elle débute pendant la grossesse et se termine 2 ou 3 jours après l'accouchement au moment de la montée laiteuse. La progestérone, pendant la grossesse, freine la sécrétion de lait par un double rôle inhibiteur :

- au niveau hypophysaire, elle freine la sécrétion de prolactine
- au niveau mammaire, elle empêche l'action de la prolactine sur la production de certaines protéines composant le lactose.

Elle agit aussi sur la perméabilité des jonctions serrées. C'est le moment où les jonctions cellulaires sont ouvertes et où le colostrum fabriqué est réabsorbé dans la circulation maternelle. Le lactose est ainsi retrouvé dans le sang et les urines maternels.

Les premiers jours qui suivent la naissance, un faible volume de colostrum est produit. Cette faible quantité permet ainsi au nouveau-né d'acquies et de perfectionner sa technique de succion.

C'est à cette même période que l'enfant a besoin d'un apport nutritionnel de qualité lui permettant d'acquérir une protection immunitaire pour ses muqueuses digestives.

Le colostrum est une substance riche en éléments provenant du sang maternel (eau, sels minéraux et immunoglobulines) par l'intermédiaire des jonctions intercellulaires ouvertes. La phase colostrale se termine lorsque ces jonctions se ferment: nous entrons ensuite dans la phase lactée.

Nous notons qu'une complication peut survenir quand cette 2^{ème} phase tarde à se mettre en place, ou lorsqu'un engorgement s'installe : le nouveau-né est exposé à un risque de déshydratation hypernatrémique par réouverture des jonctions intercellulaires où il y a passage d'eau et de sels minéraux provenant de la circulation maternelle.

- **La phase lactée :**

Elle est déclenchée par la chute du taux des hormones placentaires, essentiellement la progestérone observée immédiatement après le post-partum. Le contrôle négatif de la progestérone n'est plus maintenu, ce qui va entraîner une fermeture des jonctions intercellulaires, une modification de la sécrétion lactée et une augmentation du volume de lait produit. Sa production va augmenter pour s'adapter aux besoins de l'enfant allant de 30 à 50 ml à J2, 100 à 150 ml à J3 et atteignant 600 ml vers la 2^{ème} semaine de naissance. Cette production est réalisée sous l'influence de certaines hormones assistée d'autres moyens de régulation qui vont jouer un rôle essentiel dans la quantité de lait produit.

4. Hormones de la lactation et système de régulation [2]

Le lait est fabriqué par les cellules sécrétrices de l'épithélium mammaire de manière continue dans les acini, puis il est stocké dans la lumière alvéolaire dans l'attente de son éjection.

Il existe :

- deux niveaux de régulation : la production et l'éjection
- deux mécanismes de contrôle : l'un central appelé endocrine et l'autre local appelé autocrine

a) Le contrôle endocrine

La succion entraîne une stimulation du complexe aréolo-mammaire, qui entraîne lui aussi une stimulation du complexe hypothalamo-hypophysaire. Deux hormones ont des rôles principaux dans l'allaitement : la prolactine et l'ocytocine.

- La prolactine assure la synthèse et le stockage du lait par les lactocytes
- L'ocytocine permet l'éjection du lait vers l'extérieur par les canaux galactophores grâce à la contraction des cellules myoépithéliales entourant les lactocytes

(1) La prolactine

C'est l'hormone principale permettant la synthèse des constituants du lait. Elle est sécrétée par les cellules lactotropes de l'antéhypophyse de façon pulsatile. 7 à 20 pics sont produits par jour, surajoutés au taux sérique de base durant toute la durée de l'allaitement.

Sa sécrétion est provoquée par la stimulation mécanique aréolo-mamelonnaire et son amplitude dépend de l'intensité de la stimulation, mais elle diminue dans le temps.

La sécrétion de cette hormone va connaître des variations circadiennes: son taux va être plus élevé en fin de nuit et diminué en pleine journée. En association avec le cortisol, la prolactine exerce un rétrocontrôle positif ou négatif sur la fabrication de ses propres récepteurs. Elle a un effet positif observé lorsqu'il y a une augmentation de la concentration en prolactine et une augmentation de la durée d'exposition des lactocytes à cette même hormone, ce qui entraîne une augmentation du nombre des récepteurs sur la membrane des lactocytes et inversement pour son effet négatif.

(2) L'ocytocine

L'ocytocine est synthétisée dans l'hypothalamus et le stockage est situé dans la posthypophyse. Tout comme la prolactine, la sécrétion de l'ocytocine est pulsatile et nous comptons 4 à 10 pics par 10 minutes. La stimulation du complexe aréolo-mamelonnaire via les récepteurs à l'étirement situés sur l'aréole va permettre la synthèse de cette hormone.

Sa sécrétion est également dépendante de l'état émotionnel de la mère. Une situation de stress ou de contrariété maternelle peut entraîner une diminution voire une disparition de la synthèse et de la sécrétion d'ocytocine. Nous notons qu'il existe un temps de latence entre le moment de la stimulation du sein donc de la tétée et le début de la synthèse d'ocytocine, c'est-à-dire le début de l'éjection du lait. Ce temps de latence varie d'une femme à l'autre et est compris entre 0 à 15 minutes.

b) Le contrôle autocrine

Ce contrôle porte sur deux aspects : le quantitatif et le qualitatif.

(1) L'aspect quantitatif

Cet aspect du contrôle autocrine concerne les lactocytes qui produisent du lait en continu. En effet, la fabrication du lait par ces lactocytes va dépendre de la quantité de lait que ces cellules contiennent. Quand une cellule est pleine, les cellules membranaires qui délimitent son contour sont aplaties et distendues. Cet aspect des cellules entraîne une diminution de la synthèse du lait pouvant aller dans certains cas jusqu'à l'arrêt total de synthèse dans certaines situations.

A l'inverse, lorsqu'un lactocyte a été vidé par une tétée efficace, les cellules membranaires qui le délimitent sont hautes et cylindriques. Cet aspect cellulaire va donc permettre une production lactée en grande quantité. En quelques mots, la vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au niveau de remplissage des alvéoles.

Par cette régulation, la production lactée est ajustée à la demande du nourrisson, afin qu'il puisse adapter la quantité à ses besoins.

Un allaitement ne respectant pas le cycle naturel de production du lait, et des seins insuffisamment vidangés provoquent une diminution de la production lactée. De ce fait, l'introduction de complément de lait artificiel engendre une perturbation de ce cycle où la production sera diminuée malgré les besoins de l'enfant.

(2) L'aspect qualitatif [3]

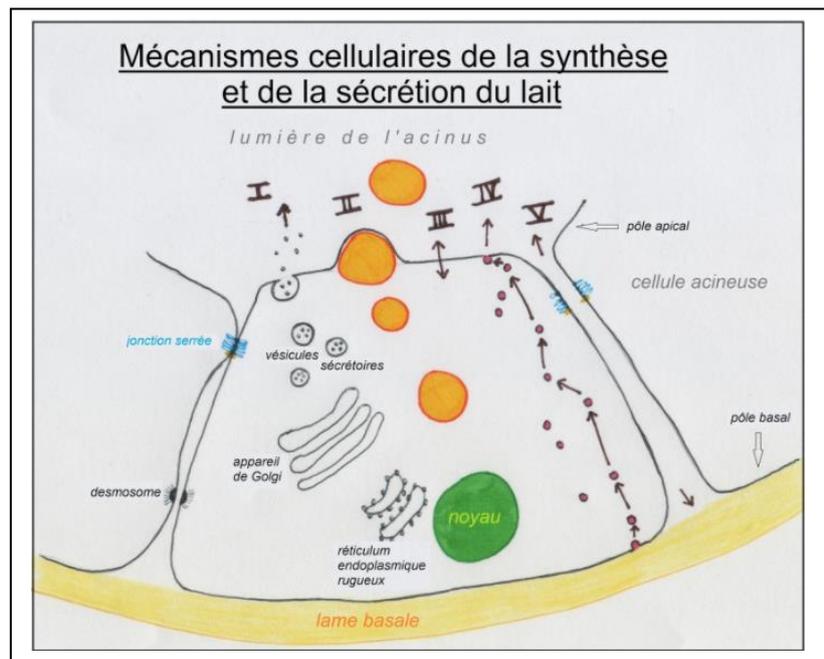


Figure 7 : Mécanismes cellulaires de la synthèse et de la sécrétion du lait [3]

Légende :

- | | |
|------------------------------|-------------------------|
| I : La voie d'exocytose | ● : Globule lipidique |
| II : La voie des lipides | ■ : Immunoglobuline A |
| III : la voie apocrine | ○ : Protéine de lait |
| IV : La voie transcellulaire | ↑ : Sens de circulation |
| V : La voie paracellulaire | |

Cet aspect qualitatif correspond à la fabrication du lait maternel. La synthèse et la sécrétion du lait se font par plusieurs voies transcellulaires au niveau de l'alvéole mammaire.

Voie I : La voie d'exocytose

La sécrétion du lait se fait au niveau des cellules épithéliales des acini mammaires. La plupart des composants de la phase aqueuse du lait, notamment la caséine, sont sécrétés par cette voie. Les protéines de lait sont synthétisées par les ribosomes puis sont transférées dans la lumière du réticulum

endoplasmique rugueux, où elles subissent quelques modifications. Après cette étape, les protéines du lait ainsi que d'autres composants essentiels tels que le calcium, le phosphate, le citrate et le lactose sont transférés dans l'appareil de Golgi grâce à des vésicules transitoires. Dans cet appareil, la formation commence dans le cis-Golgi avec la caséine, protéine spécifique, se condensant et formant des micelles avec les phosphates et le calcium. L'ajout de cette dernière conduit à la maturation des micelles qui a lieu au niveau du trans-golgi. Lorsque celles-ci sont matures, elles sont alors mises dans des vésicules de sécrétion puis se déplacent vers la membrane plasmique où elles fusionnent et libèrent leur contenu dans la lumière de l'acinus par exocytose.

Voie II : La voie des lipides

Cette voie implique la synthèse et le transport des lipides qui sont synthétisés dans le cytoplasme et le réticulum endoplasmique lisse de la cellule mammaire alvéolaire à partir d'acides gras et de glycérol. Les lipides s'agrègent en plusieurs gouttelettes lipidiques qui fusionnent entre elles formant ainsi un globule lipidique. Elles deviennent progressivement enveloppées dans la membrane plasmique apicale, se séparant finalement de la cellule par sécrétion apocrine. Elles sont alors libérées dans la lumière de l'acinus. Ce sont ces globules lipidiques qui forment la partie grasse du lait maternel.

Voie III : la voie apocrine

La voie apocrine, ou voie de filtration, fait intervenir des canaux ioniques et transporteurs impliqués dans la sécrétion d'eau et de cations monovalents. L'eau traverse la cellule grâce au gradient de densité engendré par le lactose, tandis que les ions obéissent à un gradient électrochimique. Cette voie est limitée aux molécules de très petite taille telles que Na⁺, K⁺, Cl⁻,...

Voie IV : La voie transcellulaire

Cette voie permet le transport des immunoglobulines ou anticorps, elle est contrôlée par leurs récepteurs. Prenons l'exemple de l'immunoglobuline A (IgA) qui se lie à son récepteur, le récepteur d'immunoglobuline polymérique, se situant sur la membrane basale de la cellule alvéolaire mammaire. Le complexe IgA-récepteur est endocyté et transféré au travers de la cellule. A la membrane apicale, la partie extracellulaire du récepteur est clivée et est sécrétée avec l'IgA. Le produit sécrété est appelé IgA sécrétoire (ou sIgA).

De nombreuses protéines, hormones et facteurs de croissance se retrouvant dans le lait à partir du plasma sont également supposés comme étant sécrétés de la même façon (ces mécanismes ayant été beaucoup moins étudiés).

Voie V : La voie para-cellulaire

Cette dernière voie, contrairement aux autres, est para-cellulaire : elle permet le passage de substances entre les cellules épithéliales. Cette voie est seulement retrouvée durant la phase colostrale qui s'étend de la mi-grossesse au 2^{ème} ou 3^{ème} jour après l'accouchement. Les protéines plasmatiques, les immunoglobulines (en particulier IgA) et les leucocytes peuvent donc circuler au travers des cellules alvéolaires qui ont perdu leurs jonctions communicantes.

5. Composition du lait

La qualité et la quantité du lait évoluent au fur et à mesure des jours pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. Il en est de même pour la composition du lait, qui évolue au cours d'une même tétée et tout au long de la journée.

a) Le colostrum

Le colostrum est une sécrétion épaisse de couleur jaunâtre qui s'écoule de façon peu abondante. Sa production se fait durant la dernière partie de la grossesse et s'interrompt vers le 3^{ème} jour du post-partum. La quantité moyenne de production est de 20 à 30 ml à J1 et de 40 à 60 ml à J2.

Le colostrum est riche en :

- Anticorps (Ig A) et en globules blancs qui confèrent au nouveau-né une protection contre les infections
- Sels minéraux en grande quantité retenant l'eau dans l'organisme du nouveau-né et limitant ainsi la fuite hydrique et la perte de poids des premiers jours
- Protéines et graisses pour la croissance
- Hormones et enzymes facilitant la digestion et induisant le métabolisme hépatique
- Facteurs de croissance tissulaire et facteurs favorisant la multiplication et l'implantation de bactéries intestinales impliquées dans le bon fonctionnement du système immunitaire digestif et la défense contre les infections
- Vitamine E qui est la plus importante des vitamines dans le colostrum

b) Le lait maternel

Le colostrum est remplacé par le lait de transition ou lait colostral produit de J3 à J15 du post-partum. A J3, il se produit ce que l'on appelle la « montée de lait » qui est favorisée par la fréquence des tétées. Progressivement le lait change de couleur en devenant blanc-orangé, mais également moins dense et la quantité de lait produite augmente.

On note que ce lait de transition est particulièrement riche en glucides et en lipides.

Le lait mature apparaît de J15 à J21 du post-partum. Ce lait très fluide a un aspect « blanc-bleuté », presque translucide. Avec l'âge du bébé, le lait continue à augmenter en volume et sa composition évolue en fonction de l'âge et des besoins spécifiques du bébé.

c) Les principaux constituants du lait maternel

Les constituants du lait maternel sont :

- L'eau qui représente environ 87% du lait maternel

- Les protéines : il en existe deux principales :
 - La caséine représentant 30 % des protéines totales. C'est une protéine très fine et digeste se logeant sur le site des liaisons avec le fer
 - Les protéines solubles qui représentent le reste soit 70%. Elles sont composées par :
 - la lactoferrine ayant une affinité pour le fer lui conférant une propriété bactériostatique
 - l'alpha-lactalbumine impliquée dans la synthèse du lactose
 - les immunoglobulines sont en moins grande quantité que dans le colostrum. Le lait maternel contient peu d'IgG, l'enfant les ayant reçues de sa mère par voie transplacentaire. Par contre, le lait est très riche en IgA sécrétoires, résistantes à l'acidité gastrique et actives dans la protection de la barrière intestinale
 - le lysozyme, en quantité importante, lysant les parois des bactéries.

- Les lipides :
 Leur composition est la plus variable et dépend de l'alimentation de la mère, du moment de la journée, du stade de la lactation et enfin de la période de la tétée. Ils fournissent 50 % des apports caloriques :
 - les triglycérides constituent 98 % des lipides. Riches en acides gras essentiels, ils sont essentiels pour la constitution des membranes (cerveau, rétine...) et pour la synthèse des prostaglandines
 - le cholestérol qui lui varie peu avec l'alimentation de la mère ou le stade de la lactation. On retrouve néanmoins dès les premiers jours, des facteurs influençant le métabolisme du cholestérol, ce qui protégerait à long terme l'individu contre l'hypercholestérolémie.

- Les glucides:
 - Le lactose, nécessaire à la construction du cerveau. Il est présent en grande quantité dans le lait maternel. Il a pour rôle de protéger le tube digestif contre la croissance bactérienne en induisant une baisse du pH intestinal
 - Les oligosaccharides, présents en plus grande quantité dans le colostrum que dans le lait mature

- Les sels minéraux, oligo-éléments et vitamines hydrosolubles
 - Les sels minéraux : leur teneur est relativement faible par rapport au lait de vache mais suffisante pour couvrir les besoins nutritionnels du nouveau-né. Leur quantité n'est pas fonction de l'alimentation de la mère.
 - Na = 10 à 20 mg / 100 ml
 - Ca = 25 à 50 mg / 100 ml
 - Fer = 0,05 mg / 100 ml
 - Le rapport calcium/ phosphore (= 2) est relativement élevé
 - Les vitamines sont liées aux protéines.
 - Les apports en vitamine D dépendent de l'alimentation de la mère
 - En revanche, l'apport de la vitamine K influence peu la composition du lait, d'où la nécessité d'apporter au nouveau-né de la vitamine K en prévention de la maladie hémorragique du nourrisson et également pendant toutes les semaines de la durée de l'allaitement maternel exclusif
 - La concentration en vitamine C couvre les besoins de l'enfant

B. Epidémiologie de l'allaitement

1. Situation actuelle en France

En 2013, la part des nourrissons allaités à la naissance s'élève à 66 %. Elle n'est plus que de 40 % à 11 semaines, 30 % à 4 mois et 18 % à 6 mois. Si la pratique de l'allaitement a beaucoup progressé depuis les années 1990, elle est stable depuis une dizaine d'années et se situe à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins. Aussi, d'après une étude, on remarque quelques inégalités sur la pratique de l'allaitement selon les régions. [4]

a) Taux d'initiation à l'allaitement maternel

Il existe trois certificats de santé obligatoires de l'enfant, réalisés au 8^{ème} jour, au 9^{ème} mois et au 24^{ème} mois permettant de faire le point sur le mode d'alimentation de l'enfant à ces trois âges. Ils fournissent des résultats confirmant ceux des autres sources sur l'allaitement, et permettent d'obtenir des données annuelles au niveau départemental.

La part des enfants allaités à la naissance a beaucoup progressé entre la fin des années 1990, où elle était inférieure à 55 %, et la seconde moitié des années 2000 où elle dépasse 65 %. Depuis, elle reste stable pour s'élever à 65 % en Métropole et à 85 % dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), hors Mayotte, selon les dernières données disponibles de 2013. Cependant, il existe une forte disparité entre les départements. Selon une étude sur l'allaitement à la naissance, plus d'enfants sont allaités en Ile-de-France, dans l'est de la France et surtout dans les DROM (hors Mayotte) où l'allaitement à la naissance concerne 85 % des enfants (Figure 8). Certains départements du nord (Aisne, Somme, Pas-de-Calais) et du centre de la France (Cantal, Allier) affichent des taux inférieurs à 50 %. A l'inverse en outre-mer, les taux d'allaitement varient de 78 % à La Réunion (taux stable depuis quelques années) à plus de 90 % dans les Antilles notamment en Martinique, Guyane et Guadeloupe. [4]

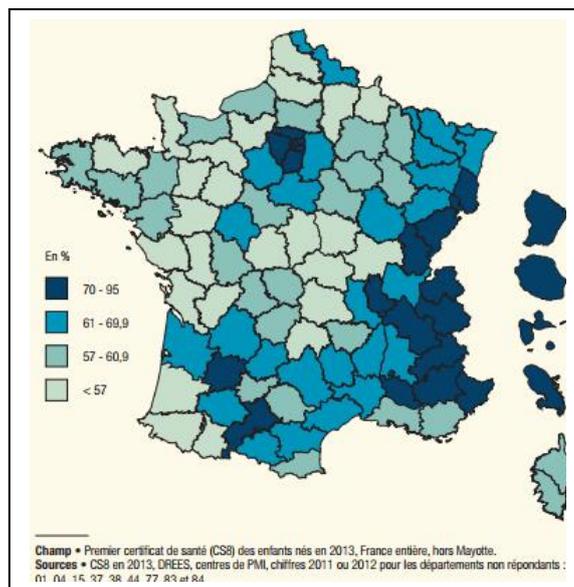


Figure 8 : Carte représentant les taux d'enfants allaités à la naissance en 2013 [4]

b) Taux de poursuite de l'allaitement maternel

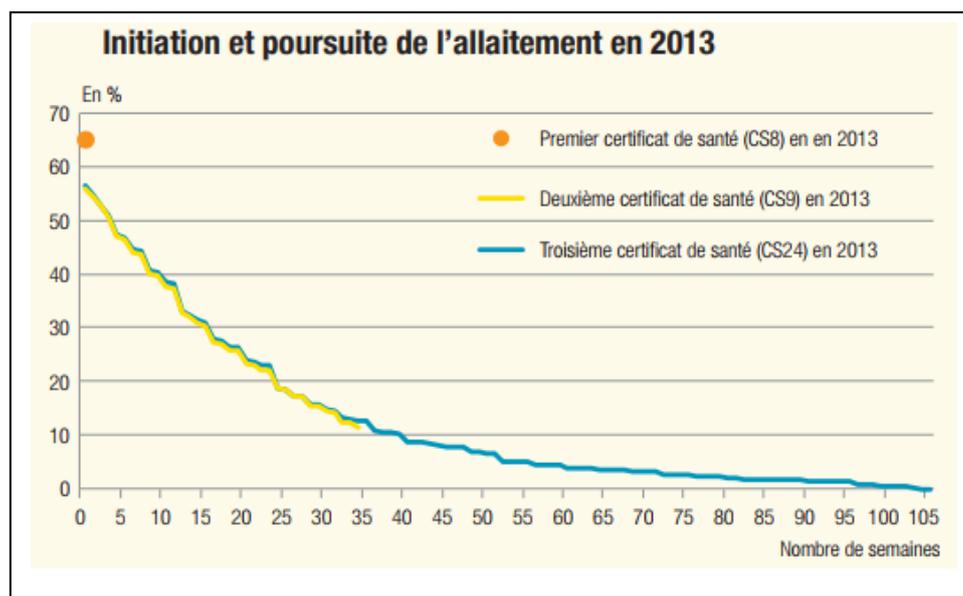


Figure 9 : Graphique représentant l'initialisation et la poursuite de l'allaitement en 2013 selon les données de la DREES [4]

En s'appuyant sur les deuxième et troisième certificats (au 9^{ème} et 24^{ème} mois) des enfants nés en 2011 et 2012, on peut estimer qu'environ 10 % des mères arrêtent l'allaitement dès la sortie de la maternité. Le sevrage en France apparaît très précoce et continu dans le temps. Ainsi, la part des enfants allaités, de façon exclusive ou mixte, n'est plus que de 50 % à 5 semaines et de 40 % à 11 semaines. Cette période correspond à la fin du congé maternité, et ainsi à la reprise éventuelle d'une activité professionnelle (pour les femmes en emploi qui ne prolongent pas leur congé maternité par d'autres formes de congé). Au seuil des 4^{ème} et 6^{ème} mois recommandés par les professionnels, les nourrissons ne sont plus respectivement que 30 % et 18,5 % à être allaités, soit moins de la moitié des enfants allaités à la naissance dans le premier groupe et près du quart dans le second. Ces chiffres sont très proches de ceux recueillis par d'autres études réalisées en 2012. [5][6]

Parmi ceux encore nourris au lait maternel, la durée moyenne d'allaitement est de 19 semaines, avec une médiane située entre 15 et 16 semaines. Alors que certains départements présentent une durée moyenne de l'ordre de 15 semaines (Aisne, Ardennes, Nièvre, Haute-Marne, Pas-de-Calais ou Somme), d'autres comme Paris, l'Aveyron ou la Martinique ont une moyenne supérieure à 23 semaines, et jusqu'à 26 semaines en Guyane. La carte représentant les enfants allaités au moins 10 semaines (Figure 10) présente les mêmes disparités départementales que celles observées pour l'allaitement dès la naissance. [4]

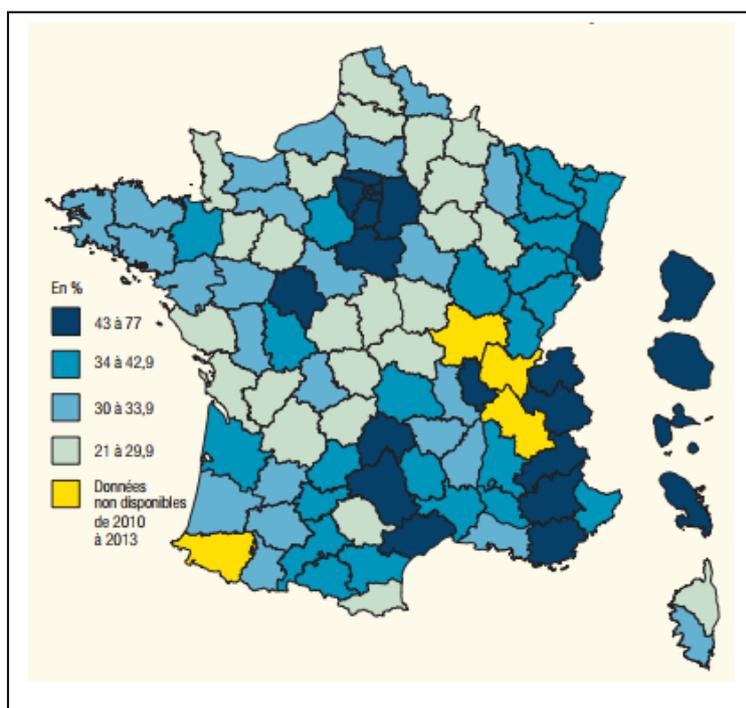


Figure 10 : Carte représentant le taux d'enfants allaités à 10 semaines et plus [4]

2. Situation au niveau international

a) Dans les pays développés

(1) Les pays scandinaves

Depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, les taux d'allaitement maternel en Suède comme en Norvège, ont décrit une courbe en « U » spectaculaire. Jusqu'au milieu des années 30, la plupart des naissances se faisaient à domicile et l'allaitement était la norme. Quand le taux d'accouchement en milieu hospitalier a augmenté, la prévalence de l'allaitement a baissé, avec un minimum vers 1972-1973, où, en Suède, seulement 30 % des bébés étaient exclusivement allaités à deux mois. [7]

Actuellement, les pays scandinaves font figure d'exception et de modèle par l'OMS avec des taux d'allaitement bien plus élevés que tous leurs voisins européens.

A la naissance, le taux d'allaitement dans ces pays atteint 99%, ce qui représente le taux le plus élevé dans les pays industrialisés. Ceci est le résultat d'une forte mobilisation pour promouvoir l'allaitement à toutes les échelles.

Deux facteurs permettent d'expliquer en partie la hausse des taux d'allaitement en Suède.

D'une part, la mise en place dès 1993 de l'« Initiative Hôpital Amis des Bébé » (IAB) dont on détaillera les critères plus bas. Toutes les maternités de Suède ont ce label et 90% le possèdent en Norvège. D'autre part, il y a eu une baisse générale des taux de fécondité, prononcée notamment dans les familles aux taux de revenus faibles, où il y a souvent les plus bas taux d'allaitement.

En 1970, des mouvements de citoyens regroupés à l'intérieur d'associations très actives ont initié les actions de promotion de l'allaitement. Les mouvements féministes ont considéré l'allaitement comme étant un droit et lui ont attribué un caractère naturel à l'inverse de ce qui s'est passé en France, où l'allaitement été considéré comme un devoir et une contrainte pour les femmes.

Par la suite, ces actions ont été relayées par une volonté politique au plus haut niveau de l'état, avec tout d'abord des ententes avec les fabricants de lait industriel, qui ont entraîné la disparition des publicités et des promotions des préparations, des biberons et de compléments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge. La législation du travail a évolué favorablement pour encourager l'allaitement prolongé avec notamment des horaires aménagés et un congé post-natal pour les deux parents. [8]

	Sortie de maternité	A 3 mois	A 6 mois
Suède	98%	83%	72%
Norvège	94%	90% Dont 70% en exclusif	80%

Tableau 1: Tableau présentant les taux de prévalence de l'allaitement dans les pays scandinaves [9]

Lancée en 1991, l'IAB est un projet de l'UNICEF et de l'OMS dont l'objectif est que toutes les maternités, qu'elles soient indépendantes ou situées dans un hôpital, évoluent en centres de soutien à l'allaitement maternel.

Pour être reconnue « Ami des Bébé », une maternité doit satisfaire aux dix conditions suivantes :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure, encourager les mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale (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 l'enfant avec sa mère 24 h sur 24 (favoriser la proximité de la mère et du bébé en privilégiant toujours 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 (aux signes d'éveil) et de la mère
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Grâce à toutes ses mesures, les taux et les durées d'allaitement sont actuellement en augmentation. [10]

(2) Aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, les premières prises de conscience concernant l'allaitement furent assez tardives : c'est dans les années 80 que les premiers plans d'action furent lancés. A la fin des années 90, les bénéfices de l'allaitement maternel et la nécessité de le soutenir sont enfin reconnus. Clinton, le Président de l'époque, suggère en 1999 que l'on finance les congés maternités qui étaient jusque-là non rémunérés.

En 2000, la « Division provisoire sur l'allaitement » est constituée au sein de l'AAP, l'Académie Américaine de Pédiatrie. L'objectif est de permettre aux pédiatres de s'engager pour promouvoir l'allaitement. Trois missions sont proposées :

- Développer des recommandations sur l'allaitement
- Améliorer l'information des médecins notamment à travers la formation continue, l'organisation de conférences, et en leur fournissant matériel et assistance
- Organiser la collaboration avec d'autres groupes de l'AAP et avec des organisations extérieures

Suite à cela, un programme « Promotion de l'Allaitement dans les Cabinets Pédiatriques », ainsi que la « National Breastfeeding Helpline », une ligne téléphonique d'écoute et d'information sur l'allaitement maternel, ont été mis en place. [11]

Aussi, après avoir fait le point sur la situation nationale, le « Health and Human Services » proposait des projets pour redorer l'image de l'allaitement au sein tels que démontrer les bienfaits sur la santé de l'enfant et de la mère, les avantages économiques afin d'augmenter les taux dans les populations les plus pauvres. C'est à ce moment que furent lancés les projets pilotes « Healthy People ».

Leurs objectifs pour le premier projet de 2000 étaient d'obtenir des taux d'allaitement exclusif de 75% à la naissance et 50% à 6 mois qui n'ont malheureusement pas été atteints.

En 2010, le deuxième plan ajoute une autre cible : celle d'un taux d'allaitement exclusif de 25% à 1 an.

La nécessité d'évaluer les connaissances sur la physiologie de la lactation, les facteurs psychosociaux influençant l'allaitement, et de celle d'un soutien plus important au sein du monde du travail sont étudiés.

Néanmoins, les Etats-Unis sont un modèle multiculturel par excellence, ce qui fait que l'impact des campagnes de soutien et de sensibilisation à l'allaitement maternel est très différent selon l'origine ethnique des populations (voir tableau ci-dessous).

Origine ethnique	Taux d'allaitement exclusif à la naissance	Taux d'allaitement exclusif entre 5 et 6 mois	Taux d'allaitement exclusif à 1 an
Européenne	68 %	31 %	19 %
Hispanique	66 %	28 %	17 %
Africaine	45 %	19 %	9 %
Confondues	64 %	29 %	16 %
But du projet Healthy People 2010	75 %	50 %	25 %

Tableau 2: Tableau indiquant le taux d'allaitement exclusif aux Etats-Unis en 1998 et objectifs du plan Healthy People 2010 [12]

Concernant la promotion de l'allaitement maternel, chaque Etat s'implique plus ou moins, notamment à travers des campagnes de sensibilisation.

Citons le cas du Texas, état conservateur des Etats-Unis, où l'allaitement en public n'est pas toléré. Une campagne a été élaborée par deux associations, la Leche League et le Comité d'allaitement maternel soutenant tout deux le droit à l'allaitement en public dont l'objectif est de faire prendre conscience et de modifier les mentalités pour que la loi HB1706 (loi autorisant la tétée en public) soit adoptée dans cet état. Elles mettent en circulation une campagne de photos chocs dénonçant ainsi le danger sanitaire qu'encourent ces jeunes mamans qui se retrouvent à allaiter dans des lieux insalubres afin de ne pas le faire en public. [13]



Figure 11 : La campagne anti-discrimination « When nurture calls » contre l'allaitement en public aux Etats-Unis [13]

(3) L'Allemagne

En Allemagne, la commission nationale pour l'allaitement maternel a été fondée en 1994 suite à une résolution de la 45^{ème} Assemblée mondiale de la Santé. Elle se compose de chercheurs, pédiatres, obstétriciens, de représentants des associations pour la promotion de l'allaitement, de sages-femmes et d'infirmières pour enfants.

Sa mission est de promouvoir l'allaitement en Allemagne. Elle conseille le gouvernement fédéral, émet des directives et des recommandations et soutient les différentes initiatives en vue de lever les

obstacles à l'allaitement. Cette Commission s'occupe également des questions relatives à l'implémentation de la loi sur la publicité pour les aliments pour nourrissons. [14]

L'Allemagne a un très bon taux d'allaitement à la naissance qui atteint 90%. Les mères bénéficient d'un bon suivi dès la période prénatale où elles sont bien informées sur la maternité. Après la naissance de leur enfant, elles reçoivent régulièrement la visite d'une sage-femme durant les premières semaines de naissance pour un meilleur suivi.

(4) L'Italie

En 2013, une étude de l'ISTAT (l'Insee italien) indique que l'allaitement maternel atteint un taux de 85,5 %. En comparaison, il était de 81,1% en 2005. La durée moyenne d'allaitement d'après l'étude était de 6,2 mois en 2000, 7,3 mois en 2005 pour atteindre 8,3 mois en 2013 avec un taux d'allaitement exclusif de 4,1 mois.

L'activité de promotion renforcée par plusieurs campagnes de sensibilisation à l'allaitement au cours de la dernière décennie, notamment par un accord spécifique entre le ministère de la Santé et des Régions, ont permis d'observer des résultats positifs sur la durée globale de l'allaitement. [15]

En Italie, 46,5 % des femmes de 15 à 64 ans étaient actives à cette même période. Ce chiffre pourrait aussi expliquer ce plus grand taux d'allaitement par rapport à la France où 60,4 % des femmes sont actives. [16]

(5) Le Japon

Au Japon, la santé des enfants est fortement valorisée. L'allaitement y est donc encouragé. Le recours exclusif à l'allaitement au sein pendant une période prolongée était traditionnellement la norme au Japon. Même aujourd'hui, il n'est pas rare que les enfants soient nourris au sein pendant une longue période même si l'allaitement mixte (sein et biberon) est en augmentation.

Les femmes peuvent ainsi allaiter leur enfant dans les rues, sans être gênée car allaiter en public n'est pas mal perçu mais des baby-rooms sont mis à dispositions dans les espaces publics comme les centres commerciaux où elles peuvent allaiter confortablement. [17]



Figure 12 : Photos des Baby-rooms au Japon [17]

b) Dans les pays en voie de développement

Depuis quelques années, on redécouvre dans les pays du nord, dans une moindre mesure, cet art exclusivement féminin qu'est l'allaitement maternel. L'utilisation du biberon reste malgré tout importante et continue de progresser dans de nombreux pays non industrialisés. Ce passage du sein au biberon a de graves conséquences, dont les signes sont visibles dans les familles pauvres d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine.

(1) L'allaitement, une nécessité vitale

Dans un pays en développement, un enfant nourri au sein a presque trois fois plus de chances de survie qu'un enfant qui ne l'est pas. On estime que si tous les enfants étaient exclusivement nourris au sein pendant leurs six premiers mois, environ 1,5 million de jeunes vies pourraient être sauvées.

(a) Le cas des situations d'urgence

Beaucoup pense lors des situations d'urgence, que les mères ne sont plus capables d'allaiter (à commencer par les mères elles-mêmes) du fait qu'elles soient trop stressées et qu'elles peuvent ne plus avoir d'alimentation correcte. Il est vrai que le stress inhibe le réflexe d'éjection mais il n'a pas d'incidence sur la production de lait. Ainsi donc, lorsque la mère met au sein son enfant, la lactation sera toujours entretenue. D'ailleurs, de nombreuses mères dans le monde sont malnutries, mais allaitent sans difficulté.

Lors des situations d'urgence, les dons de substituts du lait maternel et de matériel de biberonnerie sont très courants, bien que cette pratique soit contraire au Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. Ces appels aux dons sont d'ailleurs encouragés par les médias qui partagent cette conviction. L'expérience a pourtant démontré que ce type de dons mettait en danger la vie des bébés.

Prenons le cas du tremblement de terre qui avait eu lieu en Indonésie en 2006 où des centaines de milliers de gens s'étaient retrouvés sans abri. Les mères avaient des problèmes pour nourrir leurs enfants et du lait maternisé leur avait été gratuitement distribué.

Comme l'avait expliqué Dorothy Foote, la responsable de la nutrition d'urgence de l'UNICEF à Jogjakarta, cela avait fait plus de conséquences négatives que de bien.

En effet, d'après ses dires, « L'environnement est malpropre, il y a de la poussière et l'accès à de l'eau salubre est limité. Les femmes ne disposent pas d'endroit pour faire la cuisine, l'endroit où normalement elles font bouillir de l'eau et lavent leur vaisselle. Les gens font la cuisine en plein air. Les gens mangent fréquemment dans des cuisines collectives, il y a par conséquent une vraie perte de contrôle sur la propreté de l'environnement, explique-t-elle, cela augmente la probabilité pour les enfants de tomber malades à cause de ce qu'ils consomment. Et le passage au lait maternisé réduit aussi la protection que leur assurent les anticorps contenus dans le lait maternel. »

Dans un des hôpitaux où a eu lieu ce sinistre, un médecin qui travaillait pour l'UNICEF, avait vu les preuves que passer au lait maternisé pouvait être préjudiciable, particulièrement pendant les périodes de catastrophes. Il racontait que de jeunes bébés été admis souffrant de déshydratation causée par

une diarrhée engendrée par un système immunitaire affaibli ou par la consommation de lait en poudre mélangé avec de l'eau contaminée.

Plus de 80% des foyers sinistrés avaient ainsi reçu ce lait distribué gratuitement en larges quantités depuis la date du séisme, ce qui représentait le double de la consommation habituelle. Ceci avait eu un effet négatif non seulement sur la santé des bébés âgés de moins de six mois qui avaient été habitués à ce lait, mais aussi, cela avait entraîné des complications économiques au sein des familles qui n'avaient pas les moyens d'acheter ces préparations de lait, d'autant plus qu'il était plus difficile pour ces femmes de revenir ensuite à l'allaitement au sein après avoir habitué leur nourrisson à ce type de lait. [18]

Le comportement le plus judicieux selon Mme Foote lors des situations critiques, serait d'apporter un soutien psychologique et émotionnel aux mères ainsi que de les encourager à continuer de donner le sein et de leur fournir des rations supplémentaires de nourriture et d'eau pour elle-même.

(b) L'allaitement artificiel au biberon : une cause de malnutrition

Dans les pays en voie de développement (PVD), l'insuffisance pondérale à la naissance représente l'un des principaux problèmes de santé publique.

Nous notons qu'environ 60 % des nouveau-nés dans ces PVD ne sont pas pesés. Près de 16 % des nourrissons qui ont été pesés (soit plus de 19 millions) pèsent moins de 2,5 Kg à la naissance; ils risquent 20 fois plus de décéder dans leur jeune âge que les bébés plus gros. Comparés aux enfants de poids normal, ceux de faible poids sont plus exposés aux maladies infectieuses, et présentent un risque accru de retard de croissance et de troubles du développement cognitif. Ils sont aussi plus exposés aux maladies chroniques plus tard dans la vie.

C'est en Asie et plus particulièrement en Asie du Sud en Inde où nous retrouvons le plus grand nombre d'enfants présentant une insuffisance pondérale à la naissance (d'après la figure 13 ci-dessous). Cette région compte à elle seule plus de la moitié de ces enfants dans le monde (11 sur 19 millions d'enfants). Vient ensuite l'Afrique subsaharienne avec plus de 4 millions puis l'Asie de l'Est avec presque 2 millions d'enfants avec un faible poids.

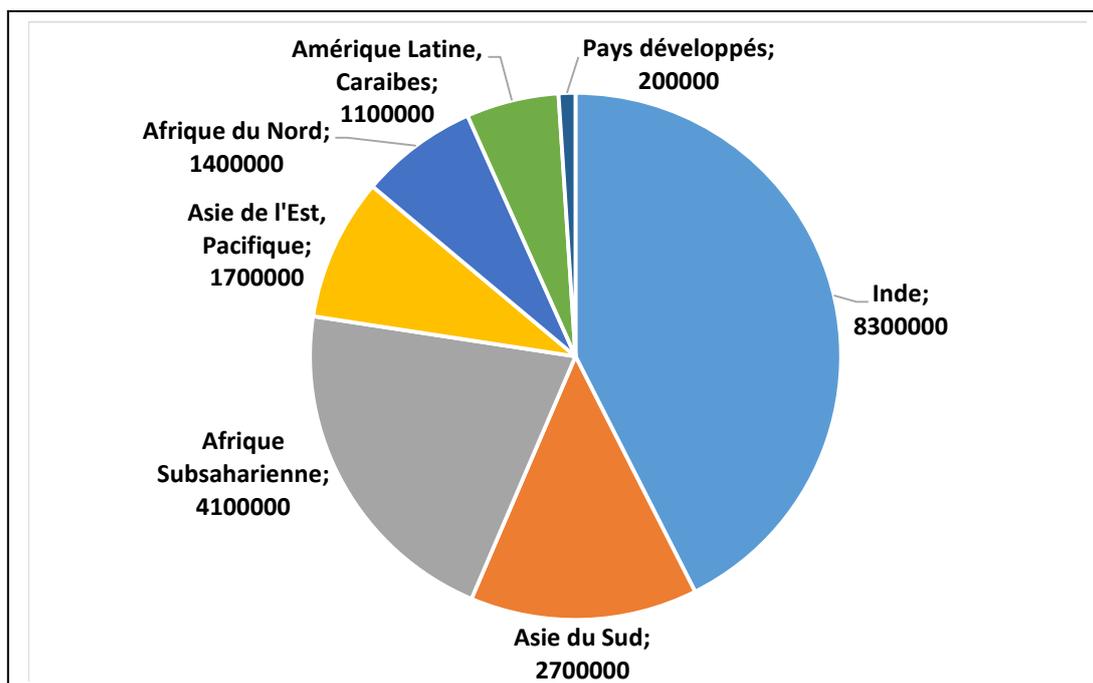


Figure 13 : Figure représentant le taux d'insuffisance pondérale à la naissance dans les PVD [19]

Par ailleurs, l'arrivée du lait artificiel dans les maternités a fait chuter les taux d'allaitement maternel qui est pourtant essentiel pour ces nourrissons.

Ce lait, distribué gratuitement, est vu par ces mères comme un moyen de suivre le monde moderne occidental. Cependant, lorsqu'elles retournent chez elles, ces substituts ne sont plus gratuits, et représentent un grand budget dans leurs dépenses. Par conséquent, elles ont tendance à diluer davantage la poudre, pour faire des économies. Le lait obtenu, en plus d'être probablement contaminé par des microorganismes pathogènes présents dans l'eau utilisée, est de mauvaise qualité nutritionnelle causant une malnutrition. Cette dernière entraîne un retard de croissance qui pourra évoluer de façon chronique vers une dénutrition.

Ces faits sont relatés dans le livre intitulé « The baby killer », où « War on Want », une ONG anglaise, dénonce les stratégies marketing de Nestlé dans les années 70. Elle reprocherait au groupe de distribuer des boîtes de lait artificiel dans les maternités des PVD, en envoyant des vendeuses habillées comme des infirmières. [20]

(2) Allaitement maternel et VIH

L'infection par le VIH ou Virus de l'Immunodéficience Humaine est une pandémie qui constitue une préoccupation majeure de la santé publique au niveau mondial et principalement dans certains pays du continent africain, là où le taux de prévalence est le plus élevé.

La contamination se fait selon trois modes de transmission:

- Par voie sexuelle
- Par voie sanguine
- De la mère à son enfant, soit in utero, soit à l'accouchement, ou soit par l'allaitement maternel

La suspicion du passage du VIH dans le lait maternel date de 1985, avec le cas d'une mère ayant été contaminée en post-partum précoce par transfusion et qui l'aurait transmis à son enfant en l'allaitant. [21] Cette hypothèse de transmission est aujourd'hui confirmée, mais elle reste difficile à chiffrer car les tests de dépistage ELISA ne permettent pas de savoir à quel moment les anticorps anti-VIH ont été transmis. Aussi, le nourrisson sécrète des anticorps contre le VIH en réponse à l'infection de sa mère qu'il soit lui-même contaminé ou non, donc leur présence ne peut pas être interprétée comme étant un signe d'infection active.

Aussi, d'après une étude haïtienne, la présence du VIH dans le lait est variable étant donné qu'il serait détectable durant toute la lactation chez certaines femmes, tandis que chez d'autres il ne sera jamais retrouvé. [22]

Afin d'estimer le taux de transmission du VIH pendant l'allaitement, de nombreuses études ont comparé des groupes d'enfants allaités et non allaités. C'est en analysant cinq d'entre eux que Dunn a estimé en 1992 que l'allaitement était responsable d'en moyenne 14% des cas de transmission du VIH. Cependant, ces études portaient sur des petits échantillons et présentaient de nombreux biais méthodologiques. [23]

La technique PCR (Polymerase Chain Reaction) a permis de tenter de dépister de manière précoce le moment de contamination. Le principe est que toute contamination détectée après six semaines de vie du nourrisson est liée à l'allaitement, les résultats aboutissant à une transmission de 8 à 16.2%. [24] [25]

Toutefois, d'après une autre étude, la fiabilité de la PCR est à prendre en compte car elle n'est pas la même selon l'âge du nourrisson: elle est de 55.8% chez un nouveau-né de moins d'un mois. Lors des premiers jours de vie, la fiabilité n'est donc pas très sûre tandis qu'elle est beaucoup plus fiable chez des enfants plus âgés, où elle atteint 82.3 %. [26]

D'autres auteurs ont évalué en 2000 le risque de contamination par litre de lait maternel ingéré, et par jour d'allaitement. La probabilité de transmission du VIH par le biais du lait maternel était approximativement de 0,64 pour 1000 litres de lait maternel absorbés par l'enfant, soit de 1 contamination pour environ 1500 litres de lait maternel consommés. Sachant que les enfants avaient consommé environ 150 litres de lait maternel pendant toute la durée de l'allaitement, la probabilité de transmission était de 28% pour 1000 jours d'allaitement, ce qui correspond à environ 10% d'infections par année d'allaitement. Le risque évalué est donc semblable au risque pour un adulte d'être infecté par le VIH au cours d'un rapport sexuel non protégé. [25]

Toutefois, il est à noter que toutes les études citées précédemment n'ont pas pris en compte la durée de l'allaitement et n'ont également pas fait de différence entre allaitement exclusif ou partiel.

D'après Illif et ses collaborateurs qui ont étudié trois groupes d'enfants suivant qu'ils étaient exclusivement, essentiellement ou partiellement allaités, le taux de transmission du VIH était de 5,1% d'enfants par année d'allaitement chez ceux qui avaient eu un allaitement exclusif pendant les 3

premiers mois, contre 6,7% et 10,5% dans les 2 autres groupes d'enfants. L'hypothèse émise est que l'introduction de solides ou d'un substitut maternel autre que le lait maternel avant les 3 mois de l'enfant pourrait augmenter le risque de transmission du VIH. [27]

Un constat similaire a été observé dans une étude américaine suivant 900 mères séropositives et non traitées entre 2002 et 2004. Ces dernières étaient séparées en deux groupes : l'un où les mères allaitaient exclusivement pendant plus de quatre mois et l'autre, où après quatre mois l'allaitement exclusif devenait partiel avec introduction de « préparations à base de céréales spécifiquement formulées et fortifiées pour des nourrissons de cet âge ». Le lait maternel de chacune a été recueilli 4 mois et ½ après.

L'étude a mis en évidence une plus forte concentration du VIH dans le lait des mères qui ont cessé d'allaiter exclusivement au 4^{ème} mois de l'enfant, comparé à celui des mères qui avaient continué au-delà des 4 mois. En conséquence, un plus grand nombre de nourrissons avaient été infecté dans le groupe sevré après 4 mois d'allaitement. [28]

La présence d'anticorps dans le lait maternel pourrait expliquer ce caractère protecteur qu'a l'allaitement exclusif qui permettrait de protéger les muqueuses du nourrisson, limitant ainsi l'infection. L'introduction d'aliments, à l'inverse, contenant potentiellement des contaminants ou des bactéries pourrait abîmer cette barrière.

D'autre part, aux Etats-Unis, des chercheurs ont découvert que la protéine de lait maternel TNC (TenascinC), jouant un rôle important dans le développement fœtal et dans les processus de réparation tissulaire, serait capable de neutraliser ce virus. Elle occuperait les sites de fixation du VIH aux cellules, ce qui empêcherait alors sa pénétration. Le système immunitaire des nourrissons allaités combattrait alors bien plus facilement ce virus neutralisé. [29]

Nous notons toutefois, que si dans les pays en voie de développement le lait maternel reste la meilleure alimentation pour les nourrissons, principalement en raison des conditions d'hygiène, de nombreuses précautions doivent être de mise. Il faut prendre en compte le fait que plus l'allaitement est long, plus cela représente un risque élevé de transmission. Il est conseillé durant les premiers mois de vie de se limiter exclusivement au lait maternel, avant d'arrêter de façon définitive pour passer à une alimentation plus variée. Par ailleurs, une réunion d'experts de l'OMS et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (OMS/UNICEF) en 1992 a émis les recommandations suivantes:

« Dans les régions où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les principales causes de décès des enfants et le taux de mortalité infantile élevé, l'allaitement maternel doit être conseillé aux femmes enceintes, y compris à celles qui sont atteintes par le VIH. La raison en est que les risques d'infection virale par le lait maternel chez un nourrisson restent plus faibles que les risques de décès occasionnés par d'autres facteurs si celui-ci n'était pas nourri au sein. »

Dans les pays développés, la plupart des femmes ont accès à des traitements antirétroviraux pouvant réduire la charge virale et la rendre quasiment indétectable dans le lait. Le risque de contamination est donc faible, néanmoins, il n'est pas nul. Ces femmes ne seront donc pas encouragées à allaiter mais il leur sera plutôt recommandé de nourrir leur enfant avec des substituts de lait maternel.

c) **L'allaitement dans certaines cultures et religions [17]**

(1) **Au sein des cultures africaines**



Figure 14 : Une mère en Afrique allaitant son enfant [30]

Le continent africain regroupe une grande diversité de groupes ethniques avec tout autant de rituels et croyances différents autour de l'allaitement. De manière générale, l'allaitement y est considéré comme un acte naturel donc la majorité des femmes allaitent, et ce pendant longtemps.

Néanmoins, pour la plupart de ces ethnies, l'allaitement exclusif n'est pas toujours prolongé et des compléments au lait maternel peuvent être introduits très tôt dans l'alimentation du nourrisson.

Ainsi donc, pour la majorité de ces cultures, le sevrage ne se fait pas avant l'âge de deux à trois ans, et se fait de manière progressive, mais il arrive parfois qu'il soit plus précoce et plus brutal.

Le peuple des Bemba, par exemple, considère que le lait n'a aucune valeur nutritive. Il est une simple sécrétion, analogue à l'eau, et l'allaitement est plus de nature ludique, un simple apaisement de l'enfant, qu'alimentaire : l'enfant doit être immédiatement nourri avec d'autres produits d'origine agricole.

Les Lobi, constituant un peuple d'Afrique de l'Ouest, donnent en complément du lait maternel «un médicament amer de la bouche», appelé le Nuokhati qui est administré au nourrisson dès les premiers jours et ce pendant plusieurs mois, pour assurer la croissance du bébé. Il s'agit d'une préparation à base de racines de l'arbre représentant le clan du père. Cette préparation concrétise la place du père dans la relation familiale qui est plutôt dominée par le duo mère-enfant.

Chez certaines cultures, le colostrum est considéré comme mauvais et n'est pas donné à l'enfant. C'est le cas pour le peuple des Bassaris. Le nourrisson, en attendant que le lait de sa mère soit mature, reçoit du lait maternel d'autres femmes allaitantes proches telles que les coépouses, parentes ou amies.

Les Touaregs pensent également que le premier lait qui monte après l'accouchement ressemble davantage à de l'eau simple qu'à du lait et n'a pas encore de valeur nutritive. L'enfant recevra tout de même ce colostrum qui n'a pas de représentations négatives. Le « vrai lait », substance nutritive par excellence des nomades, ne coulerait des seins qu'au terme de deux à trois jours suivant l'accouchement.

Aussi, selon eux le « vrai » lait maternel reconnu, serait une substance bisexuée qui résulte de la transformation du sang, lui-même issu de la rencontre entre une semence masculine et féminine.

D'autres exemples de culture indiquent au contraire des durées d'allaitement exclusif de plusieurs mois. Comme le peuple des Mossis où les femmes allaitent 8 mois leur enfant avant de leur donner des compléments.

Ce mode d'allaitement exclusif au sein pendant une période prolongée était la norme dans la plupart des pays d'Afrique à une certaine époque, mais de nos jours, les programmes de distribution de lait ont eu des répercussions considérables dans le choix d'alimentation des nourrissons par leur mère.

D'après une étude réalisée en 1993 sur les facteurs influençant le choix du mode d'allaitement à Yaoundé au Cameroun, l'auteur remarque que le niveau d'éducation élevé, l'activité professionnelle et le milieu urbain sont des facteurs influençant négativement l'allaitement maternel.

(2) Au sein des cultures asiatiques



Figure 15 : Deux jeunes mères allaitantes en Asie du Sud-Est [31]

Tout comme les nombreuses cultures africaines, les recommandations concernant les comportements et l'alimentation des mères sont très présentes dans la culture asiatique et varient selon les populations. Dans les cultures asiatiques, l'allaitement maternel va conditionner l'alimentation des femmes qui vont devoir respecter selon leur coutume, un certain code alimentaire.

En Asie du sud-est, notamment dans les pays du Vietnam, Chine et Cambodge, il est considéré que l'accouchement retire à la femme de la chaleur, du sang et du souffle de vie. De ce fait, durant le premier mois après l'accouchement, les femmes sont considérées comme étant très vulnérables au froid, élément négatif appelé sous le terme de « Yin ».

L'alimentation de ces femmes doit donc être faite d'aliments chauds, aliments du « Yang » qui va rééquilibrer son énergie. Ces aliments sont le poulet, le porc, le riz bouilli et le thé chinois mais aussi les épices et les condiments tel que le gingembre, le sel, le poivre noir. Les aliments à éviter sont les aliments considérés froids incluant les fruits et les légumes crus (plus particulièrement les épinards, les haricots mungo, le melon, le citron, la banane) ainsi que les aliments frits en grande friture et les

aliments gras. Eviter ces aliments «froids» permet à la mère de protéger son enfant contre certaines maladies comme la diarrhée, la toux et le rhume sachant que les propriétés de ces aliments sont directement transmises au nourrisson par le lait maternel.

La vaste majorité des enfants sont nourris au sein pendant normalement plus d'un an mais vers 6 mois, les mères commencent à introduire dans leur alimentation des préparations à base de farine de riz diluée.

Les Japonais croient également en l'existence d'aliments «chauds» et «froids» et en la vulnérabilité sur les aliments « froids » qu'ont les femmes lorsqu'elles viennent d'accoucher. Voilà pourquoi il est déconseillé aux femmes japonaises de prendre une douche ou de se laver les cheveux pendant au moins une semaine après l'accouchement.

En Inde, les nouvelles mères ne doivent pas sortir de la maison pendant les 40 premiers jours qui suivent l'accouchement et durant cette période, elles vont vivre avec leur mère.

Sur le plan alimentaire, elles sont encouragées à boire du lait et parfois à consommer une préparation spéciale, faite de farine de millet, de lait chaud et de sucre, qui est censée les aider à produire plus de lait. Elles doivent par contre éviter les aliments épicés et lourds, qui peuvent causer des diarrhées au bébé.

Au Sri Lanka, pendant les cinq premiers jours qui suivent l'accouchement, la mère doit limiter son alimentation en ne prenant qu'un repas par jour composé de riz et de poisson séché. Après ces cinq jours, elle peut manger du poisson frais et du poulet ainsi que certains légumes. Le nombre de repas augmente graduellement jusqu'à trois repas par jour après 30 jours. Les aliments qu'elle consomme sont censés augmenter la production de lait et l'aider à reprendre des forces.

Nous constatons ainsi que les propriétés des aliments ont une grande importance autour du sujet de l'allaitement dans la culture asiatique.

(3) Au sein des cultures latino-américaines



Figure 16 : Photos de plusieurs femmes allaitantes lors d'une compétition d'allaitement au Pérou [32]

Comme les cultures de l'Asie, les femmes hispaniques pensent que la mère et l'enfant sont plus vulnérables et sujets à la maladie et au mal au cours du postpartum.

De ce fait, une période de repos de 40 jours est imposée aux femmes après l'accouchement appelée sous le nom de «la Cuarentena». Durant cette période, elles doivent limiter leurs activités en restant à la maison, éviter les gros travaux, de prendre des bains et ne pas avoir de rapports sexuels.

Au Mexique, par exemple, plus de 4 femmes sur 5 entreprennent d'allaiter leur bébé, quels que soient leur classe sociale. Seulement, après 3 mois, on remarque que deux tiers des femmes appartenant à l'élite urbaine n'allaitent plus leur enfant.

Le recours exclusif à l'allaitement maternel est particulièrement observé parmi les populations pauvres confondant villes et régions rurales, mais à l'âge de quatre mois, des aliments solides et des substituts de lait maternel sont introduits dans leur alimentation.

Comme beaucoup d'autres cultures, le colostrum est considéré comme un lait « sale » et les mères évitent de donner ce lait à leur bébé en attendant plusieurs jours avant de leur donner le sein.

L'allaitement maternel, considéré comme l'une des expressions les plus fortes de l'intimité et de l'accueil dans la vie humaine, est étroitement associé aux qualités du chaud et du froid. D'après eux, l'exposition au froid diminue la production de lait et le chaud, en revanche, la fait augmenter.

En ce qui concerne l'alimentation, les mères évitent les aliments jugés trop acides (oranges, tomates, citrons et pamplemousses) et préfèrent consommer des aliments que la culture considère comme chauds tels que les fromages blancs, les tortillas et poulets rôtis, le café au lait, le chocolat et le cacao.

(4) Au sein de différentes croyances religieuses

Dans les sociétés musulmanes, l'allaitement maternel est d'abord un acte nourricier recommandé par Dieu. Les femmes musulmanes sont encouragées à allaiter et ce pendant deux ans pour un allaitement optimal mais l'allaitement reste un choix personnel. Dans la majorité des cas, elles choisissent d'allaiter car elles considèrent que le lait maternel est le meilleur aliment pour leur enfant et qu'elles seront récompensées par Dieu pour cet acte.

Aussi, dans cette religion, l'allaitement crée des liens particuliers entre l'enfant allaité et la femme qui l'allaité et entre les enfants allaités par cette même femme. Ainsi, des nourrissons ayant été allaités au moins cinq fois par une même femme autre que leur mère durant leur période d'allaitement sont considérées comme étant des frères et sœurs de lait, de même que cette femme devient leur mère de lait.

Dans les mœurs chrétiennes, l'allaitement y est considéré comme étant un acte naturel, comme en témoignent certaines représentations de la Vierge Marie allaitant son enfant Jésus. Il représente un signe de bénédiction et de dévouement de la mère pour son enfant.

Au moyen-âge occidental, lorsque l'Eglise était encore bien présente, une femme allaitante ne pouvait avoir de rapport charnel avec son époux. Le couple avait le choix soit de s'abstenir le temps que la mère nourrisse son enfant, soit de donner ce dernier à une nourrice jusqu'à ce qu'il soit sevré.

Dans le judaïsme, la nutrition optimale pour un bébé vient du lait maternel. D'après cette religion, ce lait renferme plusieurs énergies puisées chez la mère qui sont transmises à l'enfant et qui l'influenceront sur ses traits de caractère, ses croyances, une fois plus grand. Aussi, une femme qui débute un allaitement doit le faire par le sein gauche, car c'est le côté le plus proche de l'endroit où se trouve le cœur et ainsi donc, elle pourra faire transmettre ses sentiments et créer un lien avec son enfant.

C. Bénéfices de l'allaitement

Le lait maternel est un liquide biologique complexe qui comprend des milliers de constituants et dont la composition, comme pour celui de tous les mammifères, est spécifique de l'espèce et adaptée aux besoins particuliers du bébé. Il contient des macronutriments tels que les protéines, lipides et glucides, des micronutriments constitués de minéraux et vitamines et de très nombreux facteurs biologiquement actifs.

C'est le premier aliment naturel pour les nourrissons: il fournit toutes les calories et les nutriments dont l'enfant a besoin pendant les premiers mois de la vie et continue de couvrir la moitié ou plus des besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie, et jusqu'à un tiers de ces besoins pendant la deuxième année.

Au cours des dernières décennies, nous avons réuni de plus en plus de preuves sur les avantages qu'offrent l'allaitement maternel pour la santé. L'OMS peut désormais affirmer avec certitude qu'il réduit la mortalité de l'enfant et que ses bienfaits pour la santé se ressentent jusqu'à l'âge adulte. Au-delà des bienfaits pour le bébé, il a aussi plusieurs avantages pour la mère mais aussi pour la société.

1. Bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant

Malgré l'amélioration de la qualité des « laits » infantiles, la composition nutritionnelle et l'apport en substances biologiques du lait maternel ne peuvent être reproduits. Aucun autre lait que le lait d'une mère ne peut s'adapter de façon permanente aux besoins du nourrisson en croissance.

Le lait maternel présente de nombreuses vertus telles que la prévention des infections, des allergies, de l'obésité, mais aussi d'autres pathologies une fois l'enfant devenu adulte.

a) Prévention des infections

Le lait maternel est un facteur de protection pour le nourrisson. Il contribue à atténuer l'immaturité immunitaire du nouveau-né, en lui conférant un ensemble de substances et de cellules qui par leurs actions directes et indirectes contribuent de manière efficace à la prévention des infections chez le jeune enfant.

Ainsi donc, l'allaitement est un facteur de prévention contre les diarrhées aiguës. Elle permet de réduire leur incidence, et lorsqu'elles surviennent, leur gravité, qu'elles soient bactériennes ou virales surtout à Rotavirus. Un allaitement exclusif d'une durée de six mois diminue significativement le risque de diarrhée aiguë pendant la première année de vie par rapport à un allaitement de trois mois.

Il a également un effet préventif à la fois sur l'incidence et la gravité de l'entérococolite ulcéro-nécrosante du nouveau-né. D'après une étude, Lucas et al ont constaté que le risque d'entérococolite ulcéro-nécrosante était 6 à 10 fois supérieure chez les nourrissons alimentés au lait artificiel que chez ceux nourris au lait maternel même utilisé en complément uniquement. [33]

Plusieurs études ont mis en évidence qu'un allaitement d'au moins quatre mois permet de réduire le nombre de consultations et d'hospitalisations dû à des infections pulmonaires. De plus, les enfants nourris au lait maternel présentent deux fois moins d'otites moyennes aiguës (OMA) que ceux nourris

au lait artificiel et 40% d'épisodes d'OMA en moins que ceux dont l'alimentation a été diversifiée avant l'âge de 4 mois. [34] [35] [36].

Enfin, l'allaitement maternel semble procurer un effet protecteur immédiat et à long terme contre les infections urinaires mais aussi contre les infections à *Haemophilus Influenzae b* par la présence de facteurs de croissance ou d'anticorps spécifique. [37][38][39][40]

b) Prévention des allergies

L'allaitement confèrerait aussi une protection à long terme contre certaines pathologies chroniques comme la prévention des allergies mais ce point est controversé. Certains auteurs affirment 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. Mais, quelques études ont montré une augmentation du risque allergique. D'autres publications, plus récentes, n'attribuent pas d'effet bénéfique ou délétère du type d'allaitement sur ce risque allergique et ne sont donc pas concluantes à ce sujet. [41]

c) Prévention de l'obésité

D'après une étude écossaise en 2002 portant sur 32 200 enfants âgés entre 39 et 42 mois, il y aurait eu significativement moins d'enfants présentant une obésité infantile chez ceux nourris exclusivement au sein pendant 6 à 8 semaines comparés à ceux qui ne l'ont pas été du tout ou ceux qui ont été moins allaité. [42]

Même si de nombreuses études tendent à le persuader, le rôle bénéfique de l'allaitement maternel dans la prévention de l'obésité est encore discuté.

d) Prévention des risques d'hypertension artérielle et cardiovasculaires

D'après la méta-analyse d'Owen [43] regroupant les données de 24 études, une diminution moyenne minimale de la tension artérielle systolique (- 1 mm Hg) a été remarquée à l'âge adulte chez les personnes qui ont bénéficié d'un allaitement maternel.

De même, selon une étude de Rich-Edwards [44], la durée d'allaitement peut être associée à une faible diminution du risque de cardiopathie ischémique à l'âge adulte. Un réel effet protecteur mais modéré de l'allaitement maternel sur les facteurs de risque, l'incidence et la mortalité par maladies cardiovasculaires a été prouvé dans différentes études. [45] [46]

e) Prévention du diabète

L'allaitement maternel aurait un effet protecteur sur l'apparition du diabète de type 1 (ou diabète insulino-dépendant) chez les enfants ayant un très fort risque génétique de diabète.

Knip et al [47] ont conforté ce point en ajoutant à la notion d'allaitement maternel exclusif, la notion de durée qui aurait un effet protecteur partiel sur la destruction des cellules bêta et donc sur

l'apparition du diabète de type 1. Mais d'autres hypothèses ont aussi été évoquées. [48] Cette prévention pourrait être liée à la présence d'immunoglobulines A qui augmenteraient la réponse immunitaire chez l'enfant et donc la prolifération des cellules bêta : la composition du lait jouerait un rôle protecteur contre les maladies auto-immunes. Aussi, le lait maternel contient un fort taux en insuline.

Deux autres études [49] [50] ont également démontré qu'un allaitement prolongé réduit le risque de développer un diabète de type 2 dans l'enfance et à l'âge adulte.

f) Prévention d'autres maladies

L'allaitement maternel posséderait un rôle protecteur vis-à-vis du risque d'apparition de la maladie cœliaque, et/ou de l'intensité de la symptomatologie clinique. Il en est de même pour les leucémies, les cancers, et la sclérose en plaques. [51] Aussi, des études ont montré que le lait maternel, par les immunoglobulines qu'il contient, favorise la réponse immunitaire chez l'enfant et le protège contre les pathologies cancéreuses notamment hématologiques [52] [53].

2. Bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de la mère

L'allaitement maternel confère des avantages à court terme aussi bien qu'à long terme.

a) A court terme

Parmi ceux à court terme, il est démontré que l'allaitement favorise l'involution de l'utérus, grâce aux contractions induites par la sécrétion d'ocytocine. Les risques d'hémorragies du post-partum et les endométrites sont donc évités grâce aux tétées précoces. De même, la sécrétion de prolactine entraînant une aménorrhée diminue le risque d'anémie du post-partum liée à l'hémorragie post-partum. [54]

L'allaitement au sein est aussi un moyen de contraception, sous certaines conditions. L'hyperprolactinémie secondaire à l'allaitement bloque l'ovulation mais cette inhibition n'est observée qu'avec un allaitement exclusif. Ce moyen de contraception est appelé la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA) validée par plusieurs instances internationales tels que l'UNICEF et l'OMS notamment depuis 1988. [55] Elle fournit à la mère une contraception efficace jusqu'à 6 mois après l'accouchement si elle pratique l'allaitement complet et que toutes les conditions suivantes sont respectées :

- Allaitement à la demande : jour et nuit avec un minimum de 6 tétées par 24 heures et jamais plus de 6 heures entre les tétées
- Allaitement exclusif : le nourrisson ne reçoit ni solide, ni liquide autre que le lait pris directement au sein, n'utilise pas de tétine
- L'absence de menstruations
- Moins de 6 mois se sont écoulés depuis l'accouchement

Enfin, en l'absence d'excès d'apport calorique, l'allaitement permet un retour au poids initial plus rapide du fait de grandes demandes énergétiques. [54]

b) A long terme

(1) L'ostéoporose

L'allaitement serait un facteur de protection contre l'ostéoporose après la ménopause mais cet avis reste controversé. Selon certains, l'allaitement permet la mobilisation du calcium osseux et assure ainsi une protection contre l'ostéoporose [56]. Selon d'autres, le risque d'ostéoporose près de la ménopause n'est pas accru, d'autant plus que la densité osseuse revient à la normale après le sevrage [57][58]. D'après deux études menées en Turquie [59][60], les femmes qui ont eu plusieurs enfants et qui ont une durée d'allaitement cumulée longue ont plus de risque d'ostéoporose après la ménopause que les autres.

(2) Allaitement et cancer

L'allaitement maternel diminue le risque de cancer du sein qui serait expliqué par l'aménorrhée prolongée. Une étude a ainsi démontré que les femmes porteuses de la mutation du gène BRCA1 et n'ayant jamais allaité avaient un risque de presque 2 fois plus élevé de développer le cancer du sein que les femmes porteuses de cette mutation ayant allaité un minimum pendant 12 mois [61]. Selon une autre étude britannique, le nombre d'enfants allaités diminue aussi ce risque [62].

Enfin, l'incidence du cancer de l'ovaire diminuerait aussi grâce à un allaitement prolongé. Une étude mise en place par l'OMS a démontré que l'absence d'ovulation suite à la lactation, mais aussi aux grossesses confère ce caractère protecteur [63].

3. Répercussions physiologique et psychologiques

Lors de l'accouchement, mère et enfant unis pendant 9 mois subissent une séparation physique. L'allaitement au sein permet alors de maintenir ce lien physique, en agissant comme un prolongement de la grossesse. Ce contact favorise également le développement sensoriel aussi bien chez l'enfant que chez la mère, dont les capacités olfactives sont naturellement développées pendant cette période. Les voies olfactives étant reliées au système limbique, les informations seront traitées et mémorisées d'autant plus rapidement et efficacement que si elles sont liées à une émotion particulière [64].

Aussi, les hormones sécrétées pendant l'allaitement peuvent avoir un effet sur la santé émotionnelle et psychologique de la mère. La prévalence de la dépression semblerait plus basse chez les mères allaitantes, d'autant plus que l'allaitement leur donne un sentiment d'accomplissement et de compétence. [65]

Pour le nourrisson, l'allaitement lui offre une présence chaleureuse et sécurisante, par conséquent, une atmosphère réconfortante. Les multiples contacts peau-à-peau procurant un sentiment de tendresse, permettrait au bébé de s'endormir paisiblement.

4. Economiques

a) Du point du vue familial

Le choix de l'allaitement maternel apporte un bénéfice économique considérable à l'échelle familiale. Pour un allaitement exclusif de 6 mois, on estime le coût à 22 euros par mois (attribuable à l'achat de coques, bouts de seins, soutien-gorge adapté ou tire-lait,) tandis que pour un allaitement artificiel, le coût moyen est de 108 euros (en comptant lait de substitution, eau en bouteille, biberons, tétines et matériel de stérilisation) [66]. Le lait artificiel est d'ailleurs dans les dépenses liées au bébé, l'achat qui représente le coût le plus élevé sachant qu'en général, ce sont les familles aux faibles revenus qui choisissent le plus souvent ce mode d'alimentation.

b) Pour le système de santé

Comme décrit plus haut, l'allaitement maternel protège contre de nombreuses infections infantiles. Il permet une réduction du nombre de consultations en ville, du nombre de médicaments ingérés et du nombre d'hospitalisations. En effet, chez les enfants allaités exclusivement plus de 3 mois, une baisse d'un tiers des hospitalisations pour affections respiratoires a été observée par rapport aux bébés nourris artificiellement.

Selon un mémoire de DESS d'économie de la santé, une augmentation de 5 % du taux d'allaitement entraînerait une économie de 2.6 millions d'euros [66] et selon une autre étude australienne, si la durée de l'allaitement exclusif augmente de manière considérable, au moins 60 à 120 millions de dollars australiens pourraient être économisés tous les ans sur le plan de la santé publique [67].

c) Pour les employeurs

D'après une étude américaine, les femmes qui pratiquent l'allaitement maternel présenteraient moins d'absentéisme. En effet, dans deux entreprises étudiées qui favorisaient l'allaitement maternel au sein de leur établissement, les bébés allaités tombaient moins souvent malades que ceux nourris au biberon. Ainsi, 75% des absences étaient imputables aux mamans n'allaitant pas leur bébé. [68]

D. Facteurs influents sur le choix de l'allaitement

Il est important d'identifier les différents niveaux de facteurs qui interagissent avec la pratique de l'allaitement. Nous constaterons, qu'il en existe à plusieurs échelles allant de facteurs directement liés à la mère à des facteurs relevant de la politique de santé.

1. Facteurs influents l'initiation de l'allaitement

a) Déterminants sociodémographiques de l'allaitement

(1) Âge de la mère

En France, d'après une étude de l'INSEE réalisée en 2015, les femmes donnent naissance à leur premier enfant à 28,5 ans en moyenne, soit quatre ans et demi plus tard qu'en 1974.

L'âge de la première maternité n'a donc cessé d'augmenter depuis cette date mais sa hausse est moins rapide depuis les 15 dernières années. Les femmes sont aussi plus âgées qu'auparavant à la naissance de leur deuxième ou troisième enfant, qu'elles ont en moyenne à 31,0 ans et 32,6 ans. [69]

L'âge de la mère serait par ailleurs un facteur influent sur l'initiation et le maintien de l'allaitement. En effet, selon plusieurs études analysées, les mères qui donnent naissance à un âge plus tardif sont celles qui allaitent le plus souvent.

Selon l'étude de Dubois et Girard, en 2003, la probabilité d'être allaité à la naissance pour les enfants d'une femme de plus de 35 ans est significativement plus élevée, comparé aux enfants de mères de moins de 24 ans. [70] En France, une étude portant sur l'initiation à l'allaitement dans une maternité donne les mêmes résultats. [71]

L'étude de l'Epifane en 2012 montre que l'âge est le déterminant le plus discriminant pour l'initiation à l'allaitement exclusif ou mixte. [72] Au Québec, une autre étude identifie l'âge comme étant le meilleur prédicteur de l'allaitement. [73]

(2) Statut marital

La structure familiale semble aussi avoir un impact sur l'initiation de l'allaitement. L'absence du père est souvent source de fragilisation sur le plan socioéconomique et cela représente un aspect négatif pour la mère célibataire concernant la pratique de l'allaitement.

Dans une cohorte prospective australienne réalisée auprès de 1 069 059 femmes, à la sortie de la maternité, le facteur le plus important devant l'âge pour l'initiation de l'allaitement était le soutien du conjoint. Plusieurs autres études donnent les mêmes conclusions. [70] [74] [75]

Pour une femme, le fait de pouvoir relayer à son conjoint certaines tâches quotidiennes est primordial pour qu'elle puisse avoir plus de temps pour s'occuper de son enfant. D'ailleurs dans les couples où la femme est responsable seule de la plupart des tâches ménagères, un arrêt plus précoce de l'allaitement est remarqué. [76]

(3) Niveau de diplôme de la mère

Le niveau de diplôme de la mère représente également un facteur déterminant sur la probabilité d'initier l'allaitement.

En effet, dans une étude de cohorte suédoise, les résultats montrent que le bas niveau scolaire de la mère et à moindre mesure, de celui du père, constituent un facteur de risque de ne pas pratiquer l'allaitement. [77]

Dans une étude de cohorte québécoise, la probabilité pour un nourrisson d'être allaité à la naissance était augmentée de 60 % lorsque la mère avait un niveau d'études secondaires comparé à une mère moins diplômée et cette probabilité était encore plus élevée lorsque la mère avait fait des études supérieures. [78]

En France, les tendances sont les mêmes. Dans l'étude Epifane, les mères titulaires d'un niveau supérieur au baccalauréat étaient 89,3 % à initier l'allaitement exclusif contre 82,9 % à le faire pour les autres femmes. [72]

(4) Le niveau socio-économique

Plusieurs études réalisées ont permis d'apprécier le lien entre le statut socioéconomique et la pratique de l'allaitement.

D'après une étude aux États-Unis, les mères aux faibles revenus qui recevaient du lait infantile grâce à une aide, le programme pour WIC (Program for Women, Infants, and Children) avaient tendance à moins initier un allaitement exclusif et à le maintenir: en effet, 63,2 % des mères qui en bénéficiaient initiaient l'allaitement contre 86 % des mères qui n'ont bénéficiées pas. [79]

Cette même tendance se retrouve dans une autre étude australienne réalisée entre 1995 et 2005 qui révèle qu'en 1995, parmi les femmes aux plus faibles revenus, 37,7 % allaitaient à 6 mois tandis qu'elles étaient 53,1 % à allaiter parmi les femmes aux revenus les plus élevés. En 2005, ces chiffres étaient respectivement de 37,1 % et 66 %. Ces inégalités sociales se sont donc encore plus creusées par l'augmentation de la pratique chez les familles plus aisées [80].

En France, une enquête périnatale met en avant la pratique de l'allaitement selon les différentes catégories socioprofessionnelles des mères.

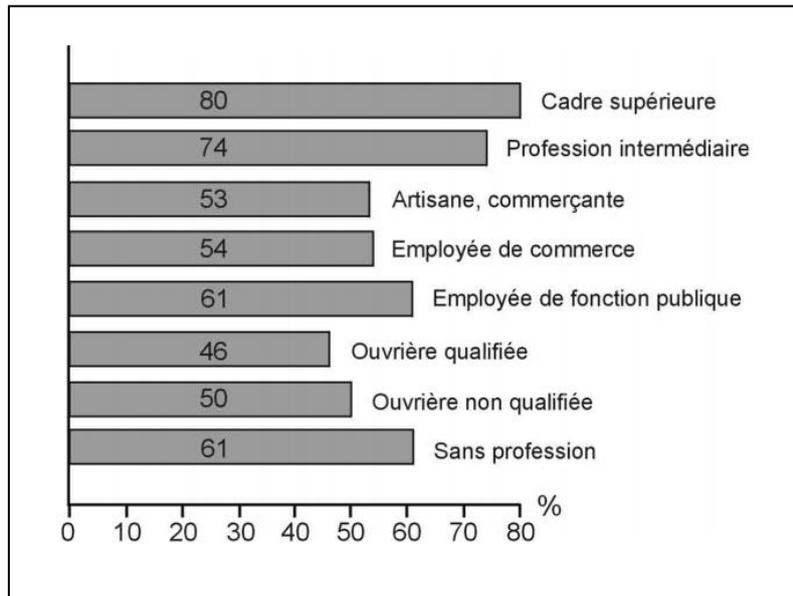


Figure 17 : Taux d'allaitement à la naissance en 2003 selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère [81]

Cette enquête révèle des disparités selon la catégorie socioéconomique. D'après ce graphique, plus les mères ont une position socioéconomique élevée (telle que la catégorie des cadres supérieurs), plus elles pratiquent l'allaitement (avec un taux de 80% d'allaitement à la naissance pour ces cadres) comparé aux mères qui ont une position moins élevée (exemple de la catégorie des ouvrières qui présente les plus faibles taux). Le groupe des « sans profession » n'est pas pris en compte car il représente un groupe trop hétérogène pour une exploitation significative. [81]

b) Facteurs liés au style de vie

Le mode de vie des mères est un indice principal concernant leur pratique de l'allaitement. Nous allons voir que selon les cas, elles adoptent certaines précautions qu'elles considèrent à tort comme préventif et qu'il serait intéressant de mettre en place un suivi renforcé auprès de ces populations.

(1) Tabagisme maternel

Le tabagisme maternel reste un enjeu majeur de santé publique dans l'ensemble des pays industrialisés. Il est assez bien établi que le tabagisme de la mère pendant la grossesse est relié à l'initiation et à la durée de l'allaitement dans plusieurs revues de littérature et d'études [82][83][84][85][86]

En effet, d'après une étude de cohorte suédoise, il est mis en évidence une relation étroite entre tabagisme maternel et risque de ne pas allaiter et cette association augmente avec le nombre de cigarettes fumées [87]. Plus précisément, la proportion d'enfants allaités est respectivement de 37,5 %, 17,7 % et 14,6 % parmi les bébés dont les mères fument 1 à 10, 11 à 20 et plus de 20 cigarettes par jour d'après une autre étude québécoise [88].

L'interprétation du lien entre tabagisme maternel et faible taux d'allaitement est lié au fait qu'il s'agirait d'un comportement des mères pensé comme préventif afin de protéger leurs enfants des effets du tabac. Les recommandations officielles prônent pourtant l'allaitement, même en situation de tabagisme et enjoint les professionnels de santé en contact avec les mères de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles pour aider à un sevrage tabagique progressif.

(2) Obésité ou surpoids de la mère

Le surpoids ou l'obésité apparaît aussi lié à une moindre initiation à l'allaitement maternel dans différentes études [89] [90] et est associé plus régulièrement à un allaitement plus court [91] [92] : le poids de la mère semble donc être déterminant dans la pratique de l'allaitement.

D'après une étude américaine, la probabilité d'allaitement chez les femmes obèses était inférieure à celle relevée chez les femmes qui avaient un poids normal (avec un IMC compris entre 18,50 kg/m² et 24,99 kg/m²). Selon elle, les mères obèses avant la grossesse auraient allaité environ 2 semaines de moins que celles avec un poids initial normal, et les femmes ayant dépassé la prise de poids maximale recommandée durant leur grossesse auraient également allaité environ une semaine de moins que celles qui ont respecté la limite de prise de poids. [89]

L'idéal serait par conséquent de renforcer les systèmes de surveillance chez ces femmes pendant la grossesse lors par exemple des visites médicales ou des cours de préparation à l'accouchement afin de promouvoir l'allaitement avant mais aussi après la naissance.

c) Préparation à l'accouchement

A partir du 7^{ème} mois de grossesse, la future mère suit des cours de préparation à l'accouchement donnés par une sage-femme libérale ou au sein de sa maternité. Ces cours se déroulent en petits groupes avec des femmes ayant des dates d'accouchement prévues à une période assez proche.

Ces séances de préparation sont une opportunité très intéressante pour une information sur l'allaitement, et pour permettre à des femmes ne projetant pas d'allaiter d'échanger avec des femmes ayant l'intention de le faire. D'ailleurs, selon les résultats de l'enquête périnatale de 1995, l'allaitement maternel était significativement plus fréquent chez les femmes qui avaient suivi une préparation à l'accouchement (sur 3 267 mères, 60,5 % allaitaient après avoir suivi ces cours comparé à 45,8 % des mères qui allaitent sans avoir suivi ces cours) [93]. D'ailleurs, ces mères qui suivent ces cours de préparation et qui bénéficient de conseils de la part de professionnels de santé concernant les bienfaits de l'allaitement sont celles qui présentent des durées d'allaitement plus longues.

2. Facteurs influents sur la durée de l'allaitement

Quelles que soient les facteurs qui ont motivé l'initiation de l'allaitement, certains facteurs non négligeables peuvent inciter la mère à y renoncer quelques semaines plus tard. Ces raisons sont toutes aussi importantes que celles liées à l'initiation de l'allaitement et il est nécessaire de les identifier afin de prévenir cet arrêt.

a) Publicité sur le substitut du lait maternel

Howard et al. [94] ont démontré, dans un service d'obstétrique à New York, que le fait d'être exposé à de la publicité pour des substituts de lait en période prénatale encourageait l'arrêt précoce de l'allaitement maternel (à 2 semaines). Dans cette étude randomisée, 444 femmes enceintes ont eu à leur disposition soit des informations sponsorisées par des sociétés commercialisant des substituts de lait dans un premier groupe soit des informations sans aucun caractère commercial pour le second groupe de référence. Ces informations n'ont pas influencé le choix de l'allaitement maternel et n'ont pas modifié les taux de mise en œuvre de l'allaitement. En revanche, 2 semaines après la naissance, 24 % des femmes qui avaient reçu des informations à caractère commercial avaient cessé d'allaiter contre 15 % dans le groupe contrôle.

Dans une méta-analyse menée par Donnelly et al., 9 essais randomisés incluant 3 730 femmes nord-américaines ont été analysés [95]. L'objectif de l'étude était d'évaluer l'impact de la distribution de colis-cadeaux sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement. Ces colis-cadeaux contenaient des échantillons de substitut de lait ou de matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon. La distribution de colis-cadeaux contenant des échantillons de lait ou simplement du matériel de promotion de l'alimentation artificielle (tétines, couvre-carnets de santé, bavoirs, etc. marqués au nom de la compagnie) réduisait significativement la fréquence de l'allaitement exclusif à 2 semaines mais également entre 8 et 10 semaines.

Par ailleurs, deux des études analysées par ce dernier ont montré qu'une alimentation solide était introduite plus tôt lorsque les colis-cadeaux contenaient soit du matériel de puériculture (112 jours en moyenne contre 120 jours dans le groupe contrôle, différence non significative) soit une information promouvant le substitut de lait avec fourniture d'un échantillon de substitut de lait (introduction de solides à 2 mois).

Les auteurs concluaient qu'étant donné l'impact négatif, même limité, constaté sur les durées d'allaitement exclusif et l'absence d'effets préjudiciables liés à la non-distribution des colis-cadeaux, la distribution d'échantillons de substitut de lait devrait être abandonnée.

En France, une transposition dans le décret n° 98-688 du 30 juillet 1998, relatif à la distribution des préparations lactées pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant vise à permettre un plus grand respect du libre choix de la mère pour l'allaitement de son enfant. Jusqu'en février 1999, les fabricants ont pu, de manière transitoire, continuer à fournir à titre gratuit des laits pour nourrissons aux maternités à condition que la distribution ne se poursuive pas au-delà du séjour des mères. La distribution gratuite des substituts de lait dans les maternités lors de la sortie de la mère est interdite, mais la distribution de colis-cadeaux est encore quasi généralisée.

b) Facteurs liés à l'entourage, l'éducation et à la culture

L'entourage de la femme qui allaite exerce une influence sur sa pratique, il en est de même de l'éducation qu'elle a reçue ainsi de sa culture d'origine. Pour chacun, l'allaitement réactive les modèles et les expériences antérieures personnels, qu'ils soient positifs ou négatifs. Fréquenter une femme qui allaite et émettre son avis sur sa pratique peut donc avoir un impact conséquent.

Le premier membre de l'entourage qui détient un des rôles importants sur la durée de l'allaitement est le conjoint. Le père de l'enfant est un acteur-clé du soutien de la femme allaitante. Il a été mis en évidence dans certaines études, que la perception ou les préférences de celui-ci en matière d'allaitement ne sont pas sans effet sur sa durée [5][95][96][97]. Ainsi, l'étude Épifane a montré qu'une vision négative de l'allaitement par le père mène forcément à une durée d'allaitement plus courte [5]. En général, les caractéristiques socioéconomiques et culturelles du père ne sont que très rarement prises en compte, mais l'étude Elfe (Étude longitudinale française depuis l'enfance) démontre qu'il existe des associations entre la durée de l'allaitement et de nombreuses caractéristiques du père (âge, situation professionnelle, niveau études, catégorie socioprofessionnelle, pays de naissance, présence à l'accouchement).

Aussi, en France, une étude [98] a mis en lumière l'importance de l'origine géographique des familles. Ainsi, les enfants dont l'un des parents au moins est né à l'étranger sont allaités plus longtemps que les enfants dont les deux parents sont nés en métropole. Cette observation rejoint les résultats de l'étude Eden [99] où des écarts de durées d'allaitement ont également été observés entre les mères d'origine étrangère et les autres aux États-Unis [100], en Espagne [101] et en Suède [102]. Une autre étude a montré que les mères chinoises immigrées en Australie initiaient davantage et allaitaient plus longtemps leurs enfants que les mères chinoises habitant en Chine [103]. Ces auteurs mettent en avant un « effet migratoire sain » en faveur de l'allaitement.

L'aspect culturel joue un rôle particulier dans l'allaitement. Nous remarquons avant toute chose, que les femmes qui ont été allaitées durant leur enfance ont tendance à allaiter davantage. De même, le fait de voir son entourage pratiquer cet allaitement, provoque un sentiment de « normalité » pour cet acte et la question quant aux choix du mode d'alimentation du bébé ne se pose pas et est systématique.

Par ailleurs, tous les facteurs sociodémographiques liés à l'initiation de l'allaitement vu dans la sous partie précédente vont également influencer la durée de l'allaitement.

D'après l'étude, les mères âgées de moins de 30 ans, vivant seules ou en couple sans être mariées, ainsi que celles ayant un niveau d'études intermédiaires (CAP/BEP, lycée) allaitent moins longtemps. Aussi, les mères prévoyant lors du sondage de reprendre le travail à 2 mois soit à moins de 10 semaines de leur accouchement allaitent moins longtemps leur enfant, tandis que celles en congé parental ou souhaitant reprendre le travail plus de 18 semaines après leur accouchement allaitent beaucoup plus leur enfant.

La participation à des séances de préparation à la naissance est de même associée à une plus longue poursuite de l'allaitement. Le surpoids et l'obésité maternels avant la grossesse, ainsi que le tabagisme pendant la grossesse, étaient liés à un arrêt plus rapide de l'allaitement. Enfin, le diabète gestationnel, les difficultés psychologiques pendant la grossesse ou encore le sexe de l'enfant sont des facteurs qui n'étaient pas associés à la durée d'allaitement.

II. Allaitement et travail : Place de l'allaitement maternel dans le monde du travail

A. Aménagements mis en place dans le monde

Depuis sa fondation en 1946, l'Organisation Internationale du Travail (OIT), agence spécialisée de l'ONU, a pour mission de réunir des représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs pour établir des normes internationales du travail (NIT). Elle a pour but de promouvoir un travail décent pour tous hommes et femmes et compte aujourd'hui 185 pays membres dans le monde. En 2000, l'OIT a adopté une nouvelle convention, la convention C183, concernant la protection de la maternité. Elle indique dans son article 4 que "sur présentation d'un certificat médical ou autre attestation appropriée, telle que déterminée par la législation et la pratique nationales, indiquant la date présumée de son accouchement, toute femme à laquelle la présente convention s'applique a droit à un congé de maternité d'une durée de quatorze semaines au moins". [104]

La Recommandation 191, pour sa part conseille beaucoup plus, en indiquant que "les membres devraient s'efforcer de porter la durée du congé de maternité visé à l'article 4 de la convention à dix-huit semaines au moins". [105]

Ainsi, presque tous les pays offrent un congé de maternité d'une durée variable, rémunérés ou non. Nous allons détailler dans la suite de ce mémoire quelques exemples de congé maternité en fonction des différents pays.

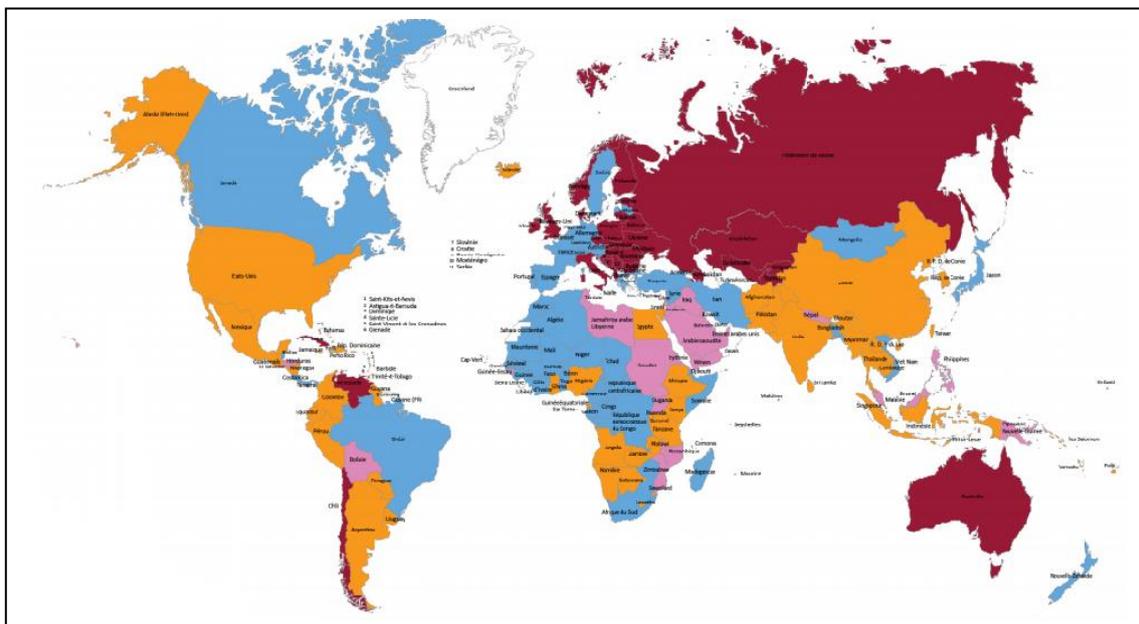


Figure 18 : Carte du monde sur la durée du congé maternité dans 167 pays [106]

Durée du congé de maternité:

- Moins de 12 semaines
- 12-13 semaines (conforme aux conventions n° 3 et 103)
- 14-17 semaines (conforme à la convention n° 183)
- Au moins 18 semaines (conforme à la recommandation n° 191)
- Aucune information disponible

1. Aménagements dans les pays développés

a) Aux Etats-Unis

Les Etats-Unis sont le dernier pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Économiques) à ne pas avoir établi de congé parental. Ce n'est qu'après la création du « Family Medical Leave Act » en 1993, que les femmes peuvent légalement s'absenter après un accouchement pendant 12 semaines au maximum pour « raisons familiales ». Cette absence n'est cependant pas rémunérée et n'est permise que sous certaines conditions notamment le fait d'être dans une entreprise de plus de 50 salariés, avoir une ancienneté au minimum d'un an et travailler avec des horaires à temps plein. Les hommes peuvent eux aussi bénéficier de ce congé. Au-delà de ces critères, les mères peuvent avoir recours à trois autres options:

- Soit utiliser les différents congés maladie et/ou vacances accumulés (short-term disability, sick leave, vacation, personal days, et unpaid family leave)
- Soit l'État dans lequel elles vivent a voté une loi complémentaire favorable. Par exemple, en Californie depuis 2002, l'Etat permet 6 semaines de congés payés à 55%. D'autres Etats comme le New Jersey, Rhode Island, Washington ou New York ont suivi ce modèle. En 2016, la ville de San Francisco a témoigné de sa volonté progressiste en adoptant une mesure obligeant les entreprises locales à rémunérer à 100% un congé parental de six semaines
- Soit l'entreprise dans laquelle elles travaillent a une politique favorable où l'employeur offre des congés pour une durée déterminée, rémunérés ou non

Ainsi, seulement 13% des femmes américaines ont accès aux congés maternités en 2014 d'après le Bureau of Labor Statistics [108] : ceci explique la raison pour laquelle un quart des mères reprend le travail deux semaines après leur accouchement.

b) Au Japon

Au Japon, le congé maternité dure 14 semaines, soit six semaines avant le terme et huit après l'accouchement. Les femmes bénéficient d'un congé rémunéré de 67% de leur salaire. Seulement, après la naissance de leur premier enfant, deux Japonaises sur trois quittent leur travail.

Bien que ce soit un pays très développé, la société japonaise est encore très traditionnelle et apparaît comme un pays fortement marqué par les inégalités femmes-hommes, notamment sur le plan du travail. Dans les mœurs, après la naissance d'un enfant, une femme ne peut occuper un poste à haute responsabilité et doit personnellement élever son enfant, les structures de garde d'enfants n'étant pas très développées dans ce pays.

Par ailleurs, d'après une étude du Ministère du Travail, plus d'une femme enceinte sur cinq souffre de mauvais traitements moraux ou physiques au travail. Ce phénomène s'appelle le « Matahara » abréviation venant de l'anglais « maternity harassment » soit en français, harcèlement lié à la maternité. Il peut être à l'origine d'arrêts de travail avant la naissance, mais peut aussi entraîner des accidents comme un avortement spontané ou une naissance prématurée. Cet harcèlement n'est pas

seulement le fait de leurs supérieurs de sexe masculin mais aussi de leurs collègues femmes, jalouses lorsque ces jeunes mères se voient accorder par leur entreprise des horaires aménagés ou des congés en lien avec leur famille. [109]

Le gouvernement japonais reconnaît ces faits, faute non seulement de manque de structures d'accueil pour leurs enfants, mais aussi en raison de l'inadéquation de l'environnement du travail à la condition de jeune maman. Les autorités et des ONG ont donc lancé une campagne pour lutter contre ce phénomène et des lignes téléphoniques d'écoute ont été ouvertes. Même s'il n'y a pas encore de changement sur le plan du travail, il y a une prise de conscience et les femmes sont plus nombreuses à dénoncer cela.

c) Les pays scandinaves

En rappel, les pays scandinaves ou la Scandinavie sont une région historique et culturelle de l'Europe du Nord constituée de trois monarchies constitutionnelles, le Danemark, la Norvège et la Suède. Ces pays scandinaves sont à distinguer des pays nordiques incluant en plus la Finlande, l'Islande, les îles Féroé et le Groenland.

La Suède est le pays scandinave précurseur du congé parental. Dès le début du XXème siècle, les femmes ont bénéficié de 4 semaines de congé maternité, et depuis, la situation n'a cessé de s'améliorer. En 1974, le congé maternité fut remplacé par le congé parental incluant ainsi le père. Sa durée, initialement fixée à 180 jours, n'a cessé de croître pour être à 480 jours au début de l'année 2002, soit 16 mois de congé parental (dont 60 jours pour la mère, 60 jours pour le père et les 360 jours restants à se partager comme ils le désirent).

Ce congé est rémunéré à 80% du salaire pendant un an, puis un montant fixe est appliqué, la somme variant selon les cas. [110]

Ajoutons qu'il est désormais possible pour ces parents de prendre 30 jours de congé parental en même temps, au cours de la première année de naissance depuis 2012.

En Norvège, les jeunes mères ont eu droit initialement à 14 semaines de congés rémunérés en 1956 et depuis, tout comme la Suède, ce congé n'a cessé d'évoluer favorablement.

Selon le dispositif du « Time-Account Scheme » fondé en 1993, un congé parental est instauré et laisse le choix aux parents entre soit :

- 47 semaines (soit environ 11 mois) payées à 100% du salaire
- 57 semaines (soit 14 mois) payées à 80% du salaire

La mère doit obligatoirement prendre au minimum 3 semaines avant et 6 semaines après l'accouchement de ce congé et quant au père, 4 semaines lui sont accordées. Plus tard, la part réservée à ce dernier a évolué à 12 semaines et depuis 2013, ce congé parental est rallongé à 2 semaines de plus pour chacun des parents.

Aussi, avec accord de l'entreprise, les parents ont la possibilité d'avoir des horaires aménagés.

Au Danemark, la période initiale passée avec l'enfant est considérée comme étant particulièrement importante, tant pour l'enfant que pour les parents : ceci explique que le congé de maternité ait fait l'objet de nombreuses améliorations au fil des années, tout comme les autres pays scandinaves.

Actuellement, les droits aux congés sont au total de 52 semaines qui peuvent être répartis de manière suivante :

- Avant la naissance, la future mère bénéficie du congé de grossesse. Elle s'arrête 4 semaines avant la date prévue de l'accouchement, ou plus tôt si nécessaire.
- Après la naissance, deux types de congés se suivent :
 - *Le congé de maternité* : la mère a le droit à 14 semaines de congé dont 2 semaines obligatoires. Le père a lui aussi droit à 2 semaines à prendre dans les 14 premières semaines de naissance
 - *Le congé parental* : après le congé de maternité de 14 semaines, les parents ont droit individuellement à 32 semaines de congé indemnisé. Les parents peuvent choisir de passer le congé parental concomitamment ou successivement. De plus, si l'employeur l'accepte, il est possible de reporter les 32 semaines pour les prendre ultérieurement jusqu'aux 9 ans de l'enfant. [111]

d) En Allemagne

En Allemagne, la durée du congé maternité est de 14 semaines minimum avec 6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement. En cas de naissances multiples, les jeunes mères bénéficient de 12 semaines après la naissance ou plus en cas de naissance prématurée.

Une interdiction de travailler recouvre la période du congé de maternité mais si la salariée en formule expressément la demande, elle peut travailler pendant les 6 semaines précédant l'accouchement et reporter ainsi le congé prénatal. Durant les 8 semaines suivant l'accouchement, elle sera cependant obligée de respecter l'interdiction de travailler.

En ce qui concerne les indemnités journalières, elles sont calculées en fonction du salaire net auquel il y a une déduction fictive des impôts.

Pour les femmes assurées auprès d'une caisse d'assurance-maladie publique, le montant payé par celle-ci s'élève à un maximum de 13 € par jour calendaire selon le code allemand des assurances sociales. Dans le cas contraire, elles perçoivent tout de même les indemnités journalières mais à un montant de 210 € maximum pour toute la durée du délai de protection.

Aussi, pour les mères allaitantes qui désirent bénéficier de leur droit à allaiter pendant les heures de travail, elles disposent d'au moins une demi-heure, deux fois par jour ou d'une heure par jour et davantage si elles travaillent plus de huit heures par jour. [112]

e) En Italie

La femme salariée enceinte bénéficie d'un congé de maternité de 5 mois dont 2 mois avant et 3 mois après l'accouchement. Elle peut, sous réserves d'obtenir des certificats médicaux attestant de l'absence de risques pour sa santé ainsi que celle de son enfant, travailler pendant le 8^{ème} mois de grossesse et reporter ainsi les jours travaillés à son congé après la naissance. Elle perçoit une indemnité journalière égale à 80 % du salaire moyen journalier, payée en règle générale, directement par l'employeur et déduite des sommes dues à l'Institution Nationale de Sécurité Sociale pour les

cotisations. Concernant le congé de paternité, il est de 2 jours (consécutifs ou non) indemnisé à hauteur du salaire habituel devant être pris dans les 5 premiers mois suivant la naissance. En complément, la mère de l'enfant peut céder au père 2 jours de son congé obligatoire.

Aussi, un congé parental est accordé pendant une durée maximale de 11 mois que les parents peuvent prendre séparément ou au cours de la même période jusqu'au 12^{ème} anniversaire de l'enfant. Il est lui indemnisé à hauteur de 30 % du salaire avec une limite de six mois. [113]

2. Aménagements dans les pays en voie de développement

Dans les PVD, des dispositions nationales concernant la protection de la maternité sont aussi retrouvées dans nombreux d'entre eux.

Voici ci-dessous les principales dispositions nationales pour quelques pays des PVD classés par continent :

- Pays du continent de l'Afrique:

PAYS	DUREE DU CONGE (en semaines)	% DU SALAIRE	SOURCE DE FINANCEMENT
Algérie	14	100%	Sécurité sociale
Bénin	14	100%	Mixte (50% sécurité sociale; 50% employeur)
Botswana	12	25% ou 50% pour chaque jour d'absence	Employeur
Côte d'Ivoire	14	100%	Sécurité sociale
Guinée-Bissau	≈ 8,5	100%	Mixte (si nécessaire, l'employeur paie la différence entre la prestation et le salaire)
Lesotho	12	Les employeurs ne sont pas obligés de payer	Non payées
Maroc	14	100%	Sécurité sociale
Ouganda	≈ 10	100%	Employeur
Rwanda	12	100% pendant les six premières semaines; 20% le restant	Employeur
Swaziland	12	Non payé	N/A
Tunisie	4	Deux tiers	Sécurité sociale
Zambie	12	100%	Employeur
Zimbabwe	14	100%	Employeur

Tableau 3 : Dispositions nationales principales pour la protection de la maternité certains pays du continent de l'Afrique [114]

- **Pays du continent de l'Amérique latine et des Caraïbes:**

PAYS	DUREE DU CONGE (en semaines)	% DU SALAIRE	SOURCE DE FINANCEMENT
Antigua-et-Barbuda	13	100% pendant 6 semaines; 60% pendant 7 semaines.	Mixte (60% sécurité sociale; 40% employeur pendant les 6 premières semaines).
Brésil	18	100%	Sécurité sociale
Costa Rica	16	100%	Mixte (50% sécurité sociale; 50% employeur) 1
Cuba	18	100%	Sécurité sociale
Grenade	12	105% pendant 2 mois; 65% pendant le dernier mois	
Jamaïque	8	Salaire national minimum hebdomadaire	Employeur
Paraguay	12	50% pendant 9 semaines	Sécurité sociale
Sainte -Lucie	12	65%	Sécurité sociale
Uruguay	12	100%	Sécurité sociale
Venezuela, République bolivarienne du	18	100%	Sécurité sociale

Tableau 4 : Dispositions nationales principales pour la protection de la maternité certains pays du continent de l'Amérique latine et des Caraïbes [114]

- Pays du continent de l'Asie (Est, Sud-est, Pacifique, Sud)

PAYS	DUREE DU CONGE (en semaines)	% DU SALAIRE	SOURCE DE FINANCEMENT
Afghanistan	≈ 13	100%	Employeur
Bangladesh	16	100%	Employeur
Cambodge	≈ 13	50%	Employeur
Iles Salomon	12	25%	Employeur
Indonésie	12	100%	Employeur
Mongolie	≈ 17	70%	Sécurité sociale
Papouasie- Nouvelle Guinée	Selon ce qui est nécessaire pour l'hospitalisation avant l'accouchement et 6 semaines	Non payé	N/A
Singapour	16	100% pour le premier et le deuxième enfant	Mixte (8 semaines par l'employeur et 8 par le gouvernement). Le gouvernement à partir du troisième accouchement
Thaïlande	≈ 13	45 jours payés à 100% par l'employeur; 45 jours payés à 50% par la sécurité sociale	Mixte (2/3 employeur; 1/3 sécurité sociale)
Vanuatu	12	50%	Employeur
Viet Nam	16	100%	Sécurité sociale

Tableau 5 : Dispositions nationales principales pour la protection de la maternité certains pays du continent de l'Asie [114]

Légende : N/A = non applicable

B. Aménagements mis en place en France

En France, le congé de maternité a vu le jour en 1909 avec la loi Engrand, première loi sur la protection de la maternité. Elle propose initialement un congé non rémunéré mais est accueillie avec grand soulagement et apparaît comme un premier pas vers une amélioration. Quelques années plus tard, en 1913, une autre proposition de loi intégrant des indemnités destinées aux femmes salariées en couche est adoptée.

Le congé prénatal est encore facultatif, mais le congé postnatal de 4 semaines est obligatoire pour les femmes qui travaillent hors de chez elles moyennant salaire. Peu de temps après, la loi est étendue aux femmes salariées à domicile.

C'est en 1928 que le droit à la gratuité des soins médicaux et à des indemnités compensatrices entre dans le cadre de la loi sur les assurances sociales, faisant des allocations de maternité un droit lié à l'exercice du travail. Depuis cette date, la loi sur la protection de la maternité a subi des améliorations, mais nous constaterons que la France a encore beaucoup de chemin à parcourir avant d'atteindre le niveau de certains de ces pays voisins.

1. Prestations familiales et droit social

a) Congé de maternité en France

Le congé maternité en France, tout comme la plupart des autres pays, comprend un congé prénatal et postnatal. Sa durée varie selon le nombre d'enfants attendus et le nombre d'enfants déjà à charge. En général pour une grossesse simple, le congé est de 16 semaines dont, en principe, 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 10 semaines après la naissance.

Nombre d'enfants attendus	Nombres d'enfants déjà à charge	Durée de congé prénatal	Durée de congé postnatal
1	0 ou 1	6 semaines	10 semaines
1	2	8 semaines	18 semaines
2		12 semaines	22 semaines
3 ou plus		24 semaines	22 semaines

Tableau 6 : Durée de congé maternité selon la situation familiale [115]

Pour toutes ses situations, la salariée peut avec l'avis favorable du médecin ou de la sage-femme qui suit sa grossesse, reporter une partie de son congé prénatal (les 3 premières semaines au maximum) au congé post-partum.

À noter qu'en cas d'arrêt de travail prescrit pendant la période qui fait l'objet d'un report, celui-ci est annulé et le congé prénatal commence au 1^{er} jour de l'arrêt.

Concernant le congé de paternité, il est de 11 jours consécutifs au plus (samedi, dimanche et jour férié compris) pour la naissance d'un enfant ou de 18 jours consécutifs au plus pour une naissance multiple. Ce congé n'est pas fractionnable et ne peut être raccourci.

Il s'ajoute aux 3 jours d'absence autorisés prévus par le Code du travail. Il peut débuter immédiatement après ces 3 jours ou à un autre moment, mais obligatoirement dans les 4 mois qui suivent la naissance de l'enfant. [115]

b) Congé parental d'éducation

A la fin du congé de maternité, la mère qui souhaite s'occuper de son enfant plus longtemps peut user du congé parental d'éducation. Il se traduit par la suspension du contrat de travail ou par la réduction du temps de travail (avec une durée minimale de 16 heures par semaine). Pendant cette période, une aide spécifique de la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) peut être attribuée.

Les deux parents peuvent bénéficier de ce congé s'ils justifient d'au moins un an d'ancienneté au sein de leur entreprise.

La durée de ce congé et sa date de fin varient en fonction du nombre d'enfants nés (naissance d'un enfant ou naissances multiples).

Nombre d'enfants nés	Durée maximale du congé	Date de fin du congé (quelle que soit la date du début du congé)
1	1 an (renouvelable 2 fois)	Au plus tard le jour du 3 ^e anniversaire de l'enfant
2	1 an (renouvelable 2 fois)	Au plus tard à la date d'entrée à l'école maternelle
3 ou plus	1 an (renouvelable 5 fois)	Au plus tard le jour du 6 ^e anniversaire des enfants

Tableau 7 : Durée du congé parental d'éducation en fonction du nombre d'enfants nés [84]

A la fin du congé, les parents doivent retrouver leur poste ou un emploi équivalent ainsi qu'une rémunération au moins égale à celui au moment de la prise de leur congé parental. [115]

Ce congé parental offre davantage le temps aux mères qui le souhaitent de maintenir l'allaitement et ainsi donc de suivre les recommandations de l'OMS en faveur de l'allaitement exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant.

Cependant, l'inconvénient majeur de ce congé est le côté financier: précarité financière, perte salariale ainsi qu'un éloignement du marché du travail et en conséquence, la suspension des cotisations retraites. C'est d'ailleurs pour cela que le congé peut être rompu de manière anticipée avec accord de l'employeur. Toutefois, cet accord préalable n'est pas nécessaire s'il y a décès de l'enfant ou s'il y a diminution importante des ressources du ménage.

2. Code du travail relatif à l'allaitement maternel [116]

Le Code du travail français prévoit différentes dispositions, anciennes pour la plupart, destinées à faciliter l'allaitement pour les mères qui reprennent leur emploi à l'issue du congé de maternité. Comme elles ont été très peu (voire non) utilisées pendant des décennies, elles sont le plus souvent inconnues par les parents mais aussi par l'employeur.

a) Les locaux

L'article L. 224-3 du Code du travail pose le principe général selon lequel « la mère peut toujours allaiter son enfant dans l'établissement » ; le local destiné à cet effet doit être séparé de tout local de travail, avoir un point d'eau à proximité, être propre, pourvu de sièges convenant à l'allaitement, et correctement chauffé.

L'article L. 224-4 prévoit par ailleurs que les entreprises employant plus de cent femmes peuvent être mises en demeure d'installer des « chambres d'allaitement » ; ainsi, pas moins de 20 articles du Code décrivent par le menu l'aménagement et l'équipement de ces chambres d'allaitement, qui ressembleraient davantage à des crèches d'entreprise (alors que dans le simple local, « les enfants ne peuvent séjourner que pendant le temps nécessaire à l'allaitement »).

b) Les pauses d'allaitement

Le temps d'allaitement pendant le travail est prévu par le Code pour tout type d'entreprise et quel que soit l'effectif : « pendant une année à compter du jour de la naissance, les mères allaitant leurs enfants disposent à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail » (selon l'article L. 224-2), « répartie en deux périodes de trente minutes, l'une le matin et l'autre pendant l'après-midi. Le moment où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminé par accord entre les intéressées et leurs employeurs. Selon l'article R. 224-1, à défaut d'accord avec l'employeur, la pause est placée au milieu de chaque demi-journée de travail.

c) La rémunération

Les heures accordées aux mères pour allaiter leurs enfants ne sont pas considérées comme du travail effectif. Dans le silence des textes et comme l'a rappelé la réponse ministérielle du 12 avril 1993, la législation française donne lieu à la rémunération qu'aux heures de travail effectif ; par conséquent, les pauses d'allaitement ne sont donc pas rémunérées sauf si mentionnées dans la convention collective.

3. Conventions collectives

Tout d'abord, une convention collective correspond à un accord conclu entre une organisation représentant les employeurs et une organisation syndicale représentant les salariés. Elle a pour but de définir chacun des statuts des employés d'une branche professionnelle après négociation des deux partis et comporte plusieurs clauses.

Certaines conventions collectives peuvent, en plus du Code du travail, être plus favorables pour les employés.

Par exemple, concernant l'allaitement, quelques conventions prévoient la rémunération des temps d'allaitement notamment dans certaines entreprises telles que :

- Celles des industries de l'habillement qui précise que « le temps passé à l'allaitement est payé au salaire de la catégorie à condition que la mère ne quitte pas l'entreprise quand il existe une chambre d'allaitement dans l'entreprise » (article 34)
- Celle de la fabrication et du commerce des produits à usage pharmaceutique, parapharmaceutique et vétérinaire qui précise que les demi-heures du matin et de l'après-midi sont payées (article 27)

D'autres conventions prévoient la possibilité d'un congé d'allaitement non rémunéré d'une durée maximale d'un an indépendante du congé parental d'éducation sous certaine condition (un minimum d'ancienneté d'un an en moyenne est requis pour pouvoir bénéficier de ce congé).

La convention collective des banques (selon l'article 69) prévoit, en plus du congé maternité, un congé de trois mois payé à taux plein ou six mois à mi-salaire.

C. Reprise du travail et environnement professionnel : impact sur la pratique de l'allaitement maternel

1. Influence du travail sur l'allaitement

a) Influence du travail sur l'initiation de l'allaitement

Selon une étude, il n'existerait pas de lien étroit entre le travail et l'initiation de l'allaitement. En effet, des auteurs se sont intéressés à la relation entre l'emploi maternel et l'initiation de l'allaitement et d'après les sondages, une relation significative entre ces deux paramètres n'a pas été remarquée en dehors des autres facteurs démographiques (âge de la mère, position socioéconomique,...) analysés dans la première partie. [117]

D'ailleurs, les mères ayant une activité professionnelle allaiteraient leur enfant à la naissance tout autant que celles qui n'ont pas de vie professionnelle. Le fait d'avoir une vie active n'est pas par conséquent un facteur défavorable à l'initiation de l'allaitement maternel. [118 - 122]

Aussi, pour Fanello S., le fait pour une mère d'avoir ou non une vie professionnelle n'influence pas le choix du mode d'alimentation de son enfant, et la notion de congé parental est significativement associée à un choix plus fréquent d'allaitement maternel. [122]

En réalité, l'activité professionnelle est un facteur qui influence négativement l'initiation de l'allaitement, lorsque le retour au travail est programmé :

- de manière précoce après la naissance [123 - 128]
(le délai variant selon les auteurs, avec par exemple 6 semaines pour Noble S. [123] ou un an pour Roe B et Kimbro RT [125] [127])
- avec des horaires temps plein [124] [128- 131]

Le temps partiel, quant à lui, n'est pas corrélé à un taux d'initiation d'allaitement plus élevé mais favorise une durée d'allaitement plus longue, selon Roe B [125] et Lindberg L.D [132].

De plus, en France, la durée légale du congé postnatal est de 10 semaines pour les deux premiers enfants et plus dans les autres cas. Selon Noble S, l'activité professionnelle ne devrait donc pas influencer de manière négative le taux d'initiation de l'allaitement maternel. [123]

Nous notons par ailleurs que les pays où il existe un taux important d'allaitement à la naissance sont ceux où nous retrouvons un taux élevé de femmes actives (exemple des pays scandinaves). Les conditions de travail pour les femmes ayant des enfants en bas âge sont beaucoup plus favorables à celles qui veulent allaiter. Une reprise du travail plus tardive a dans ce cas un impact positif sur l'initiation de l'allaitement maternel. [133]

b) Influence du temps de travail sur l'allaitement

Le temps de travail joue un rôle essentiel dans la poursuite de l'allaitement. En effet, selon le temps de travail et les amplitudes horaires qui déterminent le degré de séparation avec l'enfant, il sera plus ou moins facile pour la mère de continuer à allaiter.

De nombreuses études indiquent que l'emploi à temps partiel, à mi-temps ou moins présente peu d'impact (voire pas du tout) sur la durée de l'allaitement chez les mères déterminées à allaiter. [123-124][132][134-137]

Le temps plein est quant à lui un facteur négatif concernant la durée de l'allaitement. Lors de la fin du congé maternité à 3 mois, la reprise du travail à temps complet est l'un des facteurs prédictifs le plus néfaste en terme d'arrêt de l'allaitement selon une étude. [124]

2. Reprise du travail et conséquence sur l'allaitement

a) Reprise du travail : l'une des principales raisons d'arrêt précoce de l'allaitement

Le retour au travail représente un facteur majeur associé à l'arrêt de l'allaitement et une difficulté forte pour le maintien de l'allaitement exclusif. Il est souvent évoqué comme un élément majeur du sevrage.

La durée des congés postnataux influence favorablement l'allaitement lorsque sa durée augmente: plus ils sont longs, plus l'allaitement l'est aussi [124] [129] [136] [138]. D'après une étude, chaque semaine de congé supplémentaire augmenterait la durée de l'allaitement de presque une demi-semaine.

En exemple, les pays scandinaves ayant le plus haut taux d'allaitement sont ceux également qui proposent une grande durée de congé post natal rémunéré mais aussi un soutien sociétal généralisé. [133] Ils facilitent la poursuite de l'allaitement maternel en permettant à la mère de reprendre le travail une fois l'enfant plus âgé. [135][139-140][186]

Les pays où la durée du congé maternité est élevée, supérieure à 20 semaines, ont des taux importants d'allaitement maternel à la naissance mais également au bout de six mois (Italie, Norvège, Suède par exemple). Nous remarquons toutefois que dans certains de nos pays européens, malgré que les congés postnataux soient moins longs que dans les pays scandinaves, ils affichent parfois des taux d'allaitement à la naissance et à six mois importants (Allemagne, Espagne, Portugal, Luxembourg).

En France, plusieurs études corroborent le lien entre la reprise du travail et l'arrêt de l'allaitement. En 2009, une étude réalisée sur un échantillon national représentatif de 1 008 femmes par l'Inpes souligne que les femmes souhaitent un congé de maternité plus long pour pouvoir allaiter davantage. En effet, la plupart des femmes interrogées estiment que cette durée est importante dans la décision d'allaiter son enfant. De plus, les femmes jugeant cet élément très décisif sont surtout celles issues des catégories les plus modestes [141]. Les données de la cohorte Eden trouvent les mêmes tendances. Plus les femmes doivent retourner au travail tôt et moins l'allaitement est maintenu à 4 mois.

Parmi les mères ayant sevré leur enfant 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 [140] et 79% d'entre elles dans l'étude de Favier-Steeger L. en 2006 [138]).

Par ailleurs, une étude asiatique nous assimile le retour au travail dans les 6 mois après la naissance à une barrière. Cette reprise symbolise 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. [142]

D'après une revue récente, le taux d'allaitement et la durée sont supérieurs pour les femmes qui ont un long congé de maternité, un emploi à temps partiel plutôt qu'un emploi à temps plein, et un programme de soutien à l'allaitement sur leur lieu de travail [143]. Plusieurs études faites dans différents pays tels que les États-Unis [144], le Royaume-Uni [145] [146] et le Pays-Bas [147] démontrent que la durée du congé pris par les mères est associée à la durée de l'allaitement : plus le congé est court et plus l'initiation et la durée sont réduites.

Habituellement dans la littérature, l'insuffisance de production lactée est la première cause de sevrage donnée par les femmes. Le travail est quant à lui la deuxième source d'arrêt de l'allaitement. Par contre, si nous prenons 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. [148-151]

Une des enquêtes de l'INSERM menée en 1995 sur un échantillon représentatif de mères dans 4 départements nous montre que les causes de sevrage évoquées par les mères diffèrent selon qu'il se fait avant ou après la 9^{ème} semaine de l'enfant [151]:

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

Tableau 8: Causes du sevrage avant et après la 9^{ème} semaine de naissance [151]

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

Ces difficultés sont en général liées à l'environnement professionnel ayant une conséquence importante. En France, selon l'enquête INPES/BVA de 2010, seulement 24% des mères poursuivent l'allaitement après la reprise du travail. Concilier l'allaitement et le travail est difficile, du fait du manque d'un lieu adéquat pour allaiter ou tirer son lait sur le lieu de travail et de la nécessaire organisation personnelle et professionnelle qu'implique ce choix. [152]

Les principaux points faisant obstacle à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail et redondants dans les études [68][96][139] [152-156] sont les suivants:

- le manque de soutien professionnel : de la part de l'employeur mais aussi des collègues
- le manque d'un lieu adéquat disponible et de flexibilité des horaires pour tirer son lait durant les heures de travail
- l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait et l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait
- la non-application des droits prévus dans le code du travail en lien avec l'allaitement
- la durée du congé maternité jugée trop courte

Mode d'allaitement optimal à la reprise du travail :

Selon Fein S.B. et al, allaiter son enfant au sein pendant la journée de travail est la meilleure méthode pour concilier travail et allaitement, lors de la reprise de la vie active. Allaiter uniquement son enfant directement au sein ou associer en plus le fait de tirer son lait, sont les deux moyens permettant d'entretenir la lactation et d'obtenir des durées plus longues d'allaitement pour les mères actives (contrairement au fait seulement de tirer le lait ou de ni tirer le lait ni allaiter l'enfant pendant le temps de travail). [124] En effet, l'allaitement direct au sein stimule davantage la production de lait que n'importe quel tire-lait électrique ou manuel. [157]

Aussi, les pompes électriques double pompage sont fortement recommandées aux dépens des pompes électriques simples ou manuelles notamment lorsque la mère travaille à temps plein et que l'enfant a moins de 6 mois. Elles permettent ainsi de tirer le lait des deux seins simultanément et de réduire donc quasiment de moitié le temps d'expression du lait et de mieux maintenir la lactation que le tire-lait simple pompage. [158-160]

Les femmes sont donc aujourd'hui de plus en plus nombreuses à savoir qu'il est possible de continuer à allaiter après la reprise du travail. Par conséquent, plus nombreuses sont celles qui désirent continuer l'allaitement en travaillant, comme le démontre le taux du sondage de l'Institut des Mamans fait en 2008, où 31 % des mères interrogées disaient avoir tiré leur lait après la reprise du travail (sans compter celles qui avaient poursuivi l'allaitement sans tirer leur lait).

3. Environnement professionnel et soutien à l'allaitement

Développer un environnement favorable à l'allaitement maternel pour le retour après un congé maternité, est primordiale dans la lutte contre les risques psychosociaux des salariées. Il est donc nécessaire d'avoir un support socioculturel et une politique favorable du travail, de la santé et des soins de la petite enfance pour espérer avoir des taux élevés d'allaitement et de femmes actives.

Nous allons ainsi nous pencher sur l'influence que peut avoir un tel programme de soutien dans la pratique de 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 que lorsqu'il existe sur le lieu de travail un programme de soutien à l'allaitement, les durées d'allaitement sont plus longues. [91][160-166] Ce genre de programme permet aux femmes actives d'allaiter aussi longtemps et voire plus que les femmes au foyer tout en continuant de travailler à temps complet. (Ortiz et al. 2004 [163]) Quelques entreprises ont bénéficié de ce programme de soutien comportant 3 points au choix pour l'employeur:

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

Selon Cohen R. et al, [164], les femmes qui bénéficient de tels programmes de soutien, poursuivent 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 assez élevé.

En France, une étude a été menée à Hewlett Packard (HP) à Grenoble en 2009 [160], une entreprise employant 1800 salariés dont la moitié de femmes, et qui disposait d'une politique de soutien à l'allaitement maternel. Afin de déterminer si les conditions de soutien réunies permettent d'encourager l'allaitement maternel dans sa durée et dans sa prévalence, de jeunes et futures mères ont été suivies. Pendant leur grossesse, de la documentation concernant l'allaitement maternel était à leur disposition et elles étaient informées sur la mise à disposition d'une des salles du service médical qui était en libre-service et accessible aux heures d'ouverture de ce service (8h-17h) afin d'avoir la possibilité de tirer leur lait.

D'après les résultats, la prévalence et la durée de l'allaitement ont été significativement plus élevées à HP Grenoble que dans la population française générale avec un taux de 94% d'allaitement et une durée moyenne de 10,3 mois et de durée médiane de 7 mois.

De même, sur les quatre sites de l'entreprise Michelin, à Clermont Ferrand, une disposition a été mise en place pour permettre un meilleur équilibre entre l'allaitement maternel et vie professionnelle. Nous notons cependant qu'aucune étude sur ces sites n'a été réalisée pour juger de la réelle efficacité de cette méthode.

Ainsi, dès le 5^{ème} mois de grossesse, le service du personnel informe la future mère qu'elle bénéficie :

- d'un soutien en allaitement pendant sa grossesse et après la naissance par une infirmière « référente » du service santé-travail de son site. Les parents peuvent également 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 notamment grâce à l'heure d'allaitement et à la mise à disposition dans le service de santé au travail d'un local pour y tirer et conserver son lait

Une vingtaine de femmes bénéficient de ce programme par an.

Ce genre de programme rassure les mères souhaitant allaiter leur bébé et rend la séparation mère-enfant moins difficile à la reprise du travail.

D'un point de vue matériel, l'organisation est légère et peu coûteuse. Cependant, sur le plan de la pratique, ce concept de programme d'entreprise est encore peu répandu en France. Les expériences menées ailleurs dans le monde témoignent néanmoins de la réelle efficacité de cette approche de la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale en période d'allaitement.

D'ailleurs en France, il existe un programme proposé aux entreprises et aux services de médecine du travail pour soutenir les femmes actives allaitantes : il s'agit du programme Lactissima.

Il a été mis en place par Véronique Darmangeat, consultante en lactation, qui est la première à présenter un tel programme. A ce jour, Lactissima n'a pas encore de clients « entreprises » mais continue sa démarche.

b) La sensibilisation des employeurs et des mères actives par l'information

Comme nous l'avons vu, l'activité professionnelle est un des facteurs limitant la durée de l'allaitement. Les mères restent les principales actrices mais les employeurs ont également un grand rôle à jouer en ce qui concerne le soutien sur le lieu de travail.

- **Sensibilisation des employeurs :**

Dans de nombreuses études, un réel manque d'information de la part des employeurs concernant l'allaitement maternel a été révélé sur le plan des bénéfiques sur la santé mais également sur le plan économique. [167–171]

Pourtant, la sensibilisation auprès 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. Des 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. [172]

En France, une étude autour des pratiques et de la connaissance des employeurs aussi bien dans la fonction publique que dans le secteur privée a montré que malgré leur méconnaissance, ceux-ci ne sont pas tout à fait 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). [171] D'après cette étude, peu d'entreprises ont déjà soutenu des femmes dans leur projet d'allaitement : ils n'étaient que 10% (dont 35% d'entre eux à faciliter les mères avec un aménagement d'horaires, et 65% d'entre eux mettre à disposition un local d'allaitement).

20% des employeurs avouent ne jamais avoir été confrontés à cette demande de la part de leurs salariées (par manque d'informations de celles-ci ou 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 dans leur entreprise.

Selon les employeurs, ce genre de charte de soutien :

- ne diminue pas la productivité (avis de 90% d'entre eux)
- permet de motiver les mères au retour de congé maternité (80%)
- ne diminue pas la demande de congé parental (80%)
- diminue les arrêts maladie à la suite du congé maternité (70%)

Les employeurs parmi ceux ne souhaitant pas soutenir l'allaitement, évoquent pour 90% d'entre eux une raison d'ordre organisationnelle et les 10% restant justifient que ce soutien n'est pas leur rôle. Nous remarquons qu'aucun des employeurs n'avance de raison financière pour justifier son refus de soutien.

Une autre enquête, réalisée par Danis et Delbey auprès des employeurs et de mères, a eu pour but d'évaluer la manière dont la théorie se mêle à la réalité. [173] L'enquête révèle 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 préconisent ainsi :

- Une sensibilisation auprès des mères, des employeurs, mais aussi des professionnels de santé confrontés au sujet de l'allaitement maternel
- Une application contrôlée de la réglementation
- Un aménagement du temps de travail, une rémunération de l'heure d'allaitement et le développement d'infrastructures adaptées (tels que les locaux, crèches d'entreprise,...).

En réalité, peu d'employeurs pensent que l'organisation des conditions de travail peut influencer le choix des mères dans la poursuite de leur allaitement : seuls 21,2% des employeurs avaient mis en place des dispositions.

Tout en sachant que la reprise du travail est un frein à la poursuite de l'allaitement, peu d'entreprises s'engagent dans un programme « Entreprise Amie de l'allaitement » [167]

- **Importance de l'information donnée à la mère**

En général, les mères actives sont réticentes quant à la possible conciliation entre allaitement et travail, du fait de la fatigue qui en résulte mais aussi par manque de connaissance de ce droit.

Malgré le besoin d'information qu'elles expriment, elles sont encore plus de 50% à ne pas recevoir d'information sur cette possibilité de pouvoir combiner vie active et vie familiale trois semaines après la naissance de leur enfant. [174]

Une étude prospective montre qu'avec des informations sur la pratique de l'allaitement avant la reprise du travail, associée à un suivi mensuel du couple mère-enfant, la prévalence de l'allaitement exclusif augmente chez les femmes ayant repris le travail. [175] En effet, le fait de donner au préalable une information concernant les possibilités de conciliation allaitement-travail dès la naissance et de proposer un programme de soutien de l'allaitement sur le lieu de travail donne des durées d'allaitement exclusives plus longues.

De même, les femmes qui bénéficient d'une visite médicale lors de la reprise du travail où le thème de l'allaitement peut être abordé et/ou disposant des numéros de soutien téléphonique en cas de nécessité, ont des taux d'allaitement à 6 mois plus élevé et des durées plus longues. [176]

Ces informations orales ou par l'intermédiaire de brochures, peuvent aussi bien être transmises par les supérieurs hiérarchiques que par l'intermédiaire du service de santé au travail qui possède dans ce contexte un rôle primordiale.

Aussi, le médecin du travail est amené à voir en consultation périodique toutes les employées d'une entreprise, enceintes ou non. Il peut ainsi les sensibiliser avant la naissance, les informations anténatales étant essentielles. Pour celles de retour de congé maternité, elles effectuent une visite médicale avant la reprise du travail et ce moment peut être l'occasion de prévenir le risque de sevrage où son taux à cet période est le plus élevé. En réalité, même s'il y a poursuite de l'allaitement, le médecin de travail n'est averti que très peu souvent (seulement dans 28,2% des cas, selon Danis et Delbey [167], les mères pensant que cette question ne regarde qu'elles).

Il est donc important de les sensibiliser sur ce point car bénéficier d'aménagements pour cause d'allaitement n'est pas une faveur mais bien un droit.

Concernant la cession d'information, une étude tentant d'évaluer l'impact sur les jeunes mères actives allaitantes, donne des taux d'allaitement à 4 mois de 39% dans le groupe ayant reçu la formation et dans celui des témoins est de 35%. Les résultats obtenus ne sont donc pas significativement différents d'un groupe à l'autre malgré l'information communiquée. [177]

De même, l'idée d'un CD-ROM contenant un programme de soutien à l'allaitement pour les mères ayant chez elles un poste informatique a été exploité. Ce programme avait pour but d'augmenter les taux et les durées d'allaitement en sensibilisant les mères. D'après les résultats de l'étude, une fois de plus, il n'y a pas eu de différence significative entre les deux groupes étudiés, l'un ayant bénéficié du CD-ROM, l'autre groupe servant de témoin et n'en ayant pas eu. [178]

En réalité, apporter des connaissances ne suffit pas à changer les comportements. C'est l'association entre une sensibilisation collective et un programme de soutien complet qui permettra de modifier certaines conduites.

c) Associations de soutien à l'allaitement maternel

En général, les mères ont besoin de se sentir soutenues lorsqu'elles allaitent et ce sentiment se fait davantage ressentir lorsqu'elles rencontrent diverses difficultés (dans leur milieu socioculturel, lors de la séparation avec l'enfant lors de la reprise du travail,...) [179]. Elles recherchent en premier lieu ce soutien dans leur environnement proche mais celui-ci peut présenter des limites. C'est à ce moment précis qu'elles peuvent faire appels à des associations de soutien à l'allaitement maternel.

Ces associations de soutien possèdent un rôle fondamental dans l'accompagnement, l'information et la promotion de l'allaitement maternel. Elles participent à la transmission des connaissances et à la formation des professionnels de santé. De même, elles stimulent les pouvoirs publics et les établissements de santé en participant à l'animation et à la médiatisation d'évènements comme la Semaine Mondiale de l'Allaitement, la Journée Nationale de l'allaitement...

Les mères peuvent ainsi être épaulées dans leur projet d'allaitement en trouvant information et appui auprès d'elles où elles seront en contact avec des consultantes en lactation. Elles peuvent aussi échanger et se soutenir entre elles surtout lorsque l'entourage proche, professionnel ou médical n'est pas très confortant. Concernant l'entourage médical, si le personnel est peu formé, il peut être source de conseils erronés et peut compromettre la poursuite de l'allaitement. [180-185] D'après Vuylsteker, plus d'un médecin généraliste sur deux met en danger l'allaitement au moins une fois dans l'étude [180]. C'est pour ces raisons que pour un allaitement efficace, ces groupes d'associations sont

vivement recommandés par l'ANAES et par plusieurs auteurs spécialisés dans le domaine de l'allaitement. [99] [126] [148]

Voici ci-dessous, une liste d'exemple non exhaustive d'associations de soutien françaises :

- La Leche League France
- Solidarilait
- Information Pour l'Allaitement (IPA)
- Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel (SESAM)
- Centre Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel (CERDAM)

III. Enquête auprès de 270 mères actives ayant allaité

Le questionnaire proposé (annexe) est un questionnaire de 26 questions dont les réponses sont enregistrées sous forme anonyme. J'ai réalisé ce questionnaire qui a été relu par mon maître de thèse et par une jeune mère qui faisait partie de la population étudiée et qui a testé à ce questionnaire avant sa diffusion.

Il a été effectué sur la plateforme « Google drive ». Un lien a facilité sa diffusion par e-mail, sur les réseaux sociaux, et particulièrement dans les groupes destinés aux mères qui ont été nombreuses à y répondre.

Concernant le contenu du questionnaire, il comporte plusieurs types de questions, à savoir des questions fermées, ouvertes et des questions à choix multiples.

Il interroge les mères sur leur pratique de l'allaitement en général puis sur l'influence du travail lors de la reprise de celui-ci mettant en évidence les difficultés rencontrées et leur ressenti sur ce vécu. Le questionnaire s'intéresse également sur les conseils que les mères souhaiteraient recevoir pour une meilleure conciliation allaitement-travail.

Les résultats de l'enquête ont été saisis sur le logiciel Microsoft Excel® qui a servi à son analyse et sa mise en forme.

A. Résultats de l'enquête

L'étude a permis le recueil de 270 réponses.

Tout d'abord, la population de mères sondées était essentiellement constituée de:

- 50% d'employées
- 35% de cadres et des professions intellectuelles
- 6% de la catégorie des professions intermédiaires
- 3% d'artisans, de commerçantes ou chef d'entreprise.
- 2% à part égale de la catégorie des ouvrières, des professions libérales et des étudiantes

95% d'entre elles vivent en couple (mariée, union libre ou pacsée) et 5% sont mères célibataires.

Concernant les tranches d'âges de nos mères sondées, elles sont représentées par :

- 75% de la catégorie des « 25 – 34 ans »
- 17% de celle des « 35 – 49 ans »
- 6% de celle des « 18 – 24 ans »
- 2% des femmes âgées de « 50 – 64 ans »

Aucune femme mineure n'a participé à ce sondage.

Voici les résultats obtenus pour chacune des questions :

Question 1 : Combien d'enfants avez-vous ?

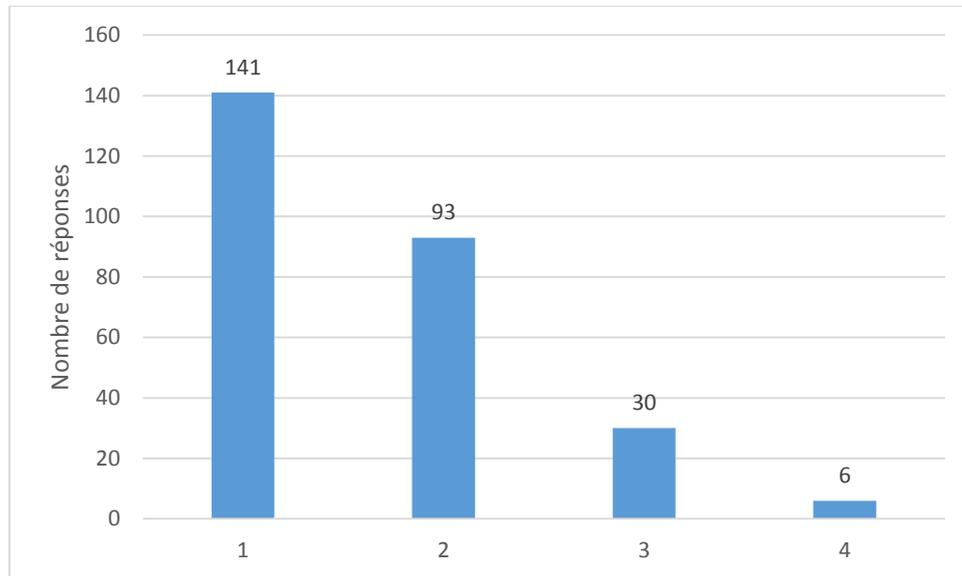


Figure 19 : Nombre de femmes ayant 1, 2, 3 ou 4 enfants parmi les sondées

Plus de la moitié des mères interrogées, soit 52%, ont répondu avoir 1 enfant : elles sont donc majoritairement primipares sans expérience antérieure dans l'allaitement. Puis le nombre de femme ayant 2, 3 ou 4 enfants décroît.

Question 2 : Avez-vous allaité votre enfant ? Si oui, pendant combien de mois?

La totalité des mères ont répondu par l'affirmative pour la première partie de la question.

Concernant la durée d'allaitement, la réponse est illustrée dans le graphique suivant:

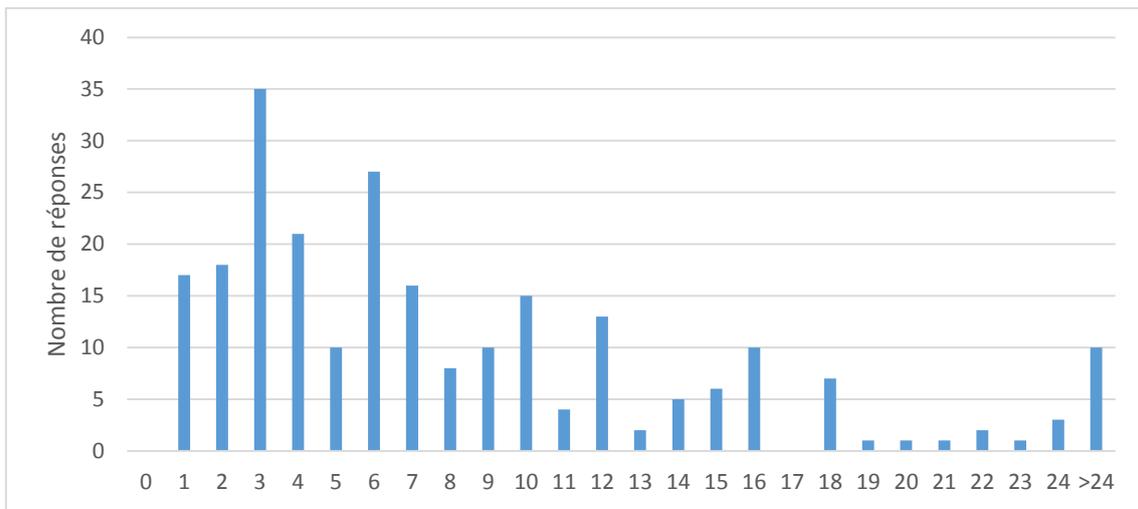


Figure 20 : Durée total d'allaitement (en mois)

La plus grande majorité des femmes déclarent avoir allaité leur enfant jusqu'à leur 3^{ème} mois comme nous le constatons avec le pic le plus haut sur ce graphique. Le second pic se situe au 6^{ème} mois puis nous remarquons une diminution progressive des femmes pratiquant l'allaitement au cours du temps avec cependant 10 femmes le pratiquant encore au-delà de 24 mois.

Question 3 : Comment avez-vous allaité votre enfant à la naissance?

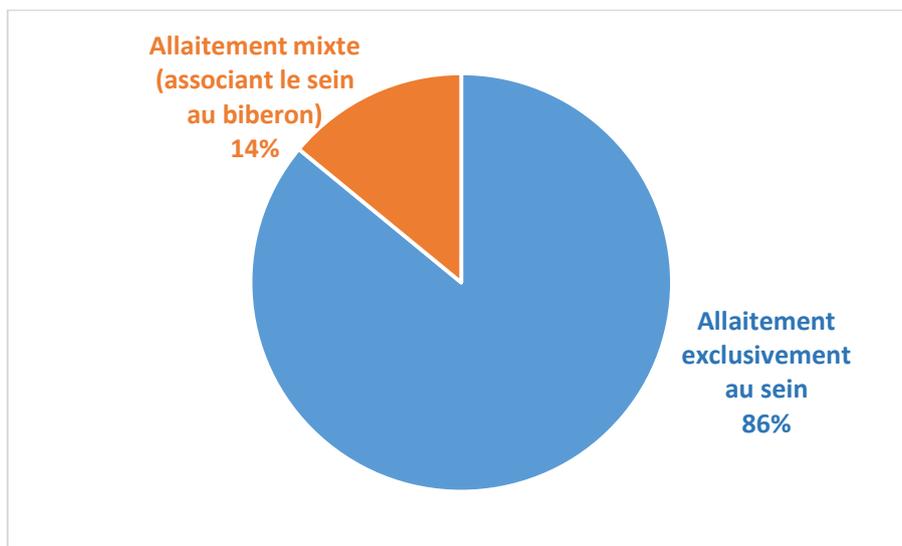


Figure 21 : Mode d'allaitement à la naissance

La grande majorité des mères déclarent avoir allaité leur enfant au sein de manière exclusive à la naissance. Elles ont été seulement 14% à commencer un allaitement mixte dès la maternité.

Question 4 : Quelles contraintes avez-vous eu lors de l'allaitement ?

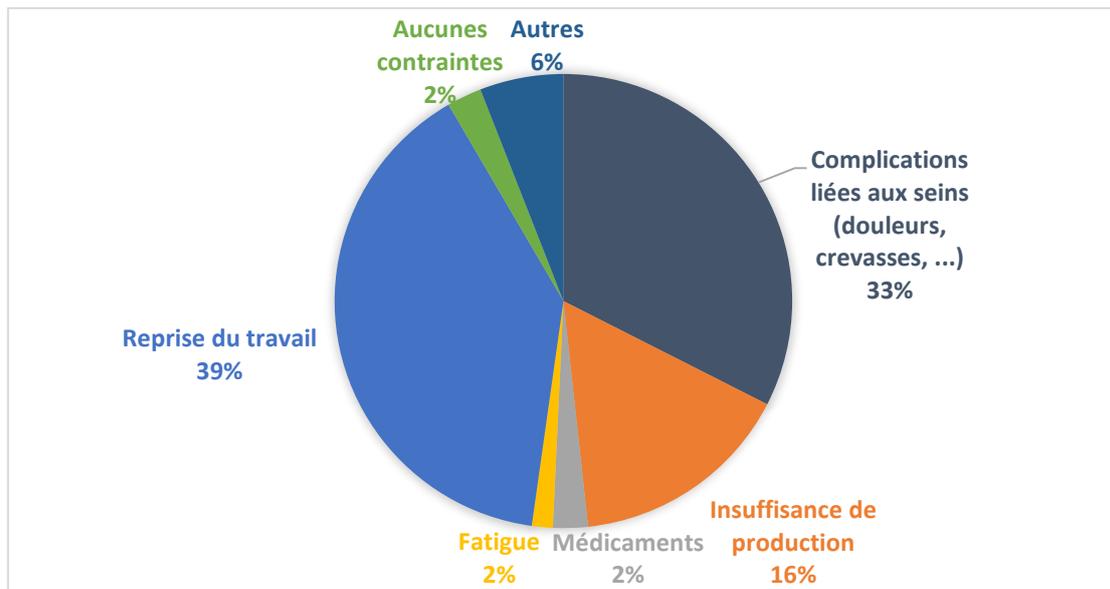


Figure 22 : Contraintes rencontrées lors de l'allaitement

Cette question pouvait comporter de multiples réponses. Comme nous le constatons, les trois principales contraintes sont les suivantes :

- la reprise du travail : elle est considérée par les mères comme étant la plus grande des contraintes lors de l'allaitement (avec 39% de réponses)
- les complications liées aux seins (33%)
- l'insuffisance de production (16%)

Ces contraintes vous ont-elles dissuadée d'arrêter l'allaitement ?

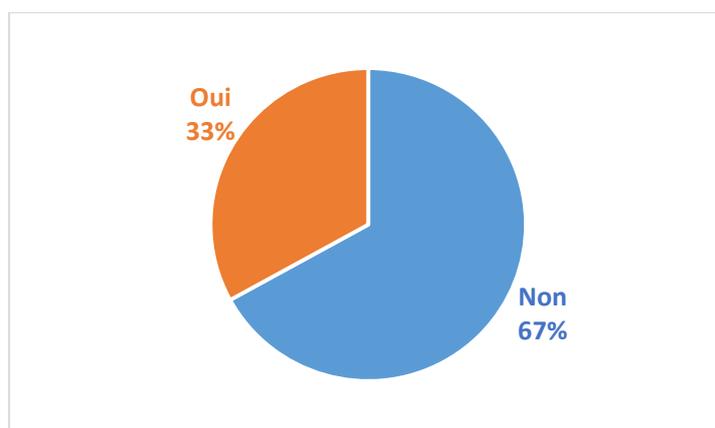


Figure 23 : Taux de poursuite de l'allaitement malgré les contraintes

La plupart des mères (67%) ont poursuivi l'allaitement malgré les contraintes mais un tiers d'entre elles ont tout de même arrêté.

Question 5 : Avez-vous un emploi? Si oui quel est votre domaine d'activité ? (plusieurs réponses possibles)

Pour la première partie de la question, les mères ont répondu avec un pourcentage de 94% avoir un emploi.

Pour leurs domaines d'activités, voici les proportions obtenues :

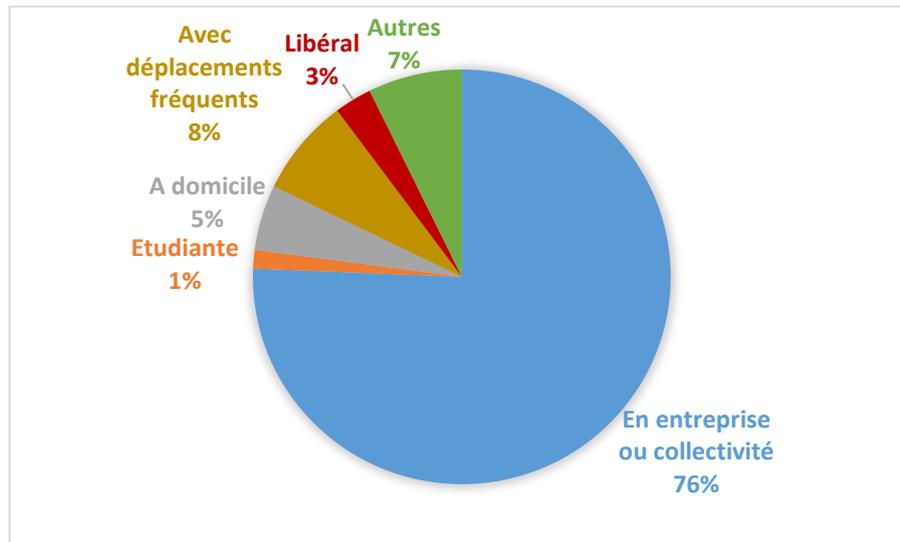


Figure 24 : Domaines d'activités des mères sondées

La majorité des mères sondées (soit plus des ¾) travaillent en entreprises ou collectivités.

Question 6 : Lors de la reprise du travail, quel âge avait votre enfant? (en mois) Avez-vous continué à l'allaiter? Si oui, pendant combien de mois avez-vous continué après la reprise? Si non, pour quelles raisons?

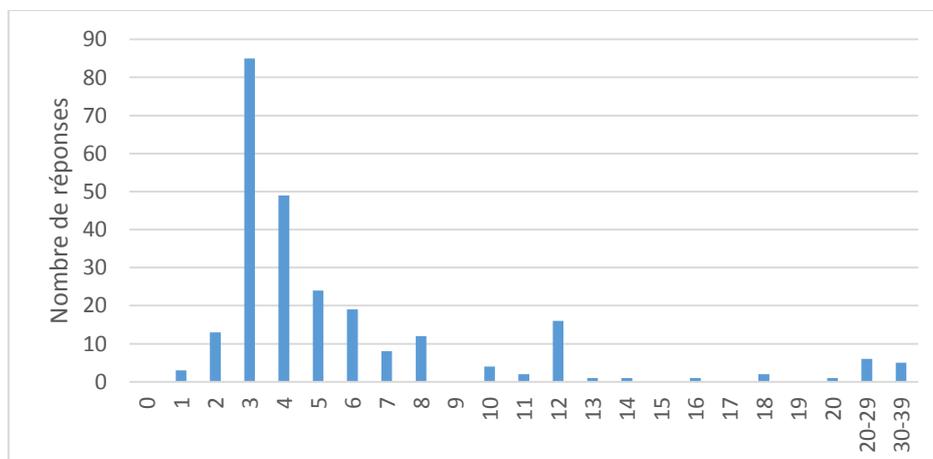


Figure 25 : Age de l'enfant à la reprise du travail (en mois)

Nous remarquons que la grande majorité des enfants ($\approx 31\%$ soit presque un tiers des enfants) ont 3 mois lorsque leur mère reprend le travail, ce qui correspond au délai légal du congé de maternité. Puis le taux d'allaitement diminue progressivement au fur et à mesure que les enfants grandissent. Nous retrouvons un autre pic moins haut à l'âge de 12 mois semblable à celui que nous avons à 6 mois correspondant également à la fin d'un congé parental d'un an.

Nous notons que 6 mères parmi les sondées ont déclaré ne pas encore avoir repris leur activité professionnelle depuis la naissance de leur enfant et leurs durées d'allaitement (parfois encore en cours) varient entre 1 à 11 mois.

A la question **« Avez-vous continué à l'allaiter ? »**, elles sont environ deux tiers à avoir répondu par l'affirmative comme nous le voyons dans le graphique ci-dessous.

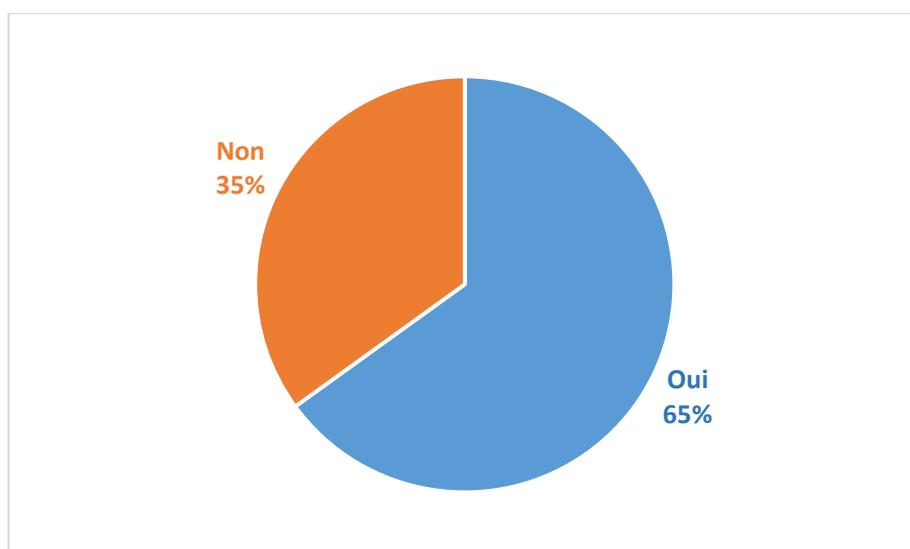


Figure 26 : Pourcentage de mères ayant poursuivi l'allaitement à la reprise du travail

Si oui, pendant combien de mois aviez-vous continué après la reprise?

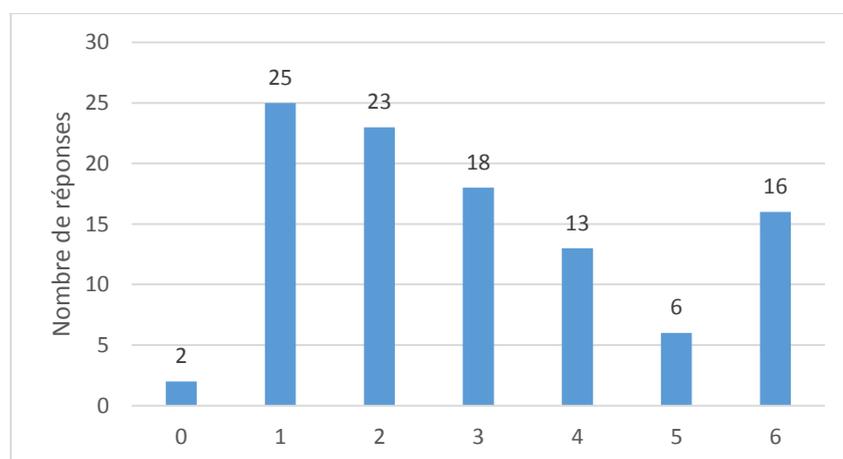


Figure 27 : Durée de poursuite de l'allaitement après la reprise du travail (en mois)

Le plus grand effectif de femmes qui ont arrêté de poursuivre leur allaitement se trouve à 1 mois après la reprise de leur travail. Après 6 mois de reprise de travail, seul 39 % de femmes de notre enquête continuent à allaiter.

Si non, pour quelles raisons?

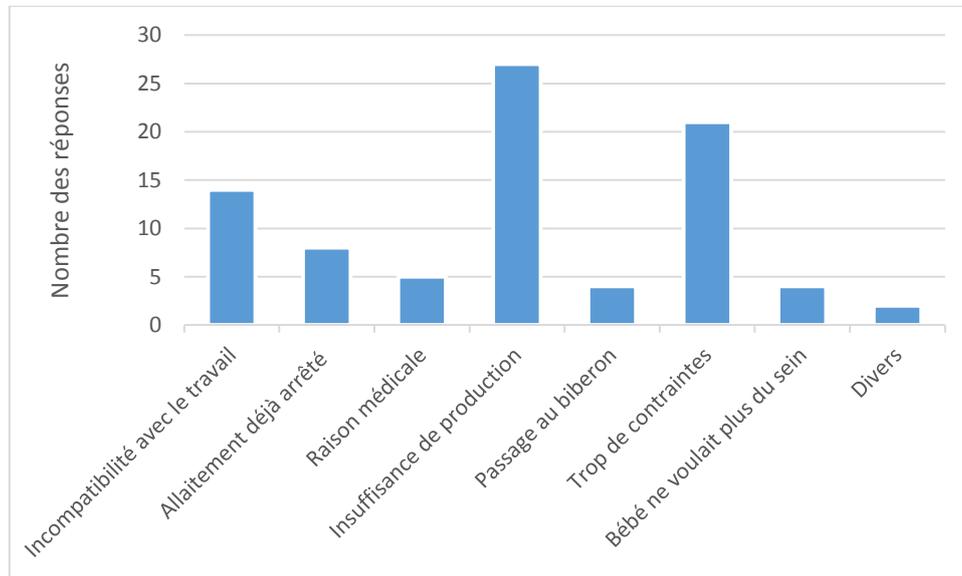


Figure 28 : Raisons du sevrage lors de la reprise du travail

86 mères ont répondu à cette sous-partie de question : cela signifie donc qu'elles n'ont pas allaité après leur reprise. Les trois principales causes qui ont influencé leur choix sont respectivement l'insuffisance de production, le surplus de contrainte associée et le fait qu'elles considèrent l'allaitement et le travail comme incompatibles.

Question 7 : Comment votre reprise du travail s'est-elle passée ?

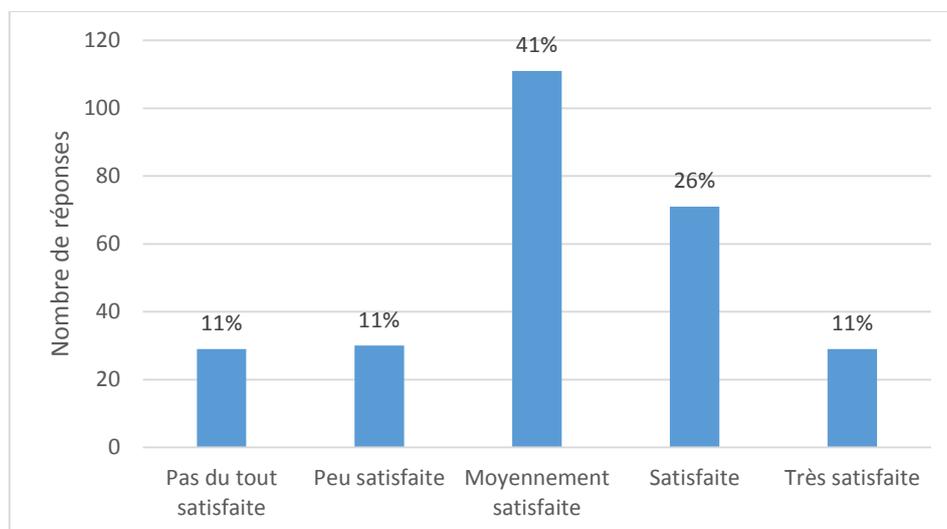


Figure 29 : Evaluation des femmes concernant leur reprise du travail

Dans une échelle allant de 1 pour « Pas satisfait du tout » à 5 pour « Très satisfait », nous voyons que la reprise du travail s'est généralement bien passée pour la majorité des mères. Seulement 22% d'entre elles (mères ayant noté 1 ou 2) n'ont pas donné la moyenne pour cette reprise.

Question 8 : A quel taux d'activité avez-vous repris votre travail ?

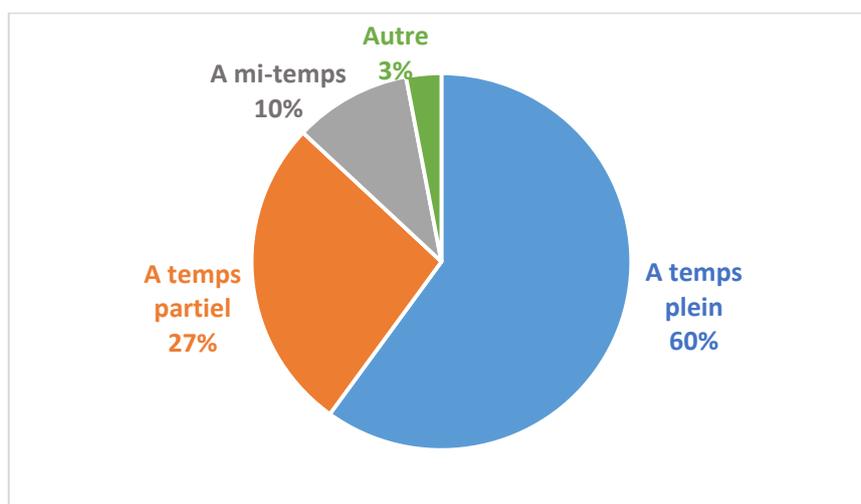


Figure 30 : Pourcentage du taux d'activité à la reprise du travail des mères interrogées

60% des mères ont repris leur activité professionnelle à temps plein comme l'indique le graphique. Seulement un peu plus d'un tiers ont bénéficié d'horaires aménagés avec une reprise à temps partiel pour la plupart (avec un taux de reprise à 80%).

Question 9 : Sur quelle amplitude horaire étiez-vous séparée de votre enfant ?

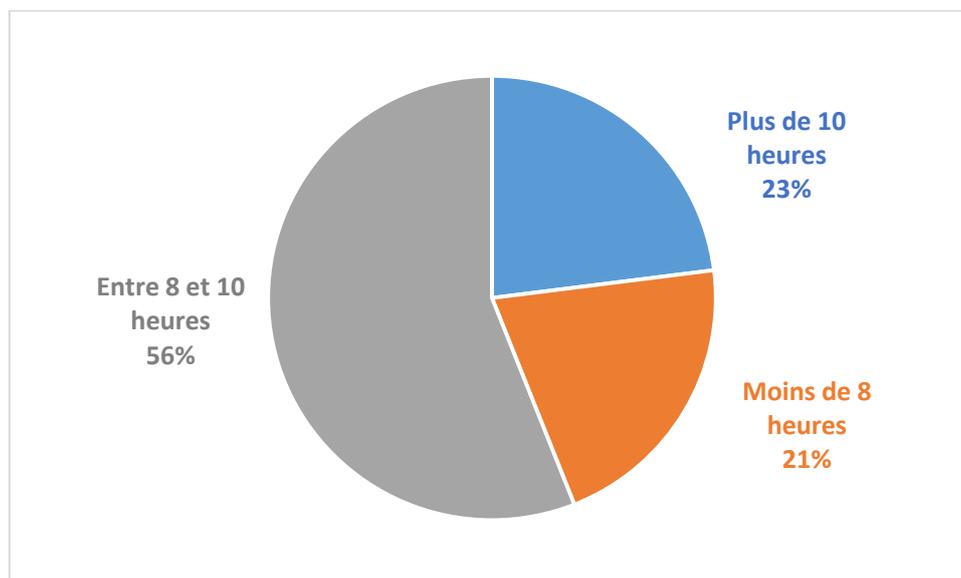


Figure 31 : Pourcentage de l'amplitude de séparation des mères à la reprise du travail

Plus de la moitié des mères sont séparées de leur enfant avec une amplitude allant de 8 à 10h.

Question 10 : A quel âge votre enfant a-t-il été complètement sevré? (en mois)

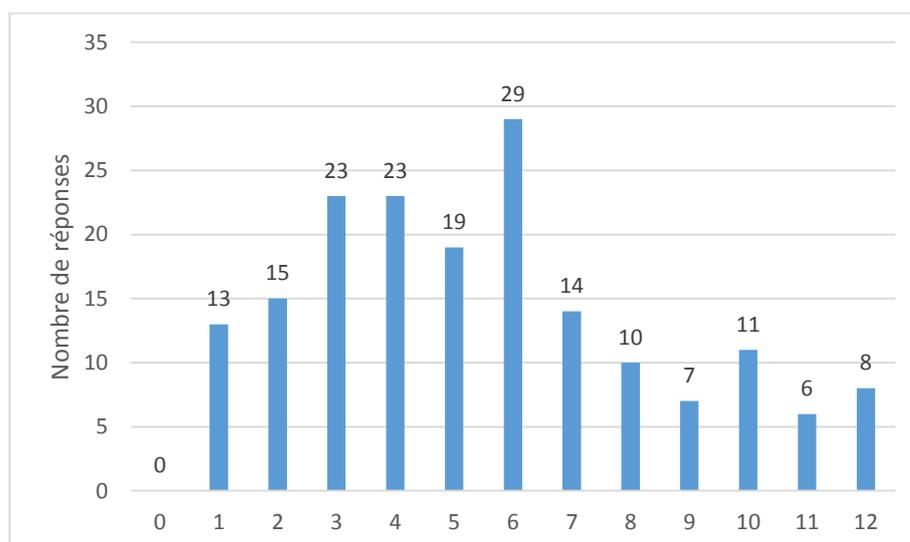


Figure 32 : Age du sevrage des enfants du sondage

Comme nous le voyons sur ce graphique, l'âge auquel les nourrissons sont majoritairement sevrés est de 6 mois. L'âge du sevrage décroît progressivement par la suite.

Dans notre sondage, 24% des enfants sont sevrés au-delà de leur 12^{ème} mois dont 9% au-delà de 24^{ème} mois.

Note pour cette question :

- 8 mères déclarent ne pas avoir encore sevré leur enfant
- 30 mères n'ont pas répondu

Quel était le motif du sevrage ? (plusieurs réponses possibles)

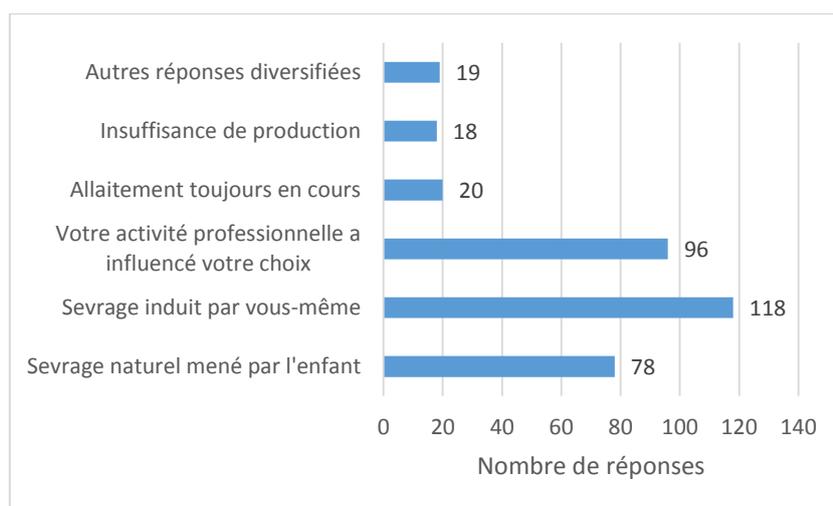


Figure 33 : Causes du sevrage de l'enfant

Le premier motif en cause est le sevrage provoqué par la mère elle-même (avec 48%). La seconde raison qui suit met en cause l'activité professionnelle (avec 36%) puis il y a le sevrage induit par l'enfant (avec 29%).

Les 3 autres causes sont celles issues de la réponse ouverte « Autres » où les mères s'exprimaient directement: la cause qui revenait le plus souvent est celle de l'insuffisance de production.

Question 11 : Si votre travail est en cause, pouvez-vous préciser ? (plusieurs réponses possibles)

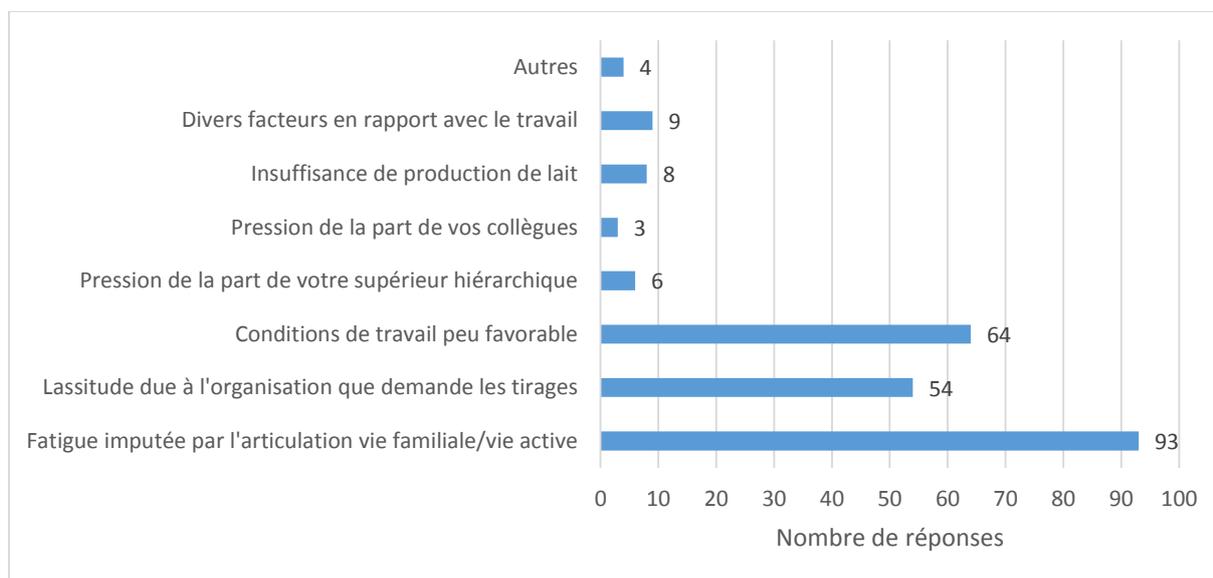


Figure 34 : Raisons en lien avec le travail ayant provoqué le sevrage de l'enfant

Plus de la moitié des mères qui ont répondu ont avoué que la fatigue associée à la vie familiale et à la vie active est une des raisons qui a causé le sevrage de leur enfant. D'autres imputent des conditions de travail peu favorable (45%) et d'autres l'organisation que demande le tirage du lait (38%).

Question 12 : Si vous aviez repris le travail à temps réduit, avez-vous été satisfaite de l'attitude de votre supérieur hiérarchique à cet égard?

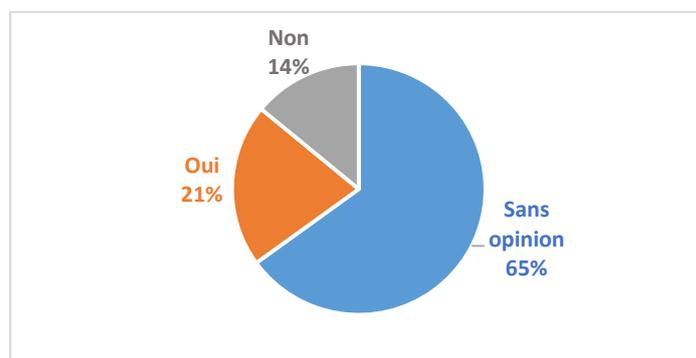


Figure 35 : Taux de satisfaction des mères vis-à-vis de leur supérieur à la reprise du travail

Comme l'indique le graphique, la majorité des mères, n'ont pas eu de problème avec leur supérieur. Seules environ 14% d'entre elles n'ont pas été satisfaites.

Question 13 : Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile dans le fait de devoir allaiter et d'avoir une activité professionnelle en même temps?

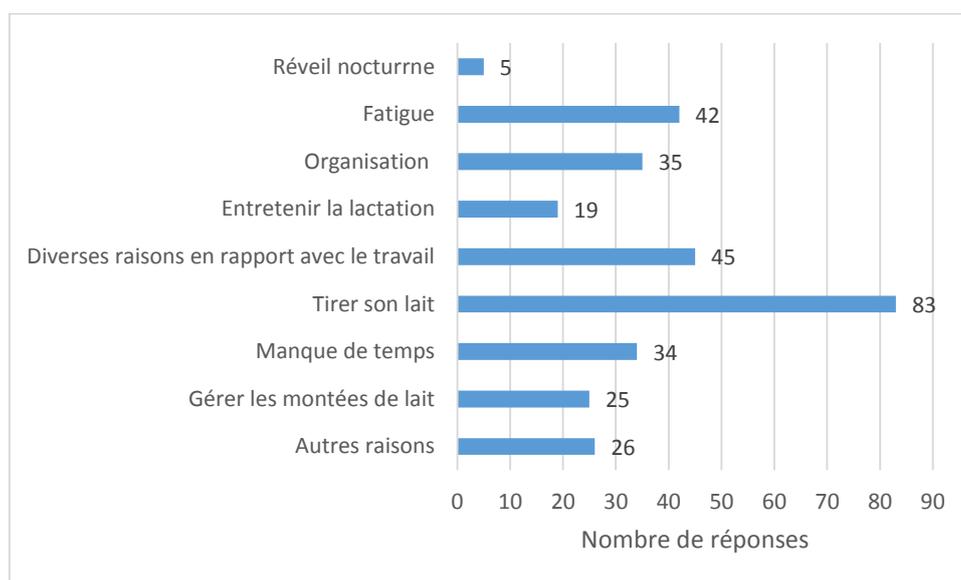


Figure 36 : Difficultés rencontrées dans le fait d'allaiter et d'avoir une activité professionnelle

La majorité des sondées ont répondu que « tirer son lait » était la plus grande difficulté dans le fait d'allaiter et de travailler en même temps. Ensuite la fatigue, l'organisation que cela implique et le manque de temps sont des facteurs qui reviennent assez souvent.

Question 14 : Quel a été le mode de garde de votre enfant lors de la reprise?

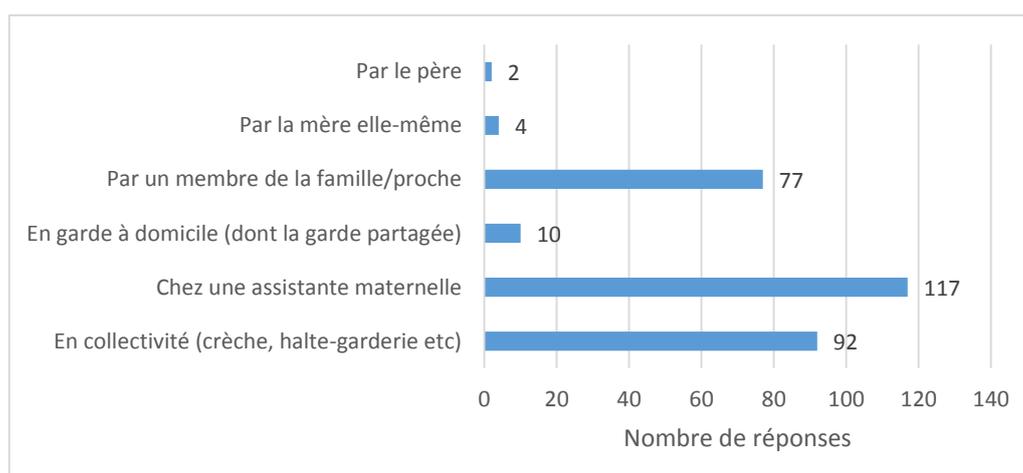


Figure 37 : Mode de garde de l'enfant à la reprise du travail

L'assistance maternelle est le mode de garde le plus fréquent lors de la reprise du travail pour les mères interrogées. Ensuite, il y a les collectivités puis la garde par un membre de la famille.

Question 15 : Quel a été votre plus grand soutien pour poursuivre votre allaitement lors de la reprise d'activité? (plusieurs réponses possibles)

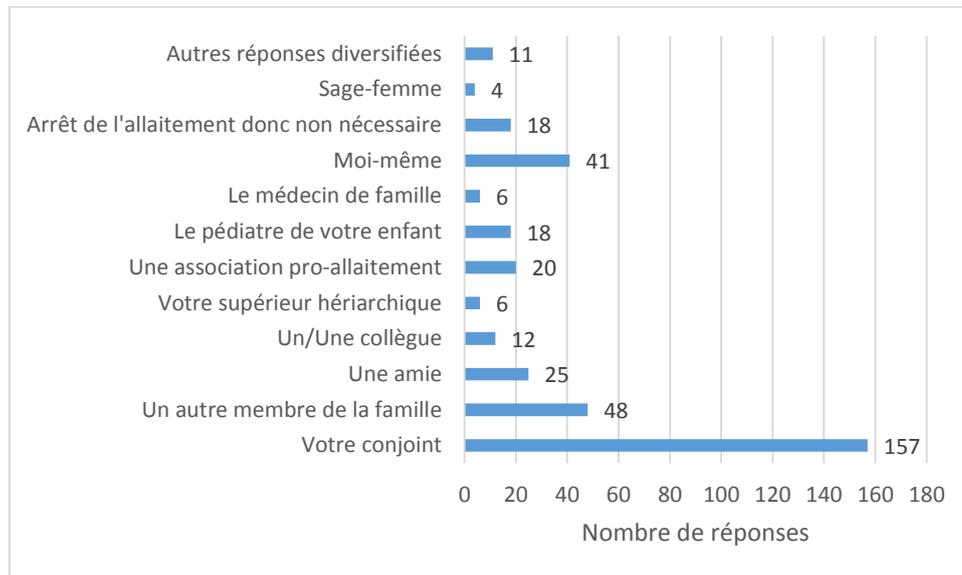


Figure 38 : Personne ayant un rôle de soutien auprès des mères allaitantes

La personne à qui revient le rôle principal de soutien auprès de ces femmes allaitantes est leur conjoint. Son taux est significativement plus élevé que les autres. Elles ont été par la suite nombreuses à évoquer un autre membre de leur famille. Aussi, nous remarquons qu'elles sont nombreuses à avoir exprimé le fait qu'elles étaient « soi-même » leur propre grand soutien dans cette poursuite de l'allaitement, d'autant plus que cette réponse était issue de leur libre expression dans la catégorie des autres propositions.

Question 16 : Selon vous, le père de l'enfant a-t-il un rôle dans l'allaitement maternel?

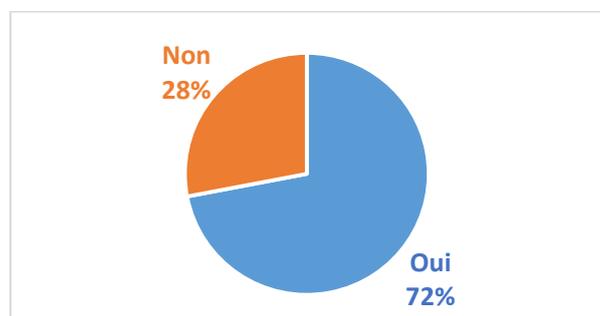


Figure 39 : Pourcentage des mères pensant que le père a un rôle ou non à jouer dans l'allaitement maternel

D'après le graphique, la majorité des femmes considèrent que le père a un rôle dans l'allaitement.

Si oui, le(s)quel(s) ?

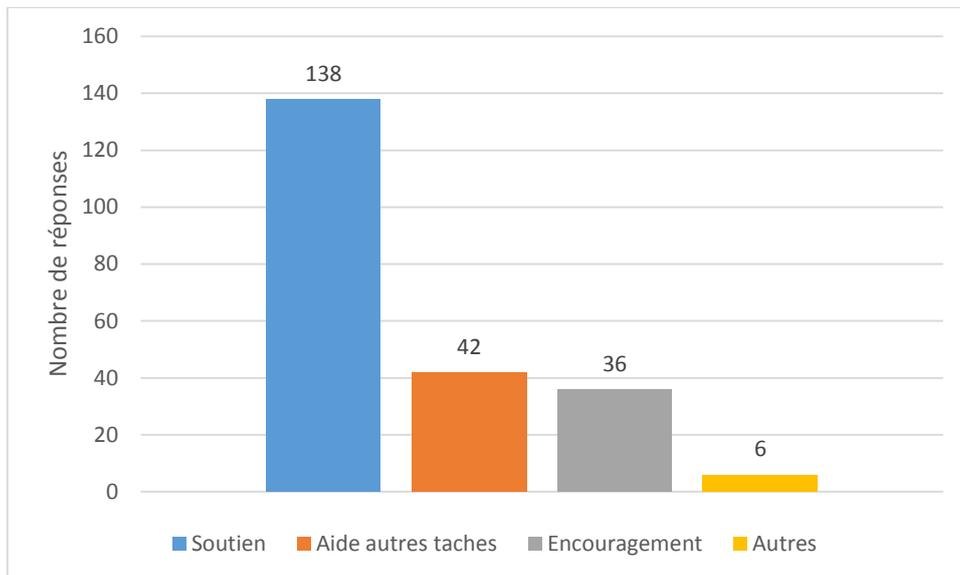


Figure 40 : Les différents rôles du père selon les mères

Cette partie de question était réservée à celles qui considèrent que le père possède un rôle à jouer dans l’allaitement. Elles ont été 67% à répondre à cette question ouverte et elles ont été nombreuses à lui accorder le rôle de soutien. Il y a ensuite les aides dans les autres tâches quotidiennes puis l’encouragement dans la poursuite de l’allaitement.

Question 17 : Pensez-vous qu’une information sur « l’allaitement et le travail » puisse aider les mères qui souhaitent poursuivre l’allaitement à mieux appréhender la reprise de leur activité professionnelle ?

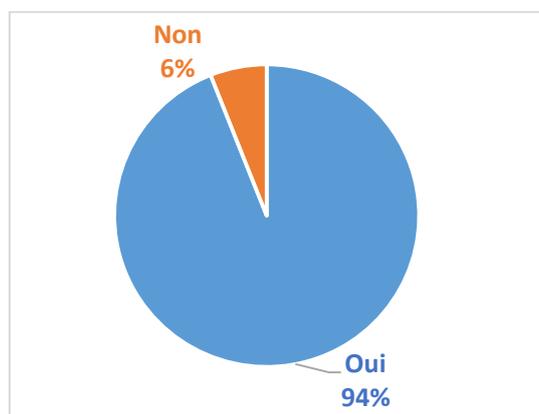


Figure 41 : Pourcentage de mères qui pensent qu’une information sur « l’allaitement et le travail » puisse les aider pour leur reprise du travail

Pour 94% des mères interrogées, une information concernant « l’allaitement et le travail » serait nécessaire pour les aider à mieux se préparer lors du retour dans la vie professionnelle.

Si oui, selon vous, quel(s) renseignement(s) serait-il utile d’apporter ? (plusieurs réponses possibles)

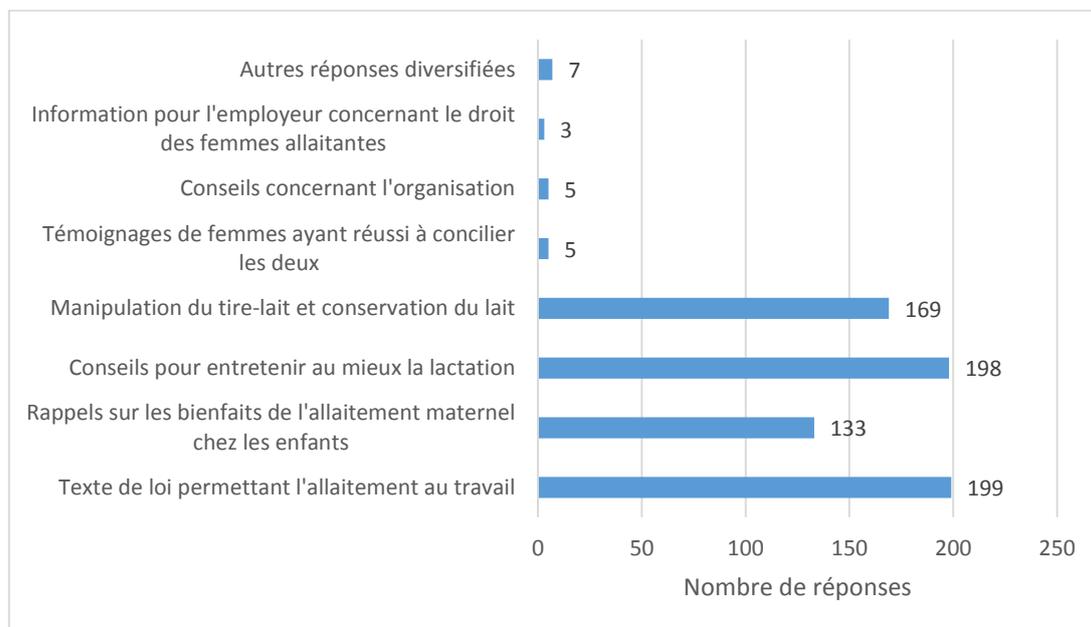


Figure 42 : Renseignements utiles d’apporter à la reprise du travail selon les mères sondées

Elles ont été plus de 77% à signaler que des textes de loi sur l’allaitement au travail et des conseils pour entretenir la lactation étaient en majorité des renseignements essentiels qu’il faudrait apporter. Ensuite, avec un taux de 66%, elles sont nombreuses à nous faire savoir que des instructions sur la manipulation des tire-laits et la conservation du lait tiré sont aussi des informations importantes à transmettre. Des rappels sur les bienfaits de l’allaitement seraient également bénéfiques pour la moitié d’entre elles.

Si non, pour quelles raisons?

Il y a eu 13 réponses pour cette partie.

Parmi les réponses obtenues:

- 5 expriment le fait que concilier allaitement et travail est difficile
- 2 suggèrent que l’information devrait être donnée aux employeurs
- 2 disent que cette poursuite dépend uniquement de la motivation de la mère à allaiter
- 2 expriment le fait que l’information trouvée sur Internet ou obtenue lors des visites médicales suffit
- 1 insinue que cela n’est pas nécessaire à cause de la baisse de production due au manque de stimulation des tétées
- 1 affirme que cela dépend uniquement du couple mère-enfant et que chaque couple est différent

Question 18 : A quel moment l'information sur l'allaitement et le travail devrait avoir lieu? Merci de justifier votre réponse

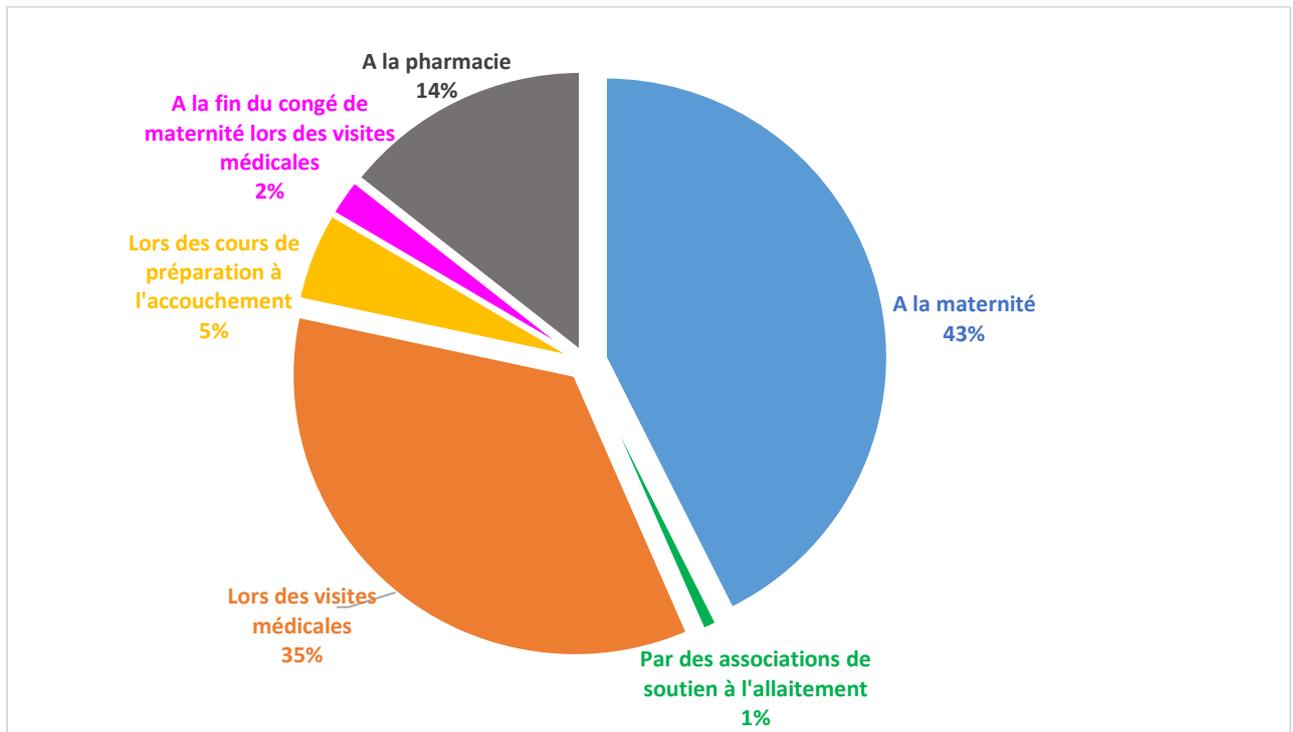


Figure 43 : Moment où l'information sur l'allaitement et le travail devrait leur être donnée

Tout d'abord, nous notons que pour cette partie, elles ont été 115 à répondre soit environ 43% des mères sondées.

Parmi les femmes pour qui la maternité est le lieu le plus propice pour connaître ces informations, la plupart d'entre elles le justifient en exprimant le fait que la maternité est l'endroit où la prise de conscience se fait. C'est à ce moment qu'elles devraient être informées de ce qui les attend pour pouvoir être mieux préparées. D'après une anonyme, « Le succès d'un allaitement dépend des bonnes informations et des bonnes conditions dès le début! ».

Pour d'autres, la maternité est un lieu où elles reçoivent plusieurs informations en même temps et communiquer cette information à ce stade serait trop tôt. C'est pour cela que la possibilité de continuer à allaiter à la reprise du travail doit être abordée suffisamment tôt mais une fois la lactation déjà bien mise en place. « L'information devrait parvenir après le 1^{er} mois d'allaitement si tout se passe bien (pas trop tôt, ni trop tard, le temps de prévoir la situation) » selon une mère. Le moment idéal se situerait lors des visites médicales. C'est d'ailleurs à ce moment-là qu'elles disposent de plus de temps pour en parler.

A la pharmacie, lieu d'échange avec des professionnels de santé facilement accessibles, les conseils sont « très bénéfiques surtout lorsque le personnel est bien formé ». Mais pour d'autres mères, cela ne fait pas partie du rôle de pharmacien de donner ce genre d'informations.

Pour certaines mères, ces informations devraient avoir lieu lors de la visite chez le médecin du travail juste avant la reprise. Un vrai soutien devrait également être mis en place sur ce lieu du travail et elles ne devraient pas « ressentir de pression de la part de leurs supérieurs hiérarchiques ». D'autres estiment que lors de cette visite, il est souvent trop tard pour ces informations et qu'en général, l'enfant a déjà été sevré.

Par ailleurs, d'autres mères estiment que ces informations devraient leur être apportées lors de toutes les étapes et à toutes les occasions de sorte à bien assimiler ces renseignements car « les mères ne sont pas toutes réceptives à chaque fois et au même moment ».

Question 19 : Quel(s) professionnel(s) de santé vous semble-t-il plus apte à vous donner ces informations et vous renseigner au mieux?

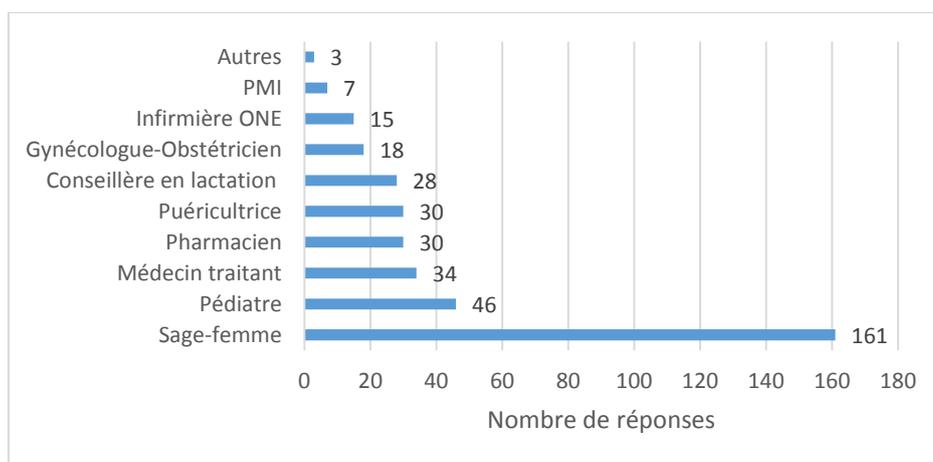


Figure 44 : Professionnels les plus aptes à leur donner cette information

Pour cette question optionnelle à possibilité de choix multiples, 230 mères ont répondu. Elles ont de manière significative (79%) évoqué la sage-femme comme étant le professionnel de santé étant plus disposé à leur délivrer ces informations.

Question 20 : Avez-vous utilisé un tire-lait ?

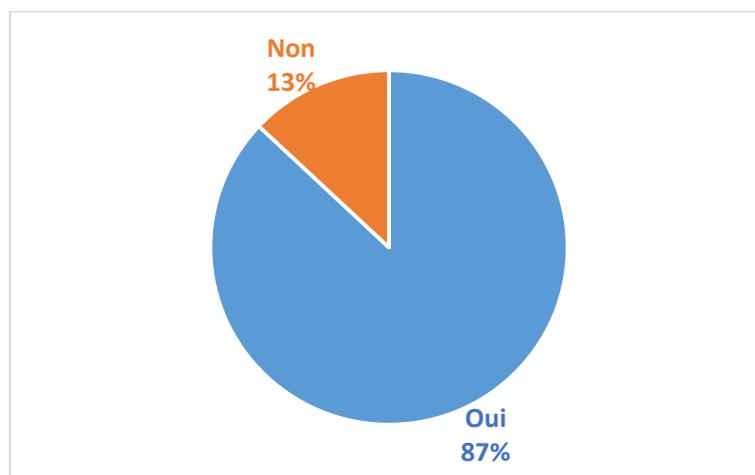


Figure 45 : Pourcentage de mères ayant déjà utilisé un tire-lait

La plupart des mères ont utilisé un tire-lait au moins une fois.

Si oui, l'utilisation vous a-t-elle semblé difficile ?

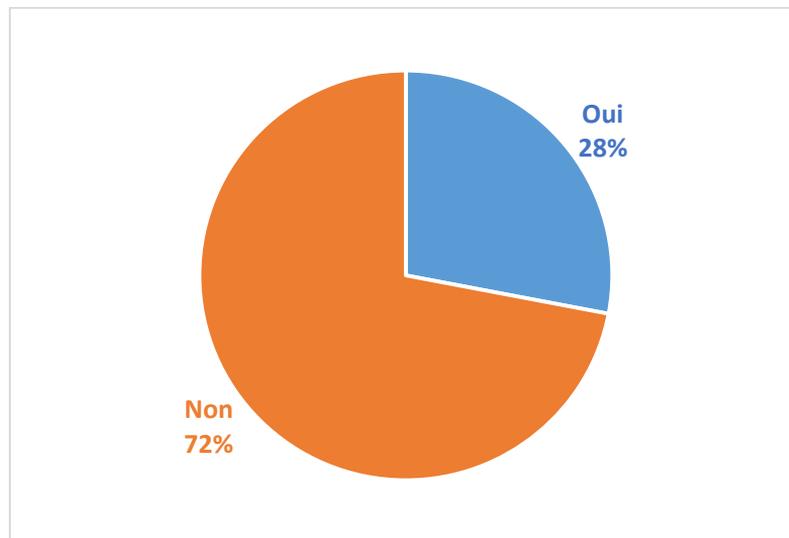


Figure 46 : Pourcentage de l'avis des mères sur la difficulté d'utilisation d'un tire-lait

L'utilisation de ce tire-lait n'a pas été compliquée pour la majorité d'entre d'elles.

Avez-vous eu les conseils nécessaires auprès de votre pharmacie pour l'utilisation du tire-lait ?

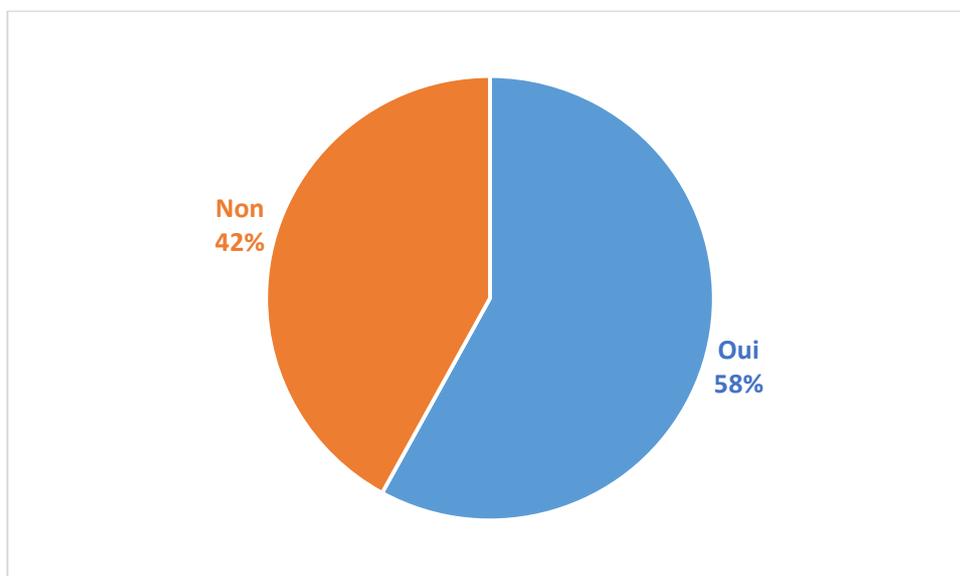


Figure 47 : Pourcentage de femmes ayant eu les conseils d'utilisations du tire-lait nécessaires en pharmacie

Nous remarquons d'après ce graphique que même si elles sont plus de la moitié à avoir reçu des informations, les mères sont quand même plus de 41% à ne pas en avoir reçu.

Si non, qu'auriez-vous aimé comme type de conseil ?

Il y a eu 52 réponses pour cette question ouverte et optionnelle. Les résultats ont été résumés dans le graphique suivant :

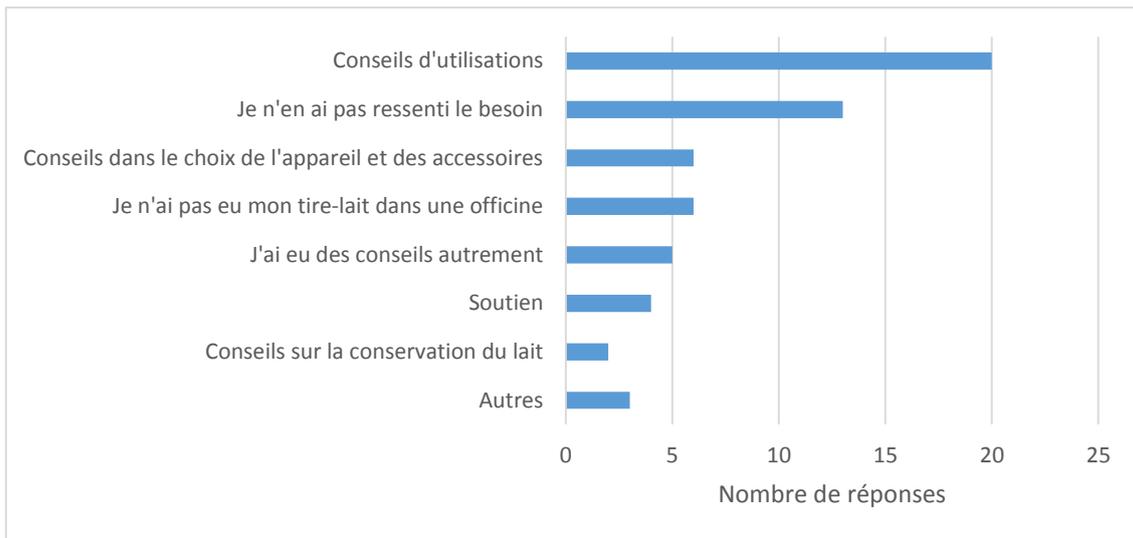


Figure 48 : Types de conseils qu'auraient aimés les mères parmi celles qui n'en ont pas eu

Pour la plupart d'entre elles, des conseils sur l'utilisation de l'appareil auraient été bénéfiques. Une partie des mères n'ont cependant pas senti le besoin d'en recevoir. Nous découvrons par ailleurs qu'elles n'ont pas toutes eu leur tire-lait en pharmacie.

Question 21 : Connaissez-vous les modalités de conservation du lait tiré?

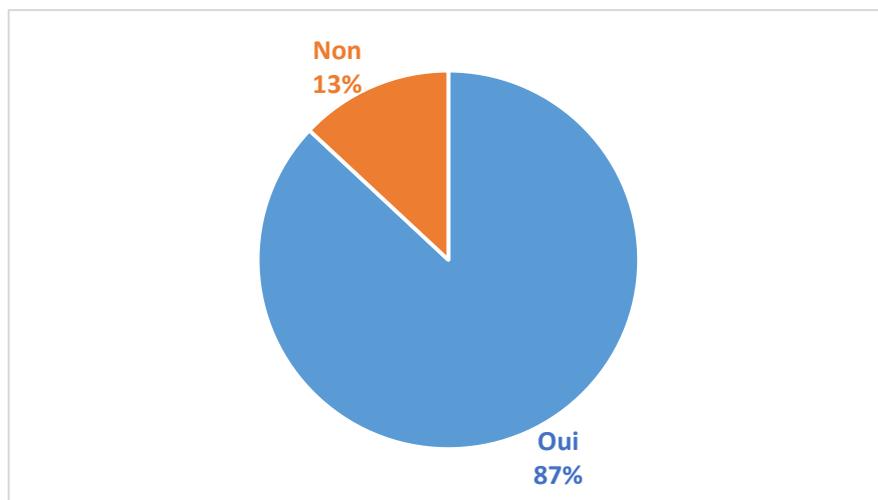


Figure 49 : Pourcentage de mères pensant connaître les modalités de conservation du lait tiré

La majorité des femmes (soit 87%) pensent connaître les modalités de conservation du lait tiré d'après le graphique.

Question 22 : Encourageriez-vous une mère à poursuivre son allaitement à la reprise du travail ?

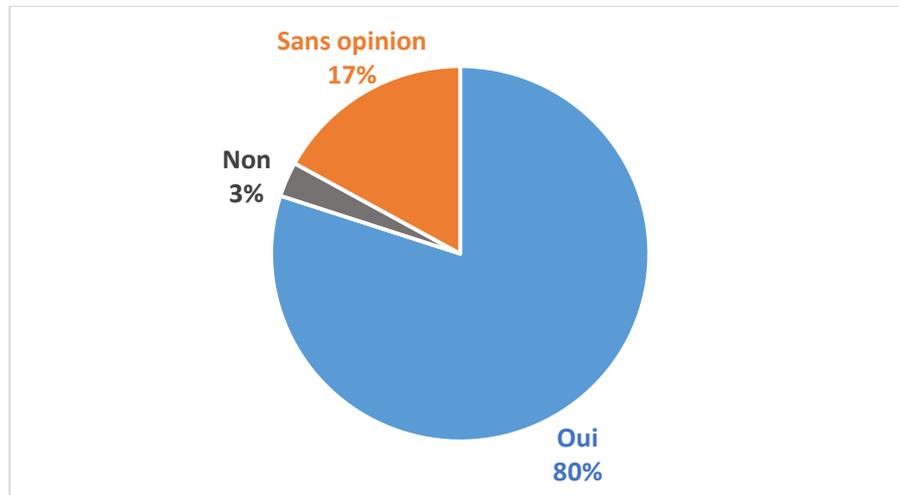


Figure 50 : Pourcentage de mères encourageant ou non la poursuite de l'allaitement à la reprise du travail

Nous constatons que plus des trois quart des mères encouragent à continuer d'allaiter après la reprise du travail mais que 17% d'entre elles n'émettent pas d'opinion la dessus. Seulement 3% des mères ne le recommandent pas.

Question 23 : L'allaitement était-il une bonne expérience pour vous personnellement? Argumenter SVP

Elles sont pour la majorité avec un taux de 87% à avoir trouvé que l'allaitement était une bonne expérience. 9% n'avaient pas trouvé cela agréable et 4% d'entre elles étaient mitigées.

Pour les femmes ayant trouvé que l'allaitement était une bonne expérience, voici ci-dessous un graphique qui résume leurs ressentis :

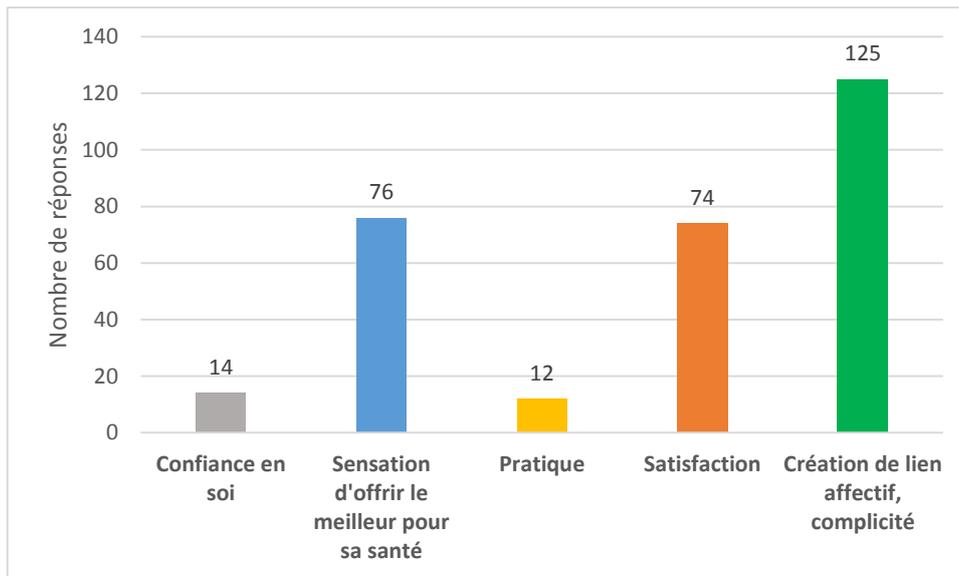


Figure 51 : Ressentis des mères parmi celles pour qui l’allaitement était une bonne expérience

Ces mères ayant vécues l’allaitement positivement expriment pour la grande majorité que cela leur avaient permis de créer un lien affectif et une complicité avec leur enfant. D’autres ont aimé la sensation d’offrir « le meilleur pour la santé » de leur petit et en ressentaient un sentiment de « satisfaction » personnelle. Quelques-unes d’entre elles ont notifié le fait que cette expérience de l’allaitement leur avait donné confiance en elles et quelques mères ont parlé de son côté pratique qu’il n’y a pas avec le lait artificiel.

Parmi les femmes qui ont trouvé que l’allaitement étaient une expérience mitigée ou mauvaise, ceci est essentiellement expliqué par le caractère compliqué de l’allaitement (à savoir les débuts difficiles qui ont dissuadé certaines d’arrêter, l’insuffisance de production, les complications telles que les douleurs, crevasses,...).

B. Discussion des principaux résultats de l’étude et comparaison de certains avec ceux de la littérature

1. Nombre d’enfants par foyers

Nous rappelons que dans notre étude, seules les femmes ayant allaité pouvaient participer aux sondages, elles étaient donc toutes à l’avoir pratiqué. Selon les données de la DREES [1], elles sont 66 % des mères au niveau national à choisir ce mode d’alimentation à la naissance comme nous l’avons constaté dans la première partie.

Lorsque nous comparons le nombre d’enfants par femme dans notre étude avec le nombre d’enfants par foyer dans la littérature, nous constatons que les résultats tendent à se ressembler :

Nombre d'enfants	Selon notre étude	Selon le sondage de l'INSEE [187] en 2014
1 enfant	52%	45,0%
2 enfants	35%	38,5%
3 enfants	11%	12,7%
4 enfants	2%	3,8%

Tableau 9 : Comparaison du nombre d'enfants par femme entre celui de notre étude et celui de l'INSEE en 2014 [187]

Notre étude représente visiblement un échantillon assez représentatif de la population étudiée.

2. Taux d'allaitement

Comme nous le savons, le taux d'initiation de l'allaitement exclusif est de 66% selon la DREES en 2013 [1]. Celui de notre échantillon d'étude est lui de plus de 86%: il est donc significativement plus élevé que celui de la population générale.

Aussi, la moyenne de la durée totale d'allaitement de notre échantillon est de 8,39 mois soit environ 34 semaines et la médiane est de 6 mois soit de ≈ 26 semaines.

Nos résultats sont largement supérieurs à ceux de l'étude Elfe de 2011 [98], où la moyenne est de 17 semaines pour la durée totale d'allaitement et de 15 semaines pour la médiane de celle-ci.

Concernant les taux d'allaitement au fur et à mesure des mois au cours de la première année, ceux-ci diminuent progressivement.

	Taux d'allaitement			
	A 3 mois	A 6 mois	A 9 mois	A 12 mois
Dans notre étude	74%	53%	40%	28%
Selon les données de la DREES en 2013	36%	27%	12%	7%

Tableau 10 : Comparaison des taux d'allaitement au fur et à mesure des mois entre ceux de notre étude et ceux des données de la DREES [1]

Nos chiffres sont également très supérieurs à ceux de la DREES et ne représente donc pas la population générale étudiée. Nous tenons compte tout de même, que ces données de la DREES sont issues d'une population beaucoup moins sélective que notre échantillon étudiée qui semble beaucoup plus sensibilisée à l'allaitement.

Nos chiffres obtenus restent toutefois encore éloignés de ceux de la Suède qui affiche un taux de 93% à 3 mois et 72% à 6 mois [9]. Nous sommes encore loin d'atteindre les recommandations nationales et internationales qui sont pour rappel :

- d'allaiter de manière exclusive les nourrissons pendant leur 6 premier mois de vie [126]
- d'introduire des aliments de complément à partir de 6 mois, en fonction de leurs besoins spécifiques
- de poursuivre l'allaitement jusqu'à leur deuxième année voire plus, tout en leur donnant des compléments alimentaires appropriés

Même si les mères souhaitent initialement allaiter une longue durée (de manière exclusive ou non), certaines difficultés [135] [148] [188-189] interviennent et viennent compromettre la poursuite de l'allaitement. L'une des principales difficultés retrouvée est la reprise de la vie professionnelle. D'après notre sondage, les 3 contraintes majeures vécues lors de l'allaitement sont respectivement la reprise de la vie professionnelle, les complications liées aux seins et l'insuffisance de production. Ces contraintes ont tout de même entraîné un tiers des mères à mettre fin à leur allaitement, ce qui n'est pas négligeable.

Pour mieux comprendre ces causes qui agissent sur les taux d'allaitement, nous allons étudier certains facteurs et particulièrement les facteurs professionnels qui interfèrent et influencent cette poursuite. Ainsi nous pourrions mieux les cerner et nous saurons comment agir sur certains d'entre eux pour promouvoir l'allaitement dans la durée.

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

Dans notre enquête, la majorité des enfants ont 3 mois lorsque leur mère reprend le travail. De plus, celles-ci sont plus d'un tiers à avoir déclaré qu'après cette reprise, ne pas avoir continué l'allaitement. L'âge de 3 mois est synonyme en France, de reprise du travail et de la fin du congé de maternité déterminé [115].

Lorsque nous comparons cet âge avec la moyenne de la durée d'allaitement en France [98], nous constatons qu'elles sont très proches. Nous comprenons donc, que pour certaines mères, la reprise de la vie professionnelle rime avec le sevrage de l'enfant.

Il est pourtant possible de continuer à allaiter lors de cette reprise. Nous retrouvons d'ailleurs de plus en plus de mères qui décident de poursuivre leur allaitement tout en travaillant, et de maintenir ainsi plus longtemps, cette relation privilégiée que leur offre ce lien avec leur enfant. Ceci est le cas de 65% de nos mères sondées, ce qui nous donne un chiffre beaucoup plus haut que celui de l'enquête INPES/BVA de 2010 qui montrait qu'en France, seulement 24% des femmes poursuivaient l'allaitement après la reprise du travail.

Pour pouvoir comprendre le choix des mères face à la conciliation allaitement-travail, il nous faut mettre en évidence certains facteurs professionnels afin de trouver la relation qu'il existe avec la durée d'allaitement.

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

D'après notre enquête, la première cause de sevrage citée par les mères ayant sevré avant ou après la reprise du travail est le travail, peu importe l'âge de l'enfant au moment du sevrage. Elles ont soit décidé de sevrer leur enfant avant de reprendre leur activité professionnelle, ayant jugé en amont que la conciliation allaitement-travail occasionnerait beaucoup de contraintes ou soit, elles ont rencontré des complications lors de la reprise qui les ont empêché de concilier les deux et ont par la suite décidé de sevrer leur enfant peu de temps après.

D'après nos données, le plus grand nombre de femme qui ont sevré leur enfant se trouve dans le premier mois qui a suivi la reprise de leur travail (soit à 3 mois) et ce nombre diminue progressivement au fur et à mesure des mois suivants.

Elles sont d'ailleurs 44% à avoir elle-même induit ce sevrage et 35% d'entre elles avouent que la reprise du travail a influencé ce choix. Pour celles pour qui le travail était la première cause d'arrêt, les deux raisons principales qui les ont conduites à faire ce choix sont:

- la fatigue que demande la conciliation allaitement-travail pour 66% d'entre elles
- des conditions de travail peu favorables à une possible poursuite pour 46% des mères

Une autre des raisons principales citée dans notre sondage est l'insuffisance de production. Cette dernière est d'ailleurs l'une des principales problématiques vécues par les mères lors de l'allaitement et résulte d'un phénomène physiologique. En effet, c'est la succion du sein qui entraîne la stimulation de tout le processus de lactation et plus cette stimulation diminue, plus la production du lait maternel diminue également. Lorsque la mère reprend le travail, elle ne dispose plus de temps pour pouvoir allaiter directement à la demande son enfant, et ceci est à l'origine de la baisse de lactation. Or, nous avons vu que le mode optimal d'allaitement à la reprise était justement d'allaiter son enfant au sein pendant la journée de travail et que ceci était la meilleure méthode pour concilier les deux. [186] De plus, nous constatons que la grande majorité des femmes (60%) reprennent le travail avec un taux d'activité à temps plein et que pour la plupart d'entre elles, l'amplitude de séparation avec leur enfant est de 8 à 10h, ce qui ne peut que provoquer des répercussions sur l'entretien de la lactation.

Les tire-laits de chez Medela sont des tire-laits qui « imitent » au mieux le rythme de succion du bébé. En effet, celui-ci se décompose en deux phases :

- la phase 1 ou phase de stimulation, où le rythme est rapide et léger afin de stimuler et d'initier la montée de lait
- la phase 2 ou phase d'expression, où le rythme est plus lent et plus profond afin de maximiser l'écoulement du lait

Ces tire-laits sont particulièrement recommandés par les sages-femmes notamment le tire-lait Symphony® qui se trouve être le premier dans les choix des hôpitaux. De plus, ils présentent l'avantage de réduire le temps d'expression du lait pour les mères : cela serait donc un moyen pour elle, d'entretenir la lactation pendant la période de séparation lors de la reprise du travail. [206]

b) Durée du congé de maternité

La durée du congé de maternité a également un impact sur la durée d'allaitement : plus ce congé est long, plus l'allaitement est prolongé. De nombreux ouvrages donnent ces conclusions. [9] [96] [123-124][136][138-139][154] [190]

Dans les études, les femmes actives sont plus nombreuses à initier l'allaitement maternel de façon général, mais leur taux d'allaitement vient croiser celui des mères au foyer vers la 10^{ème} semaine après la naissance, date correspondant à la fin légale du congé de maternité en France [135][190-192]. Toutes les études s'accordent pour affirmer que le risque de sevrage est plus précoce chez les femmes ayant une durée de congé maternité courte et ayant repris une activité professionnelle. [127][189][191] [193 - 195] Prenons en exemple le graphique ci-dessous issu du résultat de l'étude Epifane [5], où nous remarquons que selon le moment de la reprise du travail, la durée de l'allaitement maternel varie.

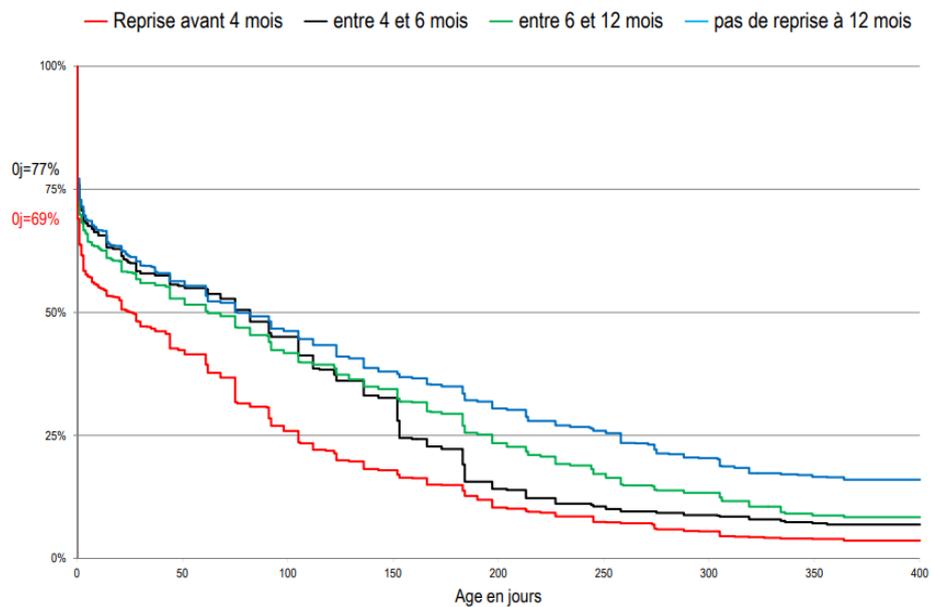


Figure 52 : Courbes des durées de l'allaitement maternel selon le moment de la reprise du travail

Les femmes qui ont un congé de maternité court et dont les enfants ont moins de 4 mois à leur reprise présentent significativement plus de risque d'arrêter leur allaitement. Nous constatons ici que plus la reprise est tardive, plus la probabilité d'avoir une durée d'allaitement longue est élevée.

Dans notre étude, la durée du congé de maternité est également un des facteurs les plus prédictifs des durées d'allaitement prolongées. Une mère ayant un mois de congé maternité supplémentaire augmente de manière significative ses chances de maintenir et poursuivre son allaitement plus longtemps. [141]

Selon Galtry J., [196] prolonger la durée du congé de maternité uniquement 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 indispensables.

c) Soutien professionnel de la mère allaitante

L'environnement professionnel a un effet sur la durée de l'allaitement maternel et ceci est établi dans plusieurs ouvrages. [96][135][153][160][197] De plus, l'existence d'un programme de soutien sur le lieu de travail donne des résultats positifs sur les durées d'allaitement après le retour dans le monde du travail. [176][160-165]

Lorsque nous avons interrogé les mères de notre étude au sujet de la nécessité d'information sur l'allaitement et le travail, elles ont été près de 95% à penser que cela les aiderait à mieux préparer leur retour dans leur vie professionnelle. Parmi celles-ci, elles ont été 77% à signaler que des conseils afin de mieux entretenir la lactation et des textes de loi permettant l'allaitement au travail seraient utiles. En effet, se sentir soutenue professionnellement par leur supérieur hiérarchique, leurs collègues ou le médecin du travail est important dans le bien-être psychologique des mères et permet de réduire les angoisses liées à la conciliation de cette double vie. [95]

14% des mères n'avaient pas été satisfaites de l'attitude de leur supérieur à leur reprise et parmi elles, 40% n'avaient pas poursuivi l'allaitement à leur reprise. Selon ces mères, cette prolongation n'était pas envisageable par le fait que leur condition de travail n'était pas favorable ou par le fait que leur supérieur n'était pas conciliant.

Certains auteurs se sont penchés sur les aides à la poursuite de l'allaitement sur le lieu de travail par le biais de programmes de soutien. Des points fondamentaux en résultent et sont regroupables en trois axes capitaux qui sont les suivant : [123][125] [137][165-167][198]

- **Le soutien professionnel :**

Il a pour but de concevoir un environnement favorable à l'allaitement maternel lors du retour des mères après leur congé de maternité, leur laissant ainsi le choix de poursuivre ou pas leur allaitement. L'absence de ce soutien sur le lieu de travail est perçue comme un obstacle à la poursuite de l'allaitement pour ces mères dans la littérature [96][153] comme dans notre étude.

- **L'information :**

L'information auprès des mères et des supérieurs hiérarchiques afin de les sensibiliser s'intègre également dans un programme professionnel de soutien à l'allaitement. [176] [161-164]

Dans notre société où l'allaitement n'est pas dans les mœurs, il est peu pratiqué en particulier dans le lieu de travail. En réalité, peu d'employeurs connaissent les bénéfices de l'allaitement maternel et leurs obligations en la matière. Leur sensibilisation est donc essentielle pour les impliquer dans la création d'un milieu de travail favorable à la poursuite de l'allaitement maternel des mères à leur retour.

Les mères, également sensibilisées, agissent en pleine connaissance de causes et auront moins tendance à sevrer leur enfant rapidement et avant la reprise du travail : elles présenteront par conséquent des durées d'allaitement plus longues. [175-176] Cette sensibilisation peut éventuellement se faire par le biais d'un membre du personnel désigné comme personne « référente » en allaitement ou par le service de médecine du travail dans l'entreprise. [167]

- **La logistique spatio-temporelle professionnelle :**

La mise à disposition d'un temps et d'un espace pour allaiter est essentielle en vue d'améliorer leurs conditions de travail et de favoriser la poursuite de l'allaitement. [8][123][137][152-153][161]

Dans notre étude, tirer son lait représente pour ces mères, la chose la plus difficile dans le fait de devoir allaiter et d'avoir une activité professionnelle. Ce tirage demande de l'organisation, et non seulement du temps mais aussi de disposer d'un espace adéquat afin de pouvoir tirer et conserver convenablement son lait.

o **Le temps :**

En France, 30 % des femmes et 21 % des mères occupent un emploi à temps partiel selon l'INSEE et l'ENP respectivement en 2010.

Dans notre échantillon, la durée moyenne d'allaitement est de 13 mois (soit 56 semaines) parmi les femmes ayant repris leur activité à 50% et de 10 mois (soit 44 semaines) pour celles ayant repris à 80% : ces durées sont largement supérieures à la moyenne générale de l'étude qui est pour rappel de 8,39 mois (soit 34 semaines).

Ces résultats sont en adéquation avec ceux retrouvés dans de nombreuses études, où le temps partiel permet d'avoir une durée d'allaitement plus longue que le temps plein et où il apparaît comme un bon compromis pour ces mères qui veulent continuer à allaiter tout en travaillant.[118][123-125][132][135-137][185]

Pour les mères qui bénéficient de la pause d'allaitement, le soutien du supérieur hiérarchique et des collègues de travail ont leur importance et se laissent transparaître par la flexibilité des horaires et le temps de pause accordé.

- **L'espace :**

Bénéficier d'un local est un véritable progrès en matière de soutien à l'allaitement sur le lieu de travail. Dans notre étude, nous n'avons pas questionné les mères au niveau de l'espace dont elles disposaient dans leur milieu de travail mais nous connaissons d'après des études [154][156], que 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.

Par conséquent, avoir un local disponible facilite la poursuite de l'allaitement, mais en l'absence d'information et de soutien, cela ne permettra pas d'obtenir des durées d'allaitement plus longues.

Il s'agit donc bien de l'association de ces trois axes qui permettra cette réussite mais un seul élément dissocié ne permettra pas cette évolution.

4. Le niveau d'étude

Dans notre enquête, il existe un lien significatif entre le niveau d'étude et la durée d'allaitement. Plus le niveau d'étude de la mère est élevé, plus les durées d'allaitements sont longues.

Parmi les mères ayant le statut de « cadres et de professions intellectuelles supérieures », la moyenne de la durée totale d'allaitement est \approx 36 semaines (soit plus de 6 mois). Lorsque nous comparons avec la moyenne de la durée totale d'allaitement de notre étude qui est de \approx 34 semaines, nous constatons qu'elle est légèrement plus élevée mais la différence est encore plus forte avec la durée moyenne de la population générale issue de l'étude Elfe [98].

Les mères appartenant à cette catégorie allaitent beaucoup plus que les autres mères et particulièrement plus que celles ayant un niveau inférieur au Bac. Dans la littérature, elles ont 3 fois plus de chances d'allaiter 6 mois au minimum (ce qui est le cas dans notre étude). Ceci s'explique par le fait, que ces mères de catégories socio-professionnelles supérieures ont un niveau d'éducation plus élevé et ont plus de connaissance, ou du moins, ont accès plus facilement à l'information.

De nombreuses conclusions d'études partagent cette idée [190-192][199-201].

5. Soutien du père

Dans notre étude, l'entourage a un impact sur la pratique de l'allaitement et la personne qui influe le plus auprès des mères est le conjoint. Parmi les femmes sondées, près de 72% pensent que les pères ont un rôle à jouer et elles ont été de manière significativement nombreuses à nous révéler qu'elles attendent d'eux du soutien, psychologique et physique, dans la gestion des autres tâches quotidiennes. Ainsi, il sera plus facile pour elles de poursuivre cet allaitement dans la durée.

Dans notre société où l'allaitement au sein n'est pas encore la norme, le père a souvent du mal à trouver sa place et a l'image de celui qui est délaissé de côté au profit du bébé. Il a cependant une position capitale auprès de sa compagne allaitante.

L'allaitement d'un enfant est en réalité un projet de couple. S'informer avant la naissance, sur les bienfaits de l'allaitement, les principales difficultés à surmonter et les structures de soutien spécifique (ex: les groupes d'associations de soutien) est primordial afin de prendre en couple une décision éclairée quant à l'alimentation du futur enfant.

Il est d'ailleurs mis en évidence dans les études [96][150][191][202], que plus le père est informé au sujet de l'allaitement et soutient sa compagne pleinement, tant sur le plan émotionnel que sur le plan physique, plus l'allaitement a de très fortes chances de réussir et de durer dans le temps.

Ainsi, protéger le couple mère-enfant face aux influences négatives externes, valoriser la mère qui a la responsabilité de nourrir son enfant, la rassurer sont autant de rôles que le père peut apporter.

C. Proposition afin de faire évoluer et d'améliorer la pratique de l'allaitement maternel en France

En ce jour, les bienfaits de l'allaitement maternel ne sont plus à prouver mais le dilemme actuel consiste à transmettre les informations nécessaires auprès des principaux acteurs familiaux et des personnels de santé notamment du pharmacien : c'est l'un des personnels de santé le plus accessible et susceptible de répondre à certaines complications rencontrées par la mère lors de l'allaitement.

1. Communication d'une meilleure information au sein des familles

Malgré une bonne prise de conscience concernant la qualité du lait maternel dans notre société, de nombreux couples sont encore peu informés des réels avantages que leur offre l'allaitement maternel. Ils sont donc influencés, lorsqu'ils sont confrontés au choix du mode d'alimentation de leur enfant à la reprise du travail, par les tendances sociétales plutôt que par des choix personnels.

Une information auprès des futurs parents sur les différents modes d'alimentation de leur enfant, leurs avantages et leurs inconvénients, mais aussi des conseils pratiques pour chacune des possibilités leur permettraient de pouvoir faire un choix en toute connaissance. Si tel est leur souhait et qu'ils privilégient l'allaitement au sein, il sera nécessaire de les accompagner pour les former lors des séances prénatales afin d'être mieux guidés dans leur projet d'allaitement notamment lors de la reprise du travail.

Il faudra cependant faire attention à ne pas stigmatiser les mères qui ne choisissent pas d'allaiter leur enfant et de ne pas leur faire éveiller un « sentiment de culpabilité » car avant tout, l'allaitement est un choix personnel.

Aussi, la participation des pères est importante lors de ces séances, et il serait intéressant de proposer des cours de parentalité qui leurs soient uniquement dédiés ? Afin notamment qu'ils soient plus à l'aise et puissent prendre la parole dans ce milieu qui ne les concernent pas directement. Il serait également important de leur montrer qu'ils ont aussi un rôle à jouer, un rôle non négligeable notamment celui de premier soutien auprès de leur compagne confirmé dans les sondages.

2. Rôle du pharmacien dans l'allaitement maternel

Les formations concernant l'allaitement maternel des professionnels de santé sont très basiques en France, nous pouvons même constater qu'elles sont insuffisantes.

Il est toutefois essentiel que le milieu médical constitue un lieu où les parents peuvent prendre leurs informations et bénéficier de conseils de qualité en accord avec les recommandations officielles. Pour cela, un renforcement au niveau de la formation initiale de ces professionnels de santé et notamment des pharmaciens en lien direct avec la mère et le bébé est primordial.

En tant que délivreurs principales de prescriptions médicales, l'expertise des pharmaciens est indispensable dans le soin de la femme allaitante. Ceux sont des acteurs essentiels dans la santé périnatale, et ils sont situés en avant plan lors des soins de premiers recours.

En effet, l'allaitement maternel expose les femmes à des complications spécifiques (crevasses, engorgements, mastites, candidoses,...) qui peuvent entraver la poursuite de l'allaitement. Le rôle des pharmaciens est ici de conseiller au mieux les mères et de les aider à trouver des solutions à ces problèmes afin qu'elles ne mettent pas en jeu la continuité de leur allaitement. Il est donc incontestable que ces pharmaciens possèdent un rôle clé dans la promotion de la santé des mères et des nourrissons dont leur alimentation.

D'après l'OMS et la Fédération pharmaceutique internationale, les pharmaciens, en tenant compte « des ressources dont ils disposent », doivent se placer en première ligne du système de santé et ont par ailleurs la possibilité d'améliorer les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patients [203].

Les pharmacies d'officine pourraient ainsi devenir des lieux de protection, de promotion et de soutien à l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants, en application des politiques nationales [205]. C'est en partant de ces idées qu'une association italienne à but non lucratif, « Il Melograno », a conçu l'Initiative Pharmacie Amie des Bébé (IPAB) en 2007. Cette dernière s'est beaucoup inspirée des conditions et des critères d'évaluation de ceux des initiatives « Hôpitaux amis des bébés » [10].

Pour obtenir son label, les pharmacies doivent remplir les conditions suivantes :

1. Être dotée d'un protocole écrit sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, lequel doit être conforme à la politique nationale du pays et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le sujet.
2. Former tous les membres de son personnel à l'application du protocole.
3. Informer toutes les mères sur les avantages de l'allaitement maternel et sur les risques de l'alimentation artificielle.
4. Apporter soutien et encouragement à toutes les mères pour qu'elles mettent en route et poursuivent l'allaitement maternel.
5. Créer un espace d'accueil pour les mères et leurs nourrissons et autres enfants.
6. Favoriser la représentation de l'allaitement maternel comme étant la norme et éviter celle de l'alimentation au biberon.
7. Ne vendre de substituts du lait maternel que sur demande spécifique et éviter toute pratique promotionnelle.
8. Acheter et vendre les substituts du lait maternel au prix du marché, éviter les campagnes de promotion et refuser de distribuer des cadeaux publicitaires aux mères.
9. Soutenir activement les initiatives et projets communautaires et créer des réseaux comprenant l'ensemble des acteurs œuvrant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

Nous notons que les conditions 7 et 8 sont spécifiques aux pharmacies d'officine et impliquent que pour :

- La condition 7 : tous les produits compris dans le champ du Code international soient retirés des étagères et placés derrière le comptoir en dehors de la zone de libre-service afin de les délivrer uniquement lors d'une demande spécifique. Ainsi, le pharmacien pourra évaluer les motivations de sa demande et conseiller au mieux afin de trouver une solution en rapport avec d'éventuels problèmes d'allaitement.
- La condition 8 : les pharmacies doivent refuser de diffuser des publicités, des cadeaux, des supports imprimés et vidéos, ou toutes formes de promotions visant à promouvoir ces substituts.

Une fois l'accréditation « amie des bébés » reçue, les pharmacies sont soumises à une évaluation externe périodique qui s'assure de leurs conformités [204]. Actuellement, 3 pharmacies ont été labellisées depuis 2015 en France.

Cette initiative par ces professionnels de santé pourrait être un moyen d'avoir plus de maîtrise sur le sevrage précoce et par la même occasion, de faire augmenter les taux de poursuite d'allaitement notamment après le travail. Ainsi les pharmaciens pourraient être des vecteurs de la communication concernant le sujet de l'allaitement maternel et participer à le placer comme étant la norme en matière de la nutrition infantile.

Conclusion

Grâce à notre enquête, nous avons pu identifier divers facteurs professionnels ayant des répercussions sur la pratique de l'allaitement tant dans son initiation que dans sa poursuite, et nous en concluons les mêmes résultats que ceux de la littérature: la reprise du travail est l'une des principales causes d'arrêt de l'allaitement dans notre société.

Pourtant, « allaitement » et « travail », ne sont pas deux thématiques à dissocier, bien au contraire, ils ont tout intérêt à s'allier pour tout deux réussir.

L'appui du milieu professionnel a un impact positif sur la durée de la poursuite de l'allaitement après le retour dans le monde du travail et d'après ce que nous en avons déduit, plus le soutien est présent, plus il est facile pour les mères de prolonger cet allaitement. C'est d'ailleurs ce que nous remarquons dans les pays de la Scandinavie où cette reprise de la vie active n'influence que peu la pratique de l'allaitement mais où la culture de l'allaitement et la volonté politique pour le soutenir sont très fortes contrairement à la France.

Ainsi, pour pouvoir espérer voir augmenter les taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement dans notre pays, des dispositions doivent être mises en place.

Les pharmaciens d'officine, professionnels de santé de premier recours que les mères consultent lors des complications liées à l'allaitement, semblent être des acteurs de choix puisque c'est également chez eux que se fournissent la plupart d'entre elles pour acheter leurs substituts de lait maternel lorsqu'elles décident de ne plus continuer leur allaitement. De par leur rôle principal de conseiller, ils pourraient informer les mères aux mieux au sujet de cette conciliation allaitement-travail et les guider lors de cette étape.

Mettre en place et développer un système de protection et de soutien à l'allaitement dans ces lieux tel que « l'Initiative Pharmacie Amie des Bébé » serait un excellent moyen de promouvoir l'allaitement surtout lorsque la période de reprise du travail approche et qui représente l'espace de temps où le taux de sevrage des enfants est le plus élevé.

En instaurant un système de renforcement autour de l'allaitement avec d'autres acteurs importants de la santé périnatale (sages-femmes, pédiatres, médecins généralistes, ...), il sera peut-être possible pour la France d'inverser cette tendance à sevrer lors de la reprise du travail.

Référence bibliographique

- [1]: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF « Anatomie de la glande mammaire », 2011
Disponible sur <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UEobstetrique/glandemammaire/site/html/cours.pdf>
- [2]: Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF « Physiologie de la lactation », 2011,
Disponible sur <http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/lactation/site/html/cours.pdf>
- [3]: Martinet J. et al. « Biologie de La Lactation », INSERM, 1993
- [4]: Vilain A, « Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance », Études et Résultats, n°958, Drees, Avril 2016
- [5]: Salanave B. et al, « Durée de l'allaitement maternel en France », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 27, octobre 2014
- [6]: Kersuzan C. et al, « Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête Elfe Maternité, France métropolitaine, 2011 », Bulletin épidémiologique hebdomadaire, InVS, n° 27, octobre, 2014
- [7]: Roques N . « Au sein du monde », L'Harmattan, 2001; 234
- [8]: 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 pour le diplôme d'état de docteur en médecine], 2009
- [9]: European Commission, Directorate for Public Health « Protection, promotion et soutien de l'allaitement en Europe : un plan d'action », 2003
- [10]: La Leache League France : « L'Initiative Hôpital Ami des Bébé » 2015
Disponible sur <https://www.llf.fr/1027-ihab>
- [11]: Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel : « Allaitement et information » 2001
- [12]: U.S Department of Health and Human Services, Office on Women's Health : « HHS Blueprint for Action on Breastfeeding », Washington D.C. 2000
- [13]: Medical daily : « When Nurture Calls' Campaign Depicts Mothers Breastfeeding In Filthy Bathrooms In Effort To Combat Feeding Stigma » 2014
- [14]: Bundesinstitut für Risikobewertung « Recommandations pour l'allaitement des nourrissons » 2016
- [15]: Istat « Gravidanza, parto e allattamento al seno », 2014

- [16] : INSEE « Population active, emploi et chômage en 2013, France métropolitaine », 2014
- [17] : Allaiter free « L'allaitement multiculturel » 1997
- [18]: Unicef « Après le séisme : l'allaitement maternel pour sauver des vies », 2006
- [19]: Unicef, « Progrès pour les enfants », 2007
Disponible sur https://www.unicef.org/french/progressforchildren/2007n6/index_41508.htm
- [20]: Muller M. «The baby killer» London, War and Want, 1974
- [21]: Ziegler JB et al. « Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant » Lancet 1985 ; 1 : 896-98
- [22]: Ruff A et al. « Prevalence of HIV-1 DNA and p24 antigen in breast milk and correlation with maternal factors" J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirus »1994 ; 7 : 68-73
- [23]: Dunn DT et al. « Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding ». Lancet 1992 ; 340 : 585-88
- [24]: Coutoudis A et al. « Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality ? », 2001 ; 15 : 653-5
- [25]: Nduati R et al. « Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1 : a randomized clinical trial », 2000 ; 283
- [26]: Owens DK et al. « A meta-analytic evaluation of the polymerase chain reaction for the diagnosis of HIV infection in infants » 1996 ; 275(17) : 1342-8
- [27]: Iliff PJ et al. « Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival », 2005 ; 19 : 699-708
- [28]: Kuhn L et al. « HIV-1 Concentrations in Human Breast Milk Before and After Weaning. », Sci Transl Med 2013; 5(181): 181ra51
- [29]: Fouda G et al. « Tenascin-C is an innate broad-spectrum, HIV-1-neutralizing protein in breast milk », Proc Natl Acad Sci U S A 110:18220-5, 2013
- [30]: Unicef, « Protéger et encourager davantage l'allaitement maternel »,
Disponible sur <https://www.unicef.fr/contenu/espace-medias/proteger-et-encourager-davantage-lallaitement-maternel>
- [31]: AlterAsia, « Asie du Sud-Est : les préparations pour nourrissons sont particulièrement nocives lors des catastrophes naturelles », 2015
Disponible sur <http://www.alterasia.org/201604243319/asie-sud-preparations-nourrissons-particulierement-nocives-lors-catastrophes-naturelles/>
- [32]: Slate, « Il est plus facile d'allaiter publiquement en Turquie qu'en France », 2014
Disponible sur <http://www.slate.fr/story/92373/allaiter-publiquement-turquie-france>

- [33] : Lucas A et al. « Breastmilk and neonatal necrotizing enterocolitis », *Lancet* 1990;336:1519-23.
- [34] : Bachrach VR et al « Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy » *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157:237-43.
- [35] : Rosenberg D « Morbidité respiratoire », *Arch Pediatr* 2003; 10:942-3.
- [36] : Duncan B al. « Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media », *Pediatrics* 1993; 91:867-72.
- [37] : Silfverdal SA et al. « Protective effect of breastfeeding on invasive *Haemophilus influenzae* infection: a case-control study in Swedish preschool children », *Int J Epidemiol* 1997; 26:443-9.
- [38] : Silfverdal SA et al. « Long term enhancement of the IgG2 antibody response to *Haemophilus influenzae* type b by breastfeeding », *Pediatr Infect Dis J* 2002 ;21:816-21.
- [39] : Marild S et al. « Prospective effect of breastfeeding against urinary tract infection », *Acta Paediatr* 2004; 93:164-8.
- [40] : Ministère des Solidarités et de la Santé « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère », 2005. [en ligne]
Disponible sur <http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf>
- [41]: Delfosse C. « Allaitement et travail : Enquête auprès de 270 mères actives travaillant en milieu hospitalier dans la Région Nord Pas de Calais » Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2012
- [42]: Armstrong J et al. « Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity », *The Lancet* 2002 ; 359: 2003- 2004
- [43]: Owen CG et al. « Effect of breastfeeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis », *BMJ* 2003; 327:1-7
- [44] : Rich-Edwards JW et al. « Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood », *Epidemiology* 2004;15:550-6
- [45] : Martin RM et al. « Breastfeeding and cardiovascular mortality: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis », *European Heart Journal* 2004;25:778-86.
- [46] : Martin RM et al. « Breastfeeding and cardiovascular disease risk factors, incidence and mortality: the Caerphilly study », *J Epidemiol Community Health* 2005;59:121-9
- [47] : Knip M et al. « Early nutrition and later diabetes risk », *Adv Exp Med Biol* 2005;569:142-50
- [48] : Knip M et al. « Nutritional risk predictors of beta cell autoimmunity and type 1 diabetes at a young age », *Am J Clin Nutr* 2003;78:1053-67

- [49]: Young TK. « Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native Canadians », *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:651-5
- [50] : Owen C et al. « Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence », *Am J Clin Nutr* 2006;84:1043-54.
- [51] : Davis MK. « Breastfeeding and chronic disease in childhood and adolescence », *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48 : 125-141.
- [52] : Davis MK et al. « Infant feeding and childhood cancer », *Lancet* 1988;2:365-8.
- [53] : Guise JM et al. « Review of case-control studies related to breastfeeding and reduced risk of childhood leukemia », *Pediatrics* 2005;116:72-31.
- [54] : Thirion M. « L'allaitement : de la naissance au sevrage », Paris : Albin Michel, 1999 ; 273
- [55]: OMS collectif. «Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum: guide pratique » [en ligne]. Espacement des naissances. 1999.
Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/66396/1/WHO_RHT_MSM_98.3_fre.pdf
- [56]: Laurent C. Le lait maternel, aspects pratiques.Paris: Co-naitre 2002
- [57] : Turck D. « Breastfeeding :health benefits for child and mother », *Arch Pédiatr* 2005;12:1- 21
- [58] : Alderman BW et al. « Reproductive history and postmenopausal risk of hip and forearm fracture », *Am J Epidemiol* 1986;124:262-7
- [59] : Akkus Z et al. « Determination of osteoporosis risk factors using a multiple logistic regression model in postmenopausal Turkish women », *Saudi Med J* 2005 ; 26 :1351-9
- [60] : Dursun N et al. « Influence of duration of total breastfeeding on bone mineral density in a Turkish population: does the priority of risk factors differ from society to society? », *Osteoporose Int* 2006;17:651-5
- [61] : Jernström H. et al. « Breast-feeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers », *J Nat Cancer Inst* 2004; 96(14): 1094-98
- [62] : « Breastfeeding and risk of breast cancer in young women » .United Kingdom National Case-Control Study Group .*BMJ* 1993;307:17-20.
- [63] : Rosenblatt KA et al. « Lactation and the risk of epithelial ovarian cancer. The WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives », *Int J Epidemiol* 1993;22:192-7
- [64]: Bowlby J. « Attachements et pertes ». PUF 2 e édition. 1992
- [65] : La Leche League « Allaitement et santé maternelle »
Disponible sur <https://www.llf.fr/fr/1296-da-51-allaitement-et-sante-maternelle>

- [66] : Roques N. « L'allaitement maternel en chiffres », IPA ; juin 2002
- [67]: Smith JP. et al. « Hospital system cost of artificial infant formula feeding: estimates for the Australian Capital Territory », *J Hum Lact* 2004; 20(2):211
- [68] : Cohen R et al. « Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations ». *American Journal of Health Promotion*, 10(2):148-53, 1995
- [69]: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques « Un premier enfant à 28,5 ans en 2015 : 4,5 ans plus tard qu'en 1974 », 2017
- [70] : Bonet M. et al. « Exclusive and mixed breastfeeding in a maternity unit in France, 2003 », *Arch Pediatr* 2008, 15 : 1407-1415
- [71] : Dubois L et al. « Social inequalities in infant feeding during the first year of life » *The Longitudinal Study of Child Development in Quebec (LSCDQ 1998-2002)*. *Public Health Nutr* 2003b, 6 : 773-783
- [72] : Salanave B et al. « Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. » Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. *BEH* 2012, 34 : 383-387
- [73] : Dubois L et al. « Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec », *Can J Public Health* 2003a, 94 : 300-305
- [74] : Raleigh VS. et al « Ethnic and social inequalities in women's experience of maternity care in England: results of a national survey », *J R Soc Med* 2010, 103 : 188-198
- [75] : Callen J et al. « Incidence and duration of breastfeeding for term infants in Canada, United States, Europe, and Australia: a literature review », *Birth* 2004, 31 : 285-292
- [76]: Sullivan ML. et al. « Family characteristics associated with duration of breastfeeding during early infancy among primiparas », *J Hum Lact* 2004, 20 : 196-205
- [77]: Ludvigsson JF et al. « Socio-economic determinants, maternal smoking and coffee consumption, and exclusive breastfeeding in 10205 children », *Acta Paediatr* 2005, 94 : 1310-1319
- [78] : Dubois L et al. « Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec », *Can J Public Health* 2003a, 94 : 300-305
- [79]: Li R. et al. « Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey », *Pediatrics* 2005, 115 : e31-e37
- [80]: Amir LH et al. « Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: evidence from three recent national health surveys », *Med J Aust* 2008, 189 : 254-256

- [81]: Vilain A et al. « Enquête nationale périnatale 2003. Compléments de cadrage : disparités sociales et apports d'autres sources ». DRESS, 2005
- [82]: Li R et al. « 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 : 1107-1110
- [83]: Lande B et al. « Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey », *Acta Paediatr* 2003, 92 : 152-161
- [84]: Simard I et al. « Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in 4 regions of Quebec », *J Hum Lact* 2005, 21 : 327-337
- [85]: Liu J et al. « Breastfeeding duration and perinatal cigarette smoking in a population-based cohort », *Am J Public Health* 2006, 96 : 309-314
- [86]: Wijndaele K et al. « Determinants of early weaning and use of unmodified cow's milk in infants: a systematic review », *J Am Diet Assoc* 2009, 109 : 2017-2028
- [87]: Ludvigsson JF et al. « Socio-economic determinants, maternal smoking and coffee consumption, and exclusive breastfeeding in 10205 children », *Acta Paediatr* 2005, 94 : 1310-1319
- [88]: Labrecque M et al. « Association between maternal smoking and breast feeding », *Can J Public Health* 1990, 81 : 439-442
- [89]: Li R et al. « Maternal obesity and breast-feeding practices », *Am J Clin Nutr* 2003, 77 : 931-936
- [90]: Baker JL et al. « High prepregnant body mass index is associated with early termination of full and any breastfeeding in Danish women », *Am J Clin Nutr* 2007, 86 : 404-411
- [91]: Rasmussen KM. « Association of maternal obesity before conception with poor lactation performance », *Annu Rev Nutr* 2007, 27 : 103-121
- [92]: Thulier D et al. « Variables associated with breastfeeding duration », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009, 38 : 259-268
- [93]: Crost M. et al. « L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale », *Arch Pédiatr* 1998; 5 : 1316-26
- [94]: Howard C et al. « Office prenatal formula advertising and its effect on breast-feeding patterns », *Am Coll Obstet Gynecol* 2000;95:296- 303.
- [95]: Donnelly A et al. « Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women (Cochrane Review) », In: *The Cochrane Library, Issue 1. Oxford: Update Software; 2002.*
- [95]: Scott J et al. « Factors associated with the duration of breastfeeding amongst women in Perth Australia » *Acta Pædiatr.* 1999; 88(4):416-21.

- [96]: Scott JA et al. « Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study », *Pediatrics*. 2006;117(4):e646–655.
- [97]: Kohlhuber M. et al. « Breastfeeding rates and duration in Germany: a Bavarian cohort study », *Br J Nutr*. 2008;99(05):1127-32.
- [98]: Wagner S et al. « Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe », 2011
Accessible sur <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01203828/document>
- [99]: Bonet M, Marchand L et al. « Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French « EDEN mother-child » cohort. *Matern Child Health J*. 2013;17(4):714-22.
- [101] : Sparks PJ. « Racial/ethnic differences in breastfeeding duration among WIC-eligible families », *Womens Health Issues*. 2011;21(5):374-82.
- [102] : Oves Suárez B et al. « Immigration and factors associated with breastfeeding », *CALINA study. An Pediatr (Barc)*. 2014;81(1):32-8.
- [103] : Wallby T et al. « Region of birth, income and breastfeeding in a Swedish county », *Acta Paediatr*. 2009;98(11):1799-804.
- [104]: Organisation internationale du Travail « C183 - Convention (n° 183) sur la protection de la maternité », 2000
Disponible sur
http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:312328
- [105]: Organisation internationale du Travail « R191 - Recommandation (no 191) sur la protection de la maternité » 2000
Disponible sur
http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R191
- [106]: Organisation internationale du Travail, « Carte du monde sur la durée du congé maternité dans 167 pays »,
Disponible sur http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---travail/documents/image/wcms_146198.pdf
- [107]: « Pourquoi n'y a-t-il pas de congé maternité payé aux USA ? »
Disponible sur <https://frenchmorning.com/ny-a-t-de-conge-maternite-payee-aux-usa/>
- [108]: Leave benefits « Access, civilian workers, National Compensation Survey », Mars 2014
- [109]: BFM Business « Les Japonaises enceintes victimes de harcèlement au bureau », 2016

[110]: Gudny Bjork Eydal. Politiques de la petite enfance dans les pays nordiques. Lien social et Politiques n° 50, 2003, p. 165- 184

[111]: La France au Danemark, Ambassade de France à Copenhague « La maternité au Danemark », Disponible sur <https://dk.ambafrance.org/-Francais->

[112]: Infobest « Maternité en Allemagne », 2015
Disponible sur
https://www.infobest.eu/fr/themes/article/?tx_infobestfaq_faq%5Barticle%5D=319&cHash=adc7c0a1a2f19c3d2b0ccfe3296563de

[113]: CLEISS, « Le régime italien de sécurité sociale », CLEISS, 2016
Disponible sur http://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_italie.html

[114]: Organisation internationale du Travail, « Kit de ressources sur la protection de la maternité », Disponible sur http://mprp.itsilo.org/allegati/fr/m12_FR.pdf

[115]: Service public, « Congé maternité »,
Disponible sur <https://www.ameli.fr/oise/assure/droits-demarches/famille/>

[116]: La Leche League « Travail et allaitement, ce que dit la loi »,
Disponible sur <https://www.lllfrance.org/1137-53-ce-que-dit-la-loi>

[117]: Durand M et al. « Evaluation of a training program for healthcare professionals about breast-feeding. Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol. 2003;106(2):134–8.

[118]: Gielen AC et al. « Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. Pediatrics. 1991;87(3):298–305.

[119]: Kurinij N et al. « Does maternal employment affect breastfeeding? Am J Public Health. 1989;79(9):1247–50.

[120]: Littman H et al. « The decision to breastfeed. The importance of father's approval », Clin Pediatr (Phila). 1994;33(4):214–9.

[121]: Ryan AS et al. « Breast-feeding and the working mother: a profile », Pediatrics. 1989;83(4):524–31.

[122]: Fanello S et al. « Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes », Arch Pediatr. 2003;10(1):19–24.

[123]: Noble S, The ALPASC Study Team. « Maternal employment and the initiation of breastfeeding », Acta Paediatrica. 2001;90(4):423–8.

[124]: Fein SB et al. « The effect of work status on initiation and duration of breast-feeding », Am J Public Health. 1998;88(7):1042–6.

[125]: Roe B et al. « Is there competition between breast-feeding and maternal employment? », Demography. 1999;36(2):157–71.

- [126]: 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.
- [127]: 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.
- [128]: Visness CM et al. « Maternal employment and breast-feeding: findings from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey », *Am J Public Health*. 1997;87(6):945–50.
- [129]: Ryan AS et al. « The effect of employment status on breastfeeding in the United States », *Womens Health Issues*. 2006;16(5):243–51.
- [130]: Ghosh R et al. « Longitudinal study of the frequency and duration of breastfeeding in rural Bangladeshi women », *American Journal of Human Biology*. 2006;18(5):630–8.
- [131]: Ogbuanu C et al. « Balancing Work and Family Effect of Employment Characteristics on Breastfeeding », *Journal of Human Lactation*. 2011;27(3):225–38.
- [132]: Lindberg LD. « Women’s decisions about breastfeeding and maternal employment », *Journal of Marriage and the Family*. 1996;239–51.
- [133]: Kramer MS. « Promotion de l’allaitement et développement des jeunes enfants: commentaires sur Woodward et Liberty, Pérez-Escamilla, Lawrence, et Greiner », *Allaitement maternel*. 2008
Accessible de <http://www.enfantencyclopedie.com/documents/KramerFRxp.pdf>
- [134]: Durand M et al. « Evaluation of a training program for healthcare professionals about breast-feeding », *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol*. 2003;106(2):134–8.
- [135]: Communal M et al. « 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. Accessible de http://www.infoallaitement.org/uploads/etude_allaitement_rhonealpes_DRASS.pdf
- [136]: Arthur CR et al. « The employment-related breastfeeding decisions of physician mothers », *Journal of the Mississippi State Medical Association*. 2003;44(12):383.
- [137]: Hawkins SS et al. « The impact of maternal employment on breast-feeding duration in the UK Millennium Cohort Study », *Public Health Nutr*. 2007;10(9):891–6.
- [138]: 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.
- [139]: Auerbach KG et al. « Maternal employment and breastfeeding. A study of 567 women’s experiences », *Am. J. Dis. Child*. 1984;138(10):958–60.
- [140]: 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.

- [141]: Delamaire C et al. « L'allaitement face aux inégalités sociales de santé ». Poster présenté aux Journées annuelles de santé publique « L'écho de nos choix », 22-24 novembre 2010, Québec
- [142]: Chuang C-H et al. « Maternal return to work and breastfeeding: a population-based cohort study », *Int J Nurs Stud.* 2010;47(4):461-74.
- [143]: Staehelin K et al. « Length of maternity leave and health of mother and child - a review », *Int J Public Health* 2007, 52 : 202-209
- [144]: Ogbuanu C et al. « The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding », *Pediatrics* 2011, 127 : e1414-e1427
- [145]: Hawkins SS et al. « Maternal employment and breast-feeding initiation: findings from the Millennium Cohort Study », *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007, 21 : 242-247
- [146]: Skafida V. « Juggling work and motherhood: the impact of employment and maternity leave on breastfeeding duration: a survival analysis on Growing Up in Scotland data », *Matern Child Health J* 2012, 16 : 519-527
- [147]: Lanting CI et al. « Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors », *Acta Paediatr* 2005, 94 : 935-942
- [148]: Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. « Plan d'action : Allaitement maternel ». DGS; 2010 Disponible sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf
- [149]: De Flamesnil F et al. « Étude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme », *Journal de pédiatrie et de puériculture.* 1997;10(1):60- 2.
- [150]: Blyth RJ et al. « Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors », *J Hum Lact.* 2004;20(1):30-8.
- [151]: Wcislo M et al. « La naissance en France en 1995 », *Enquête nationale périnatale.* 1996
- [152]: OMS. « Allaitement et activité professionnelle », *Faits et chiffres. L'allaitement maternel n°9.* 2009; Disponible sur <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/index8.html>
- [153]: Fadda G. « Allaitement maternel et travail : Enquête sur le vécu et les représentations de 29 mères actives » [Thèse]. Faculté de médecine Pitié Salpêtrière; 2004 ;
- [154]: Yilmaz G et al. « Factors influencing breastfeeding for working mothers », *Turk. J. Pediatr.* 2002;44(1):30-4.
- [155]: Katcher AL et al. « Breast-feeding by employed mothers: a reasonable accommodation in the work place », *Pediatrics.* 1985;75(4):644-7.

- [156] : Cohen R et al. « 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.
- [157]: Wambach KA et al. « Maternal employment and breastfeeding », 2005;487–508.
- [158]: Auerbach KG « Sequential and simultaneous breast pumping: a comparison », *Int J Nurs Stud.* 1990;27(3):257–65.
- [159] : Jones E et al. « A randomised controlled trial to compare methods of milk expression after preterm delivery », *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.* 2001;85(2):F91– 95.
- [160]: Comas I., « Allaitement et Travail, Enquête à Hewlett Packard ». 2009
Accessible de http://www.infoallaitement.org/uploads/Comas_Allaitement_travail_HP.pdf
- [161] : Shealy K et al. « The CDC guide to breastfeeding interventions », Atlanta Centers for Disease Control and Prevention; 2005
Accessible de http://www.cdc.gov/breastfeeding/pdf/breastfeeding_interventions.pdf
- [162] : Slusser WM et al. « Breast milk expression in the workplace: a look at frequency and time », *J Hum Lact.* 2004;20(2):164–9.
- [163] : Ortiz J et al. « Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an employer-sponsored lactation program », *Pediatr Nurs.* 2004;30(2):111–9.
- [164] : Cohen R. et al. « 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.
- [165] : Valdés V et al. « Clinical support can make the difference in exclusive breastfeeding success among working women », *J. Trop. Pediatr.* 2000;46(3):149–54.
- [166] : Johnston ML, « Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States », *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2007;36(1):9–20.
- [167]: Danis M, et al. « Allaitement & Travail, Diaporama au 30ème Congrès national de Médecine et de Santé au Travail de Tours » 2008
- [168] : Libbus MK et al. « Breastfeeding and employment: an assessment of employer attitudes », *J Hum Lact.* 2002;18(3):247–51.
- [169] : Bridges CB et al. « Employer attitudes toward breastfeeding in the workplace », *J Hum Lact.* 1997;13(3):215–9.
- [170] : Delbru B. « Attitude des employeurs rhône-alpins vis-à-vis des salariées allaitantes [Thèse] ». Grenoble; 2006.
- [171] : Mouty S. « Les employeurs face à l’allaitement maternel » [Mémoire pour le diplôme d’Etat de Sage-femme]. Grenoble; 2005.

[172]: Brown CA et al. « Exploring large employers' and small employers' knowledge, attitudes, and practices on breastfeeding support in the workplace », *J Hum Lact*. 2001;17(1):39–46.

[173]: Ryan AS et al. « The effect of employment status on breastfeeding in the United States », *Womens Health Issues*. 2006;16(5):243–51.

[174]: Dufour A. « Information en matière d'allaitement et travail. » *Sage-Femme consultante en lactation*; 2008

[175] : Newcomb PA et al. « Breast feeding practices in relation to endometrial cancer risk, USA », *Cancer Causes Control*. 2000;11(7):663–7.

[176] : Balkam JAJ et al. « 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.

[177]: 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.

[178] : Labarère J et al. « CDROM-based program for breastfeeding mothers. *Matern Child Nutr* », 2011;7(3):263–72.

[179] : Didierjean-Jouveau C. « Petit guide de l'allaitement pour la mère qui travaille ». Jouvence Editions; 2009.

[180]: 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.

[181] : 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.

[182] : Lequien P « Comment élaborer une politique de promotion de l'allaitement ? Journées de la société Française de médecine périnatale », 1998 p. 219–28.

[183] : 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.

[184]: Rivière F. « Connaissances et pratiques des jeunes médecins généralistes dans l'accompagnement à l'allaitement maternel », [Thèse]. Nantes; 2002.

[185] : Marchand Lucas L. « Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement » [Thèse]. Saint Antoine Paris; 1998.

[186] : O'Gara C et al. « Every mother is a working mother: breastfeeding and women's work », *Int J Gynaecol Obstet*. 1994;47 Suppl:S33–38; discussion S38–39.

- [187]: INSEE « Familles selon le nombre d'enfants de moins de 18 ans, 1990-2014 », 2014
Disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3138834?sommaire=3138843>
- [188]: Charpentreau C. « Situation des femmes qui allaitaient dans le département de la Loire ». *Allait'Info* n°2. 2004;3-4.
- [189]: 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.
- [190]: Lelong N et al. « Durée de l'allaitement maternel en France », *Arch Pediatr*. 2000;7(5):571-2.
- [191]: Branger B et al. « Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes », *Arch Pediatr*. 1998;5(5):489-96.
- [192]: Scott JA et al. « Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature », *Breastfeed Rev*. 1999;7(1):5-16.
- [193]: Meek JY. « Breastfeeding in the workplace », *Pediatr. Clin. North Am*. 2001;48(2):461-74
- [194]: Blondel B et al. « 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.
- [195]: 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.
- [196]: 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.
- [197]: 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.
- [198]: Thompson PE, « Breast-feeding in the workplace: how to succeed », *Issues Compr Pediatr Nurs*. 1997;20(1):1-9.
- [199] : Vilain A et al. « La situation périnatale en France en 2003 ». DREES; 2005
Accessible sur <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er383.pdf>
- [200] : Li R et al. « Why mothers stop breastfeeding: mothers' selfreported reasons for stopping during the first year », *Pediatrics*. 2008;122 Suppl 2:S69-76.
- [201] : Gojard S. « L'allaitement, pratiques et discours: Une approche sociologique », *Devenir*. 2000;12(4):35-55.
- [202] : Rempel LA et al. « Partner influence on health behaviour decision- making: increasing breastfeeding duration », *J Soc Pers Relat*. 2004;21:92-111

[203] : Wiedenmayer K et al. « Developing pharmacy practice: a focus on patient care. WHO and International Pharmaceutical Federation », Geneva, 2006

[204] : IBFAN « L'initiative Pharmacies "Amies des Bébés" », 2011

Disponible sur <https://www.gifa.org/wp-content/uploads/2014/02/AA48-49.pdf>

[205] : Delaini P et al. « Farmacie e sostegno dell'allattamento materno: un approccio di rete tra operatori sanitari. Dialogo sui farmaci » 2009;2:79-80

[206] : Medela, « Guide d'information sur l'allaitement maternel : conseils et produits pour l'allaitement maternel », 2006

Disponible sur <https://www.medelabreastfeedingus.com/attachment/download/47>

Annexe : Questionnaire diffusé aux mères de l'enquête :

1. Combien d'enfants avez-vous? *

Réponse courte
.....

2. Avez-vous allaité votre enfant ? *

Oui

Non

Si oui, pendant combien de mois?

Réponse courte
.....

Si non merci d'avoir répondu à ce questionnaire. Pourriez vous nous indiquer les raisons qui vous ont amenée à ne pas choisir l'allaitement maternel?

Réponse longue
.....

3. Comment l'avez-vous allaité à sa naissance? *

Exclusivement au sein

Allaitement mixte (associant le sein et le biberon)

4. Quelles contraintes avez-vous eu lors de l'allaitement ? *

Complications liées aux seins ? (Douleurs, crevasses, engorgement, lymphangite,...)

Insuffisance de production

Médicaments

Reprise du travail

Autre...

Celles-ci vous ont-elles dissuadé d'arrêter l'allaitement ? *

Oui

Non

5. Avez-vous un emploi? *

Oui

Non

Si oui quel est votre domaine d'activité ? (plusieurs réponses possibles)

En entreprise ou collectivité

A domicile

Avec déplacements fréquents

Autre...

6. Lors de la reprise du travail, quel âge avait votre enfant? (en mois) *

Réponse courte
.....

Avez-vous continué à l'allaiter ? *

Oui

Non

Si oui, pendant combien de mois aviez-vous continué après la reprise?

Réponse courte
.....

Si non, pour quelles raisons?

Réponse courte
.....

7. Comment votre reprise du travail s'est-elle passée ? *

	1	2	3	4	5	
Pas satisfaisante du tout	<input type="radio"/>	Très satisfaisante				

8. A quel taux d'activité l'avez-vous repris ? *

- 100 %
- 80 %
- 50 %
- Autre

9. Sur quelle amplitude horaire étiez-vous séparée de votre enfant ? *

- Moins de 8 heures
- De 8 heures à 10 heures
- Plus de 10 heures

10. A quel âge votre enfant a-t-il été complètement sevré? (en mois)

Réponse courte

.....

Quel en était le motif ? (plusieurs réponses possibles) *

- Sevrage naturel mené par l'enfant
- Sevrage induit par vous-même
- Votre activité professionnelle a influencé votre choix
- Autre...

11. Si votre travail est en cause, pouvez-vous préciser ? (plusieurs réponses possibles)

- Pression de votre supérieur hiérarchique
- Pression de vos collègues
- Conditions de travail peu favorable
- Lassitude due à l'organisation que demandent les tirages
- Fatigue imputée par l'articulation vie familiale/vie professionnelle
- Autre...

12. Si vous aviez repris le travail à temps réduit, avez-vous été satisfait de l'attitude de votre supérieur hiérarchique à cet égard? *

- Oui
- Non
- Sans opinion

13. Qu'est-ce qui vous paraît le plus difficile dans le fait de devoir allaiter et d'avoir une activité professionnelle en même temps? *

Réponse longue

14. Quel a été le mode de garde de votre enfant lors de la reprise? *

- En collectivité (crèche, halte-garderie etc)
- Chez une assistante maternelle
- En garde à domicile (dont la garde partagée)
- Par un membre de la famille/proche
- Autre...

15. Quel a été votre plus grand soutien pour poursuivre votre allaitement lors de la reprise d'activité? (plusieurs réponses possibles) *

- Votre conjoint
- Un autre membre de la famille
- Une amie
- Un ou une collègue
- Votre supérieur hiérarchique
- Une association pro-allaitement
- Le pédiatre de votre enfant
- Le médecin de famille
- Autre...

16. Selon vous, le père de l'enfant a-t-il un rôle dans l'allaitement maternel? *

- Oui
- Non

Si oui lequel(s) ?

Réponse longue

17. Pensez-vous qu'une information sur « l'allaitement et le travail » puisse aider les mères qui souhaitent poursuivre l'allaitement à mieux appréhender la reprise de leur activité professionnelle ? *

- Oui
- Non

Si oui, selon vous, quels renseignements serait-il utile d'apporter ? (plusieurs réponses possibles)

- Texte de loi permettant l'allaitement au travail
- Rappel sur les bienfaits de l'allaitement maternel sur l'enfant
- Conseil pour entretenir au mieux la lactation
- Manipulation du tire-lait et conservation du lait
- Autre...

Si non, pour quelles raisons?

Réponse longue

18. A quel moment cette information devrait avoir lieu?

- A la maternité
- Lors des visites médicales
- A la pharmacie
- Autre...

Merci de justifier votre réponse

Réponse longue

19. Quel(s) professionnel(s) de santé vous semble-t-il plus apte à vous donner ces informations et vous renseigner au mieux?

Réponse courte

20. Avez-vous utilisé un tire-lait ? *

- Oui
- Non

Si oui, l'utilisation vous a-t-elle semblé difficile ?

Oui

Non

Avez-vous eu les conseils nécessaires auprès de votre pharmacie pour son utilisation ?

Oui

Non

Si non, qu'auriez-vous aimé comme type de conseil ?

Réponse longue

21. Connaissez-vous les modalités de conservation du lait tiré? *

Oui

Non

22. Encourageriez-vous une mère à poursuivre son allaitement à la reprise du travail ? *

Oui

Non

Sans opinion

23. A quelle catégorie socioprofessionnelle appartenez-vous ? *

- Agriculteurs
- Artisan/commerçant/chef d'entreprise
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Professions intermédiaires
- Employés
- Ouvriers
- Etudiants
- Autre...

...

24. Vous vivez en couple (mariée, union libre, pacsée) *

- Vous vivez en couple (mariée, union libre, pacsée)
- Vous vivez seule (séparée, divorcée, veuve)
- Autre...

25. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous? *

- Moins de 18 ans
- 18 - 24
- 25 - 34
- 35 - 49
- 50 - 64
- 65 ans et plus

26. L'allaitement était-il une bonne expérience pour vous personnellement? *

Argumenter SVP

Réponse longue

SQUARE Hadia

Allaitement maternel et travail : enquête auprès de 270 mères actives

Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en pharmacie

Université de Picardie Jules Verne

Année 2018

Mots clés : Allaitement maternel, travail, durées d'allaitement, congé de maternité, reprise du travail, sevrage, conciliation, environnement professionnel, pharmaciens, Initiative Pharmacie Amie des Bébé

Résumé :

L'allaitement maternel présente de nombreux bénéfices à court et à long terme tant chez l'enfant que chez la mère. C'est d'ailleurs pour cela que l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie pour le nourrisson avec une poursuite jusqu'à l'âge de deux ans. Seulement, en France, il existe un décalage entre les durées d'allaitement recommandées et la durée de congé de maternité qui elle est nettement inférieure. A travers ce mémoire, nous verrons que la reprise du travail représente pour les mères une des principales difficultés à la poursuite de l'allaitement et est associée au sevrage de l'enfant. Même si de nombreuses mères désirent malgré tout poursuivre et concilier allaitement et travail, cette possibilité est grandement facilitée lorsqu'il existe sur le lieu de travail un programme de soutien à l'allaitement. Cette conciliation dépend donc de l'environnement professionnel qui permet à ces femmes de gérer cette double vie mais, certains acteurs de la santé périnatale ont également un rôle à jouer dans l'information auprès de ces mères dont les pharmaciens. L'Initiative Pharmacie Amie des Bébé serait un excellent moyen de promouvoir l'allaitement et la pharmacie semble être un lieu de choix puisque c'est chez eux que se fournissent la plupart des mères pour acheter leurs substituts de lait maternel lorsqu'elles décident d'arrêter leur allaitement.

JURY

Président: Catherine VILPOUX

Membres: Isabelle SIX

Caroline MEUNIER

Othmane EL OUACHEKRADI