



**HAL**  
open science

# État des lieux des facteurs favorisant et des freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail : une étude observationnelle menée dans le Puy-de-Dôme

Maylis Attanasio

► **To cite this version:**

Maylis Attanasio. État des lieux des facteurs favorisant et des freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail : une étude observationnelle menée dans le Puy-de-Dôme. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02329387

**HAL Id: dumas-02329387**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02329387>**

Submitted on 23 Oct 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.



UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

ATTANASIO Maylis Christiane Louise

-----  
Présentée et soutenue publiquement le lundi 22 octobre 2018  
-----

**État des lieux des facteurs favorisant et des freins à la poursuite  
de l'allaitement maternel à la reprise du travail  
Une étude observationnelle menée dans le Puy de Dôme**

-----  
Président du jury:  
Monsieur Gilles CLEMENT  
Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand  
-----

Membres du jury :

- Monsieur André LABBE, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
- Monsieur Frédéric DUTHEIL, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
- Madame Christelle GROBOST, Docteur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
- Madame Aurélie CABAILLOT, Docteur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand





UNIVERSITÉ DE CLERMONT AUVERGNE  
UFR DE MÉDECINE  
THÈSE D'EXERCICE  
pour le  
DIPLOME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
par

ATTANASIO Maylis Christiane Louise

-----  
Présentée et soutenue publiquement le lundi 22 octobre 2018  
-----

**État des lieux des facteurs favorisant et des freins à la poursuite  
de l'allaitement maternel à la reprise du travail  
Une étude observationnelle menée dans le Puy de Dôme**

-----  
Président du jury :  
Monsieur Gilles CLEMENT  
Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand  
-----

Membres du jury :

- Monsieur André LABBE, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
- Monsieur Frédéric DUTHEIL, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
- Madame Christelle GROBOST, Docteur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand
- Madame Aurélie CABAILLOT, Docteur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

# UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

---

PRÉSIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITÉ D'Auvergne

: **JOYON** Louis  
: **DOLY** Michel  
: **TURPIN** Dominique  
: **VEYRE** Annie  
: **DULBECCO** Philippe  
: **ESCHALIER** Alain

PRÉSIDENTS HONORAIRES  
UNIVERSITÉ BLAISE PASCAL

: **CABANES** Pierre  
: **FONTAINE** Jacques  
: **BOUTIN** Christian  
: **MONTEIL** Jean-Marc  
: **ODOUARD** Albert  
: **LAVIGNOTTE** Nadine  
: **BERNARD** Mathias

PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ et  
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADÉMIQUE PLÉNIER  
PRÉSIDENT DU CONSEIL ACADÉMIQUE RESTREINT  
VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION  
VICE-PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE  
VICE PRÉSIDENTE DE LA COMMISSION DE LA  
FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE  
DIRECTRICE GÉNÉRALE DES SERVICES

: **BERNARD** Mathias  
: **DEQUIEDT** Vianney  
: **GUINALDO** Olivier  
: **HENRARD** Pierre  
  
: **PEYRARD** Françoise  
: **ESQUIROL** Myriam



## UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

DOYENS HONORAIRES

: **DETEIX** Patrice  
: **CHAZAL** Jean

DOYEN  
RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

: **CLAVELOU** Pierre  
: **ROBERT** Gaëlle

## **LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT**

### **PROFESSEURS HONORAIRES :**

MM. BEGUE René-Jean - BELIN Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIÈRE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - COULET Maurice - DASTUGUE Bernard - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges - Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mmes GLANDDIER Phyllis - LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - Mme MOINADE Simone - MM. MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - Mlle RAMPON Simone - MM. RAYNAUD Elie - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. RISTORI Jean-Michel - ROZAN Raymond - SCHOEFFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mlle VEYRE Annie

### **PROFESSEURS EMERITES :**

MM. BACIN Franck - BEYTOU Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOIX Alain - DAUPLAT Jacques - DEMEOCQ François - DETEIX Patrice - IRTHUM Bernard - JACQUETIN Bernard - KEMENY Jean-Louis - LESOURD Bruno - LUSSON Jean-René - PHILIPPE Pierre - RIBAL Jean-Pierre

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS – PRATICIENS HOSPITALIERS**

### **PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE**

M. ESCHALIER Alain	Pharmacologie Fondamentale Option Biologique
M. CHAZAL Jean	Anatomie - Neurochirurgie
M. VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M. AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M. LABBE André	Pédiatrie
M. AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M. DURIF Franck	Neurologie
Mme LAFEUILLE Hélène	Bactériologie, Virologie
M. LEMERY Didier	Gynécologie et Obstétrique
M. BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M. BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M. POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M. CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique
Mme PENNAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M. BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation

M.	BIGNON Yves Jean	Chirurgicale
M.	BOIRIE Yves	Cancérologie option Biologique
M.	CLAVELOU Pierre	Nutrition Humaine
M.	DUBRAY Claude	Neurologie
M.	GILAIN Laurent	Pharmacologie Clinique
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	O.R.L.
M.	CAMILLERI Lionel	Neurochirurgie
M.	DAPOIGNY Michel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	LLORCA Pierre-Michel	Gastro-Entérologie
M.	PEZET Denis	Psychiatrie d'Adultes
M.	SOUWEINE Bertrand	Chirurgie Digestive
		Réanimation Médicale

**PROFESSEURS DE  
1ère CLASSE**

M.	DECHELOTTE Pierre	Anatomie et Cytologie Pathologique
M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mlle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	CONSTANTIN Jean-Michel	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie
M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie - Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière

**PROFESSEURS DE  
2ème CLASSE**

Mme CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
M. BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
Mme KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M. TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M. CORNELIS François	Génétique
M. MOTREFF Pascal	Cardiologie
M. ANDRE Marc	Médecine Interne
M. DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M. CANAVESE Fédérico	Chirurgie Infantile
M. CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
Mme HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M. LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M. RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique
M. AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M. BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M. BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M. CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M. FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
M. LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M. AZARNOUSH Kasra	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
Mme BRUGNON Florence	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M. COSTES Frédéric	Physiologie
Mme HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
Mme PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M. ESCHALIER Romain	Cardiologie
M. MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme TOURNADRE Anne	Rhumatologie
M. DURANDO Xavier	Cancérologie
M. DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme FANTINI Maria Livia	Neurologie
M. SAKKA Laurent	Anatomie - Neurochirurgie

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

M. CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M. VORILHON Philippe	Médecine Générale

## PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

Mme BOTTET-MAULOUBIER Anne  
M. CAMBON Benoît

Médecine Générale  
Médecine Générale

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

### MAITRES DE CONFÉRENCES HORS CLASSE

Mme CHAMBON Martine

Bactériologie Virologie

### MAITRES DE CONFÉRENCES DE 1<sup>ère</sup> CLASSE

M. MORVAN Daniel  
Mme BOUTELOUP Corinne  
Mlle GOUMY Carole  
Mme FOGLI Anne  
Mlle GOUAS Laetitia  
M. MARCEAU Geoffroy  
Mme MINET-QUINARD Régine  
M. ROBIN Frédéric  
Mlle VERONESE Lauren  
M. DELMAS Julien  
Mlle MIRAND Andrey  
M. OUCHCHANE Lemlih  
  
M. LIBERT Frédéric  
Mlle COSTE Karen  
M. EVRARD Bertrand  
Mlle AUMERAN Claire  
M. POIRIER Philippe

Biophysique et Traitement de l'Image  
Nutrition  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Biochimie Biologie Moléculaire  
Bactériologie  
Cytologie et Histologie, Cytogénétique  
Bactériologie  
Bactériologie Virologie  
Biostatistiques, Informatique Médicale  
et Technologies de Communication  
Pharmacologie Médicale  
Pédiatrie  
Immunologie  
Hygiène Hospitalière  
Parasitologie et Mycologie

### MAITRES DE CONFÉRENCES DE 2<sup>ème</sup> CLASSE

Mme PONS Hanaë

Biologie et Médecine du Développement  
et de la Reproduction

Mme CASSAGNES Lucie  
M. JABAUDON-GANDET Matthieu  
M. LEBRETON Aurélien

Radiologie et Imagerie Médicale  
Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale  
Hématologie

M. BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. BUISSON Anthony	Gastroentérologie
M. COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme SARRET Catherine	Pédiatrie

## MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme BONHOMME Brigitte	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M. BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M. BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M. BIDET Yannick	Oncogénétique
M. MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M. DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M. SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M. GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M. LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences - Neuropharmacologie

## MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS

M. TANGUY Gilles	Médecine Générale
M. BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale

## REMERCIEMENTS ET DÉDICACES

### À NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE,

Monsieur le Professeur Gilles CLEMENT,

Vous nous faites l'honneur de présider cette soutenance de thèse et je vous en remercie.

Merci de votre disponibilité et de l'attention portée à mon étude.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

### À NOTRE JURY DE THÈSE

Monsieur le Professeur Frédéric DUTHEIL,

Vous nous faites l'honneur d'être membre de ce jury.

Merci d'avoir si rapidement accepté notre proposition de juger ce travail.

Soyez assuré de ma plus profonde gratitude.

Monsieur le Professeur André LABBE,

Vous nous faites l'honneur d'être membre de ce jury.

Votre avis nous semblait indispensable sur la question et je vous en remercie.

Soyez assuré de mon plus profond respect.

Madame le Docteur Christelle GROBOST,

Tu me fais l'honneur d'être membre de ce jury. Je suis particulièrement fière d'avoir pu découvrir la gynécologie avec toi. Ce travail est le témoignage d'une collaboration débutante et durable.

Soit assurée de ma reconnaissance et mon affection.

À ma Directrice de thèse, Madame le Docteur Aurélie CABAILLOT,

Tu me fais l'honneur de diriger ma thèse d'exercice. Merci pour ta grande disponibilité, ton aide précieuse et tes conseils pertinents qui m'ont permis de réaliser ce projet. Je te remercie pour ta confiance et ton immense soutien. Soit assurée de mon éternelle gratitude.

### À MA FAMILLE

À mes parents, sans qui tout cela n'aurait pu être possible! Je vous remercie pour tout ce que vous avez pu entreprendre pour mes sœurs et moi. Je vous dédie mon travail et vous promet de faire tout mon possible pour être un bon médecin.

À Alexandre, pour ton soutien, ta patience, tes conseils avisés, merci d'être près de moi et d'être l'homme que tu es.

À Anne, Céline, Olivier, Benjamin, Leto, Ulysse, Austin et Nils, mes exemples, mon bonheur, ma joie et mes ressources. Merci de ce que vous me transmettez tous les jours inconsciemment.

### À MES AMIS

À Meryl, sans qui cette drôle d'aventure n'aurait pu commencer ni aboutir. Merci pour tout.

À Anaïs, Nathalie et Juliette pour leur soutien, leur amitié et toutes ces aventures passées ensemble.

À mes futures consœurs qui deviendront d'extraordinaires médecins.

À Sharmine, Guillaume et Xavier pour leur amitié et leur aide si précieuse dans mes débuts d'internat. Ce stage à Durtol aura été épique dans bien des domaines.

À Anaïs et Léa, pour cette si grande histoire chère à mon cœur.

### À MES PAIRS

À Jean-Luc et Renée TACK, à Marie CABANAS, à Vincent GROBOST, à Pierre BERNARD, à toute l'équipe de l'Hôpital du MONT DORE, des urgences de RIOM, de la Clinique de cardio-pneumologie de Durtol, à toute l'équipe de gynécologie et pédiatrie du CHU Estaing et à toute l'équipe de l'AFRET.

# TABLES DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>MÉTHODE</b>	<b>13</b>
<b>1. Population cible</b>	<b>13</b>
<b>2. Critères d'inclusion et non inclusion</b>	<b>13</b>
<b>3. Méthodologie</b>	<b>13</b>
3.1. Type de recherche	13
3.2. Critères de jugement principal et secondaire	13
3.3. Recueil de données	14
3.4. Taille de l'échantillon	14
3.5. Analyses statistiques	15
3.6. Considérations éthiques	17
<b>RÉSULTATS</b>	<b>18</b>
<b>1. Étude quantitative</b>	<b>18</b>
1.1. Diagramme de flux	18
1.2. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des couples	19
1.3. Prévalence de l'allaitement maternel	22
1.4. Comparaison des deux groupes « AME < 4 mois » / « AME ≥ 4 mois »	24
1.5. Impact de la reprise du travail	26
<b>2. Étude qualitative</b>	<b>26</b>
2.1. Étude des freins à la poursuite de l'AME à la reprise du travail	26
2.2. Étude des stratégies de réussite à la poursuite de l'AME à la reprise du travail	27
2.3. Conseils aux futures mamans	28
2.4. Les solutions d'amélioration proposées par les mamans allaitantes	28
<b>DISCUSSION</b>	<b>29</b>
<b>1. Étude quantitative</b>	<b>29</b>
1.1. Principaux résultats	29
1.2. Comparaison avec les données de la littérature	29
<b>2. Étude qualitative</b>	<b>33</b>
2.1. Principaux résultats	33
2.2. Comparaison avec les données de la littérature	33
<b>3. Forces et limites de l'étude</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSION</b>	<b>38</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>39</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>42</b>
ANNEXE I: Lettres d'informations aux professionnels de santé	43
ANNEXE II : Affiches et flyers	44
ANNEXE III : Plan informatique du questionnaire en ligne	45
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE</b>	<b>48</b>

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**AME** : Allaitement Maternel Exclusif

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**PMI** : Protection Maternelle Infantile

**PNNS** : Programme National Nutrition Santé

**COMVAL** : Comité d'Accompagnement et de Validation des Projets de recherche clinique

**CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

**AMM** : Allaitement Maternel Mixte

**AMA** : Allaitement Maternel Artificiel

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

**DREES** : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

## INTRODUCTION

Le lait maternel couvre à lui seul l'ensemble des besoins nutritionnels du nourrisson dans les 6 premiers mois de sa vie. L'allaitement maternel est reconnu pour avoir un effet bénéfique sur la santé: renforcement des défenses immunitaires, diminution du risque d'allergie et d'obésité future pour l'enfant ; diminution du risque d'ostéoporose, du cancer du sein et de l'ovaire pour la mère (1). L'allaitement maternel exclusif (AME) suppose une absorption unique de lait maternel par le nourrisson à l'exception des solutés de réhydratation orale, des médicaments, des vitamines et minéraux. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande un AME les 6 premiers mois de la vie d'un nourrisson (2). En France, Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande l'allaitement maternel de façon exclusive jusqu'à 6 mois, et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice de santé optimum (3). Deux études françaises EPIFANE et ELFE ont démontré que les objectifs de santé sont encore très loin des recommandations internationales (4,5). En 2012, la durée médiane d'allaitement maternel (c'est-à-dire l'âge auquel la moitié des enfants était encore allaitée) était de 15 semaines, dont trois semaines et demi d'AME, l'une des plus faibles médiane d'Europe (4,5). Les pays Scandinaves, tels que la Norvège et le Danemark, sont les leaders dans l'initiation et la poursuite de l'allaitement maternel au-delà de 4 mois (6). En ce qui concerne l'Auvergne, la durée moyenne de l'AME est de 12,4 semaines en 2016 (7). Dans les données dont nous disposons, les raisons de l'arrêt prématuré de l'AME sont multifactorielles parfois liées à des facteurs socioculturels, aux situations familiales individuelles défavorables ou aux situations vis-à-vis de l'emploi (8-11). En 2016, sur 13 158 naissances en France, 68,1% des femmes déclarent avoir un emploi à la fin de leur grossesse (12). L'activité des femmes est en très nette augmentation puisque le pourcentage était de 61% en 2003 (13). Selon l'étude ELFE (5), la prévalence de l'AME chute à un mois et demi, ce qui pourrait correspondre à une anticipation de la reprise du travail de la part des mères allaitantes. De nombreuses études ont étudié les freins à la poursuite de l'AME chez des femmes en activité professionnelle. Comprendre les raisons de la poursuite de l'AME chez ce type de femmes

permettrait de proposer des stratégies d'interventions afin de pallier ces difficultés et accroître la durée totale de l'AME ou mixte. Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (12), l'Auvergne-Rhône-Alpes fait partie des régions où le taux d'AME ou mixte est le plus élevé à la maternité (71,1 %), suivi de la région parisienne (76,9 %) et de la région PACA (72,1 %).

L'objectif principal de cette étude est d'identifier chez les femmes en activité professionnelle dans le Puy-de-Dôme les pratiques, les facteurs facilitateurs et les freins à la poursuite de l'AME. Les objectifs secondaires sont de décrire les caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des mères allaitantes, ainsi que d'évaluer l'impact de la reprise du travail dans la décision d'initier et de poursuivre ou non l'AME ou mixte.

## MÉTHODES

### 1. Population Cible

Toutes les femmes allaitantes, vivant dans le Puy-de-Dôme se rendant en consultation chez un médecin généraliste ou un pédiatre. Les centres de Protection Maternelle Infantile (PMI) n'ont pas fait parti des lieux de recrutement de la population cible car le suivi régulier des enfants de 0 à 6 ans est assuré majoritairement par le médecin généraliste et le pédiatre, le suivi en PMI n'arrivant qu'en 3ème position (14).

### 2. Critères d'inclusion et de non inclusion

L'étude s'adresse aux femmes résidant dans le département du Puy-de-Dôme, ayant allaité de façon exclusive ou mixte un enfant âgé de 4 à 9 mois révolus au moment de la rédaction du questionnaire et ayant repris son activité professionnelle. Etaient exclues les femmes ayant pris un congé parental à la suite de leur congé maternité, présentant une contre-indication à l'allaitement maternel et ne maîtrisant pas la langue française.

### 3. Méthodologie

#### 3.1. *Type de recherche*

Il s'agit d'une étude transversale descriptive menée du 1<sup>er</sup> janvier 2018 au 30 juin 2018.

#### 3.2. *Critères de jugement principal et secondaire*

Les critères de jugement n'ont pas été hiérarchisés comme il s'agissait d'une étude à visée exploratoire. Les critères sociologiques du couples ont été explorés ainsi que les freins et les facteurs favorisant la poursuite de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) à la reprise du travail. La prévalence de l'AME et de l'Allaitement Maternel Mixte (AMM) après la reprise du travail ont été mesurés.

### **3.3. Recueil de données**

Un questionnaire a été élaboré pour répondre à l'objectif principal et aux objectifs secondaires de l'étude (Annexe III). Il a été conçu à partir d'une recherche bibliographique PubMed et Sciencedirect. Il a été créé de manière pluridisciplinaire (médecins, biostatisticiens, sages femmes) et a été testé auprès d'une dizaine de femmes afin de vérifier la bonne compréhension des questions et leur reformulation en cas de besoin. Le questionnaire a ensuite été élaboré par l'interne en charge du projet grâce au logiciel REDCap après avoir reçu une formation dédiée. Il s'agit d'un logiciel en ligne sécurisé, spécifique à la saisie de données pour les études cliniques. Le choix a été fait de mettre uniquement à disposition un questionnaire en ligne et de délaissier le papier. Selon l'étude CREDOC de 2016, 85 % des foyers sont connectés à Internet, seulement 15 % n'y ont pas accès, notamment les femmes âgées de 70 ans et plus, les personnes seules et celles ayant un faible niveau de diplôme (15). La saisie anonymisée des données a été effectuée par les participantes elles-même, sur la base du volontariat. Seuls les investigateurs avaient un accès aux données collectées et étaient soumis au secret professionnel (16,17).

Le questionnaire comprenait six parties (Annexe III) :

- les critères d'éligibilité à l'étude. Seules les personnes répondant aux critères d'inclusion avaient accès à l'ensemble du questionnaire ;
- les caractéristiques socio-démographiques du couple ;
- les caractéristiques professionnelles du couple ;
- les données relatives à l'allaitement avant l'accouchement ;
- les données relatives à l'allaitement après l'accouchement ;
- les données relatives à l'allaitement à la reprise du travail .

### **3.4. Taille de l'échantillon**

La justification du nombre de sujets nécessaire repose sur la capacité de recrutement et sur les travaux rapportés par Hsieh et al. (18) et Green (19) mettant en parallèle le nombre de sujets nécessaire et la quantité de possibles facteurs prédictifs. S'agissant d'une étude pouvant être

considérée comme exploratoire et compte tenu de la faible prévalence de l'AME au-delà des 4 mois de vie de l'enfant, 300 femmes répondant aux critères d'inclusion auraient été nécessaires. Afin de ré-estimer la puissance statistique de l'étude, des analyses séquentielles auraient été associées toutes les 100 inclusions. Aucune correction particulière du risque de première espèce n'a été proposée.

Soixante professionnels de santé du Puy de Dôme, médecins généralistes et pédiatres, ont été tirés au sort à partir d'une liste établie dans les Pages Jaunes Pro et confirmée sur le site internet du Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM). Le tirage au sort a été réalisé par plan de sondage en considérant une stratification sur le lieu d'exercice et le sexe. Un courrier postal comportant une lettre explicative a été envoyé aux médecins tirés au sort (Annexe I). Une semaine après l'envoi postal, un contact téléphonique était réalisé par l'interne en charge du projet afin d'obtenir l'adhésion à l'étude de chaque médecin. Sept jours plus tard, une visite dans les cabinets médicaux était réalisée par l'interne afin d'explicitier les objectifs de l'étude et la population cible. A cette occasion, l'interne laissait en libre service dans la salle d'attente des cabinets médicaux affiches et flyers, mentionnant le lien internet et un QR code pour accéder en ligne au questionnaire de l'étude (Annexe II). S'agissant d'une enquête publique, toutes les personnes en salle d'attente pouvaient se rendre sur le site internet. Les premières questions permettaient alors de sélectionner la population cible.

### **3.5. Analyses statistiques**

#### **3.5.1. Généralités**

Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata (version 13 ; StataCorp, College Station, Texas, USA), en considérant un risque d'erreur de première espèce  $\alpha$  bilatéral de 5%. La population a été décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables qualitatives, par la moyenne ( $\pm$  écart-type) ou la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique (normalité étudiée par le test de Shapiro-Wilk et

l'homoscédasticité par le test de Fisher-Snedecor). Une analyse multivariée a été mise en œuvre via une régression logistique ; les résultats sont présentés en termes d'odds ratio et intervalle de confiance à 95%.

### 3.5.2. Analyse quantitative

Dans un premier temps, l'analyse quantitative visait à comparer deux groupes, définis selon la durée de l'AME. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande un AME d'au moins 4 mois pour avoir un bénéfice de santé optimum. Ainsi, les patientes étaient réparties de la façon suivante: un groupe « AME < 4 mois » et un groupe « AME ≥ 4 mois ». Ces deux groupes ont été décrits et comparés par des tests statistiques usuels (Test t-Student et Test de Mann-Whitney si les conditions du t-test étaient non respectées) et ont permis de définir la prévalence de l'AME à la reprise du travail. Dans un second temps, l'analyse quantitative visait à évaluer l'impact de la reprise du travail dans la décision d'initier et de poursuivre l'allaitement maternel (exclusif ou mixte). La prévalence de l'AME prolongé a été exprimée sous forme de pourcentage et intervalle de confiance à 95%. Compte tenu du faible effectif de femmes ayant allaité moins de 4 mois, une attention particulière a été donnée à la taille des différences plutôt qu'à la significativité statistique.

### 3.5.3. Analyse qualitative

L'approche qualitative reposait sur l'identification des freins et des facteurs de réussite de la poursuite d'un AME optimum à la reprise du travail. Les *verbatim* ont été colligés. Nous avons alors étudié les freins chez les femmes présentes dans le groupes « AME < 4 mois », et les facteurs de réussite dans le groupe « AME ≥ 4 mois ». Cette analyse principalement descriptive a été exprimée par des pourcentages et des intervalles de confiance à 95% associés, en utilisant des tests usuels du Chi2 ou test exact de Fisher.

#### 3.5.4. Méthode de prise en compte des données manquantes, inutilisées ou invalides

Afin d'étudier le biais d'attrition, c'est à dire la nature et la quantité des données manquantes, une analyse de sensibilité a été effectuée pour proposer la méthode d'imputation des données la plus appropriée (imputation multiple).

#### **3.6. Considérations éthiques**

L'étude a été présentée et validée le 06 septembre 2017 par le Comité d'Accompagnement et de Validation des Projets de recherche clinique (COMVAL) du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Clermont-Ferrand. L'étude a ensuite fait l'objet d'une déclaration simplifiée à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) enregistrée le 21 septembre 2017.

# RÉSULTATS

## 1. Étude quantitative

### 1.1. Diagramme de flux

Soixante six questionnaires ont pu être rapportés parmi lesquels 19 femmes ne répondaient pas aux critères d'inclusion. Il existe des données manquantes pour 7 questionnaires. Parmi les 40 questionnaires complétés entièrement, 8 femmes avaient réalisé un AME de moins de 4 mois et ont témoigné leurs freins à la poursuite de ce type d'allaitement, 32 femmes avaient pu poursuivre leur AME pendant 4 mois ou plus et ont expliqué les différentes stratégies mises en œuvre pour y parvenir (Figure 1).

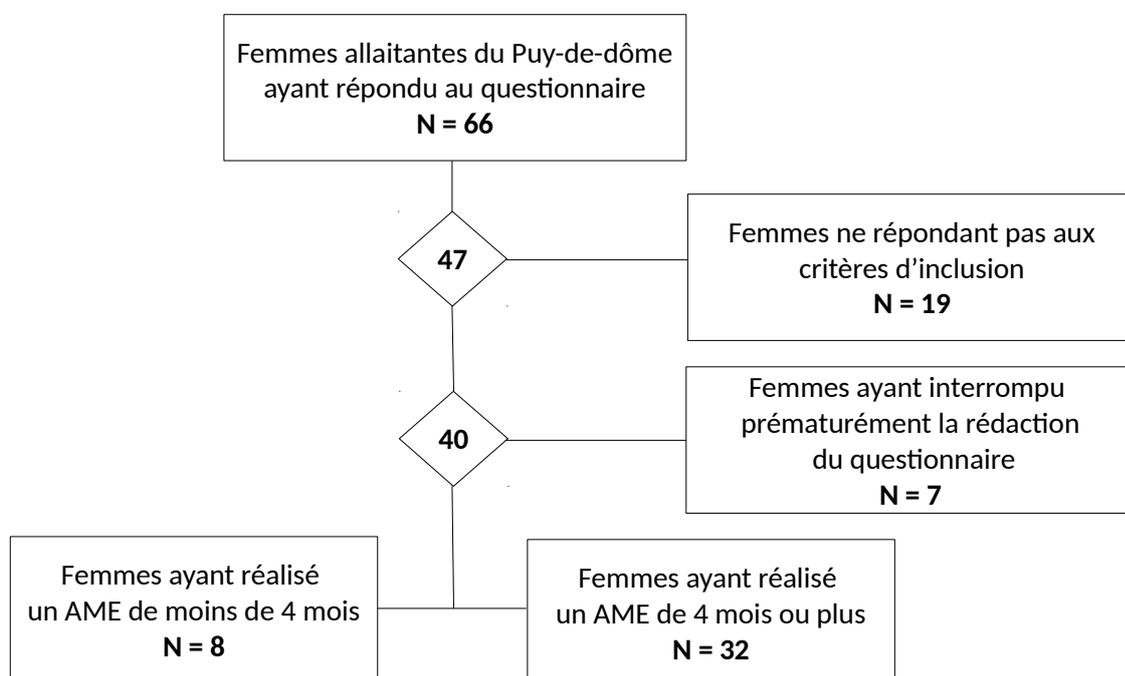


Figure 1 : Diagramme de flux

## **1.2. Caractéristiques socio-démographiques et professionnelles des couples**

Durant la période de l'étude, l'âge moyen des 47 femmes incluses était de 31,8 ans  $\pm$  4,0 ans avec une médiane d'âge de 31 ans. L'âge moyen des pères était de 34,64 ans  $\pm$  4,9 ans avec une médiane d'âge de 34 ans. Il s'agissait essentiellement de couples pacsés (40,4%), ayant un niveau d'étude supérieur à Bac +2 (femmes 89,4 % contre hommes 59,6 %) et ayant majoritairement un seul enfant à charge (61,7%). Les femmes vivant en zone urbaine avaient davantage participé à l'étude (95,7%). Les caractéristiques des couples actifs ayant eu recours à l'allaitement dans le Puy-de-Dôme sont répertoriées dans le Tableau I.

Les femmes allaitantes du Puy-de-Dôme étaient des cadres/professions intellectuelles supérieures (38,3%) et des employées (23,4%). Elles travaillent entre 36 et 48 heures (44,7 %) ou moins de 35 heures (36,2%) par semaine. Parmi elles, 57,5 % avaient une organisation flexible de leur temps de travail. Plus de 80 % des femmes ayant répondu au questionnaire connaissaient leurs droits en termes d'allaitement à la reprise du travail. Les pères étaient majoritairement des cadres/professions intellectuelles supérieures (42,6%) ou des employés (23,4%) et 4,3 % étaient sans emploi. Les caractéristiques professionnelles des couples concernés sont répertoriées dans le Tableau II.

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Âge de l'enfant à la rédaction du questionnaire</b>		
4 mois	3	6,4 %
5 mois	8	17,0 %
6 mois	6	12,8 %
7 mois	8	17,0 %
8 mois	5	10,6 %
9 mois	17	36,2 %
<b>Résidence principale</b>		
Urbaine	45	95,7 %
Rurale	2	4,3 %
<b>Etat matrimonial</b>		
Célibataire	0	0
Union libre	12	25,5 %
Pacsé	19	40,4 %
Marié	16	34,0 %
Veuve	0	0
<b>Nombre d'enfant à charge</b>		
1	29	61,7 %
2	14	29,8 %
3	4	8,5 %
<b>Niveau d'étude de la mère</b>		
Aucun	0	0
Brevet des collèges	0	0
CAP - BEP	0	0
Baccalauréat	4	8,5 %
Niveau Bac + 2	1	2,1 %
Niveau supérieur à Bac + 2	42	89,4 %
<b>Niveau d'étude du père</b>		
Aucun	1	2,1 %
Brevet des collèges	0	0
CAP - BEP	5	10,6 %
Baccalauréat	5	10,6 %
Niveau Bac + 2	8	17,0 %
Niveau supérieur à Bac + 2	28	59,6 %

**Tableau I** : Caractéristiques socio-démographiques des couples

CARACTÉRISTIQUES PROFESSIONNELLES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Catégorie socio-professionnelle de la mère</b>		
Agriculteurs, exploitants agricoles	0	0
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4	8,5 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	18	38,3 %
Professions intermédiaires	7	14,9 %
Employés	17	36,2 %
Ouvriers	0	0
Étudiants	1	2,1 %
Autre	0	0
<b>Catégorie socio-professionnelle du père</b>		
Agriculteurs, exploitants agricoles	1	2,1 %
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	4	8,5 %
Cadres et professions intellectuelles supérieures	20	42,6 %
Professions intermédiaires	5	10,6 %
Employés	11	23,4 %
Ouvriers	3	6,4 %
Étudiants	0	0
Sans activité professionnelle	2	4,3 %
Autre	1	2,1 %
<b>Temps de travail de la mère</b>		
Moins de 35 heures	17	36,2 %
35 heures	7	14,9 %
Entre 36 et 48 heures	21	44,7 %
Plus de 48 heures	2	4,3 %
<b>Libertés d'organisation du temps de travail</b>		
Oui	27	57,5 %
Non	20	42,6 %
<b>Loi relative à l'allaitement sur le lieu de travail connue</b>		
Oui	39	83,0 %
Non	8	17,0 %

**Tableau II** : Caractéristiques professionnelles des couples

### **1.3. Prévalence de l'allaitement maternel**

#### **1.3.1. Allaitement maternel souhaité avant l'accouchement**

Avant l'accouchement, 40 femmes (85,1 %) souhaitaient pratiquer un AME, 6 (12,8 %) un Allaitement Maternel Mixte (AMM) et 1 (2,1 %) un Allaitement Maternel Artificiel (AMA).

Les femmes étaient interrogées sur leurs motivations à l'AME et leurs réticences pour celles qui ne le souhaitaient pas. Les principales motivations à l'AME étaient le bénéfice en termes de santé pour le nouveau-né (n = 40, 100 %), le renforcement du lien mère-enfant (n = 32, 80 %), le bénéfice en termes de santé maternelle (n = 17, 42,5 %), des raisons économiques (n = 9, 22,5 %) et des raisons de traditions et coutumes (n = 1, 2,5 %). D'autres raisons à l'instauration de l'AME sont retrouvées chez 11 femmes (27,5 %) comme le côté pratique de l'allaitement et le côté écologique et naturel. La peur de mal faire, le manque d'informations et la reprise du travail constituaient les réticences des femmes à l'AME. Elles souhaitaient également impliquer davantage le père avec un AMM ou un AMA.

Parmi les 47 femmes répondant aux critères d'inclusion, 33 (70,2 %) avaient reçu une information médicale sur l'allaitement (les techniques d'allaitement, les bénéfices pour la mère et l'enfant, le renforcement du lien mère-enfant et la gestion de la production de lait par les glandes mammaires). L'information médicale était délivrée par les sages femmes (n = 31, 93,9%), le personnel para-médical (infirmières, puéricultrices) (n = 14, 42,4 %), les médecins généralistes (n = 4, 12,1%), les gynécologues-obstétriciens (n = 2, 6,1 %) et les pédiatres (n = 3, 9,1 %). Cette information médicale a permis à 22 (66,7 %) d'entre elles de renforcer leur motivation à poursuivre l'AME ou l'AMM à la reprise du travail.

INFORMATIONS MÉDICALES	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Transmises</b>		
Oui	33	70,2 %
Non	14	29,8 %
<b>Professionnel de santé les ayant délivrées</b>		
Sage femme	31	93,9 %
Infirmière, puéricultrice	14	42,4 %
Médecin Généraliste	4	12,1 %
Gynécologue - Obstétricien	2	6,1 %
Pédiatre	3	9,1 %
<b>Motivation renforcée si informations transmises</b>		
Oui	22	66,7 %
Non	3	24,2 %
Ne sais pas	8	9,1 %

**Tableau III** : Informations médicales sur l'allaitement maternel

### 1.3.2. Allaitement maternel pratiqué après l'accouchement

Après l'accouchement, 43 femmes (93,5 %) pratiquaient un AME et 3 (6,5 %) un AMM. Durant la période du post-partum, 9 femmes avaient changé d'avis sur le type d'allaitement envisagé initialement :

→ Celles (n = 2) n'ayant finalement pas choisi l'AME avaient changé d'avis afin d'anticiper la reprise du travail, par manque de production de lait ou par peur d'être trop dépendante de l'allaitement.

→ Celles (n = 7) ayant finalement choisi l'AME avaient changé d'avis après la première tété « de bienvenue », convaincues de l'importance du lien mère-enfant, tandis que d'autres avaient ressenti un sentiment de culpabilité de ne pas pratiquer un AME, culpabilité renforcée par le professionnel soignant.

### 1.3.3. Allaitement maternel pratiqué à la reprise du travail

À la reprise du travail, 26 femmes (63,4 %) pratiquaient un AME, 12 (29,3 %) un AMM et 3 (7,3 %) un AMA. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) recommande un allaitement maternel exclusif minimum de 4 mois pour avoir un bénéfice de santé optimum. Dans notre étude, la prévalence d'une AME  $\geq$  4 mois est de 80 % [64 ; 91] .

### 1.4. **Comparaison des deux groupes « AME < 4 mois » / « AME $\geq$ 4 mois »**

La durée totale de l'AME était indépendante de l'âge maternel et paternel, de l'état matrimonial du couple et de leur lieu de résidence. Les couples qui avaient recours à un AME prolongé avaient plus de deux enfants à charge, exerçaient dans les catégories socio-professionnelles « cadres/profession intellectuelles » et « employées ». Toutes les femmes occupant des postes de « professions intermédiaires » ou « étudiantes », ainsi que tous les hommes « ouvriers » ou « sans activité professionnelle » réalisaient un AME  $\geq$  4 mois. Les femmes qui travaillaient moins de 35 heures ou entre 36 et 48 heures par semaine avaient une plus grande flexibilité dans l'organisation de leur temps de travail. Les femmes allaitaient plus longtemps dans les cas où les pères avaient un niveau supérieur ou égale à Bac+2 (Tableau IV).

CARACTERISTIQUES DES COUPLES	AME < 4 mois (n = 8)	AME $\geq$ 4 mois (n = 32)	p-value
<b>Âge maternel</b>			0,57
Années-moyenne $\pm$ Ecart type	31,4 $\pm$ 3,7	32,3 $\pm$ 4,2	
<b>Âge paternel</b>			0,55
Années-moyenne $\pm$ Ecart type	33,8 $\pm$ 3,6	34,7 $\pm$ 4,5	
<b>Résidence n (%)</b>			0,36
Urbaine	7 (87,5)	31 (96,9)	
Rurale	1 (12,5)	1 (12,5)	
<b>Etat matrimonial n (%)</b>			0,62
Union libre	2 (25)	9 (28,1)	
Pacsée	2 (25)	13 (40,6)	
Mariée	4 (50)	10 (31,3)	

<b>Nombre d'enfants à charge n (%)</b>			<b>0,86</b>
1	5 (62,5)	17 (53,1)	
2	3 (37,5)	11 (34,4)	
3	0	4 (12,5)	
<b>Niveau d'étude de la mère n (%)</b>			<b>0,61</b>
Baccalauréat	1 (12,5)	2 (6,3)	
Niveau Bac + 2	0	1 (3,1)	
Niveau > Bac +2	7 (87,5)	29 (90,6)	
<b>Niveau d'étude du père n (%)</b>			<b>0,18</b>
Aucun	0	1 (3,1)	
CAP - BEP	2 (25)	2 (6,3)	
Baccalauréat	2 (25)	2 (6,3)	
Niveau Bac + 2	1 (12,5)	7 (21,9)	
Niveau > Bac +2	3 (37,5)	20 (62,5)	
<b>Catégorie socio-professionnelle de la mère n (%)</b>			<b>0,59</b>
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (12,5)	2 (6,3)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	4 (50)	11 (34,4)	
Professions intermédiaires	0	6 (18,8)	
Employés	3 (37,5)	12 (37,5)	
Etudiants	0	1 (3,1)	
<b>Catégorie socio-professionnelle du père n (%)</b>			<b>0,96</b>
Agriculteurs, exploitants agricoles	0	1 (3,1)	
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	1 (12,5)	2 (6,3)	
Cadres et professions intellectuelles supérieures	3 (37,5)	14 (43,8)	
Professions intermédiaires	1 (12,5)	4 (12,5)	
Employés	3 (37,5)	6 (18,8)	
Ouvriers	0	2 (6,3)	
Sans Emploi	0	2 (6,3)	
<b>Temps de travail n (%)</b>			<b>0,08</b>
Moins de 35 heures	3 (37,5)	13 (40,6)	
35 heures	1 (12,5)	5 (15,6)	
Entre 36 et 48 heures	2 (25)	14 (43,8)	
> 48 heures	2 (25)	0	
<b>Flexibilité du temps de travail n (%)</b>			<b>0,70</b>
Oui	3 (37,5)	17 (53,1)	
Non	5 (62,5)	15 (46,9)	
<b>Connaissance de la législation n (%)</b>			<b>0,61</b>
Oui	6 (75)	27 (84,4)	
Non	2 (25)	5 (15,6)	

Information médicale reçue n (%)			0,40
Oui	7 (87,5)	22 (68,8)	
Non	1 (12,5)	10 (31,3)	

**Tableau IV** : Comparaison de 2 groupes de femme en fonction de la durée totale de l'allaitement maternel exclusif

### 1.5. Impact de la reprise du travail

Pour 91% (29/32) des femmes ayant réalisé un AME prolongé de plus de 4 mois, le choix initial du type d'allaitement n'était pas influencé par l'anticipation de la reprise du travail, contre 38 % (3/8) des femmes ayant allaité moins de 4 mois ( $p = 0,004$ ), comme le montre les résultats du Tableau V.

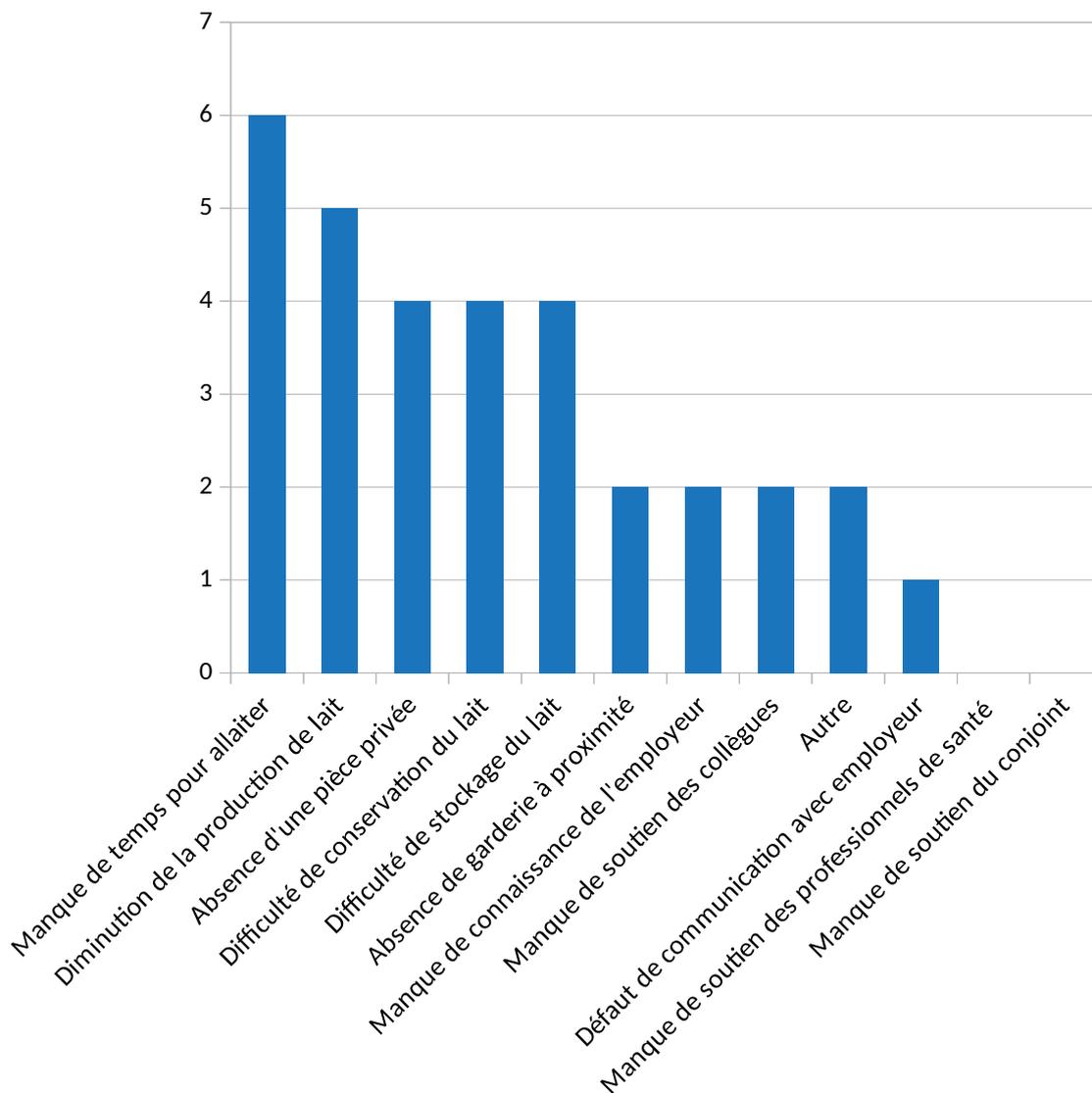
RESPONSABILITÉ DU TRAVAIL	AME < 4 mois (n = 8)	AME ≥ 4 mois (n = 32)	p-value
Responsabilité du travail dans le choix initial du type d'allaitement n(%)			0,004
Oui	5 (62,5)	3 (9,4)	
Non	3 (37,5)	29 (90,6)	

**Tableau V** : Impact de la reprise du travail dans le choix initial du type d'allaitement

## 2. Étude qualitative

### 2.1. Étude des freins à la poursuite de l'AME à la reprise du travail

Notre étude a recueilli les freins à la poursuite de l'AME à la reprise du travail chez les femmes qui avaient choisi l'AMA au moment de la reprise et celles dont la durée de l'AME était inférieure à 4 mois. Les deux facteurs les plus contraignants selon elles étaient le manque de temps pour tirer son lait ou allaiter et la diminution de la production de lait par les glandes mammaires. Deux femmes avaient évoqué la fatigue et une infection urinaire haute comme freins à la poursuite de l'AME.



**Figure 2 :** Freins à la poursuite de l'AME à la reprise du travail

## **2.2. Étude des stratégies de réussite à la poursuite de l'AME à la reprise du travail**

Après analyse des *verbatim*, il semble qu'une stratégie commune se soit mise en place. La majorité des femmes de l'étude avait tiré leur lait plusieurs mois avant la reprise du travail afin de réaliser des stocks au congélateur. Lors de la reprise du travail, quelques femmes continuaient les tétés à volonté lorsqu'elles étaient à la maison (matin, soir et week-end) et tiraient leur lait au travail pendant leur temps de pause repas. Pour certaines, cette technique avait été facilitée par une diversification alimentaire précoce de l'enfant. Parmi les autres techniques citées de manière épisodique, l'aide du père dans les tâches ménagères et la pratique du co-dodo étaient évoquées. En ce qui concerne

l'employeur, peu de femmes leur en avaient parlé. Les modes de garde étaient peu cités. Une femme bénéficiait d'une crèche au sein de l'entreprise lui permettant de se rendre sur place pour allaiter son enfant, tandis que pour une autre, l'enfant était gardé par le papa à la maison.

### ***2.3. Conseils aux futures mamans***

A la fin du questionnaire, il était demandé aux femmes « **Quels conseils donneriez-vous à une future maman qui souhaite poursuivre l'allaitement en reprenant le travail?** ». Toutes les participantes s'entendaient pour dire qu'il faut beaucoup de courage, de patience, de confiance en soi et de motivation. Pour la majorité, il était impératif d'anticiper la reprise du travail en tirant son lait 1 à 2 mois avant la reprise afin de réaliser un stock au congélateur, mais aussi en informant son employeur de son projet pour qu'un environnement adapté lui soit proposé (salle isolée et équipée d'un réfrigérateur et d'un lavabo). La plupart évoquaient la nécessité de s'informer et de se former par l'intermédiaire d'une conseillère en lactation, en lisant des livres, de la publicité ou en s'enquérant de l'expérience des unes et des autres par l'intermédiaire de différents réseaux (Groupe Facebook «Maman allaitante 63 »). Beaucoup de femmes avaient souligné l'importance d'ignorer le regard des collègues et leurs différentes opinions sur la question.

### ***2.4. Les solutions d'amélioration proposées par les mamans allaitantes***

Toutes les femmes déclaraient que le congé maternité est beaucoup trop court pour réaliser un AME optimal. Parmi les solutions, elles proposaient la création d'un congé spécial allaitement, l'allongement du congé paternité, l'information et la formation des employeurs. Quelques femmes proposaient d'autres stratégies comme prendre des vacances, une disponibilité ou un congé parental.

## DISCUSSION

### 1. Étude quantitative

#### 1.1. Principaux résultats

Dans notre étude, l'âge moyen des femmes est de 31,8 ans  $\pm$  4,04 ans avec une médiane d'âge de 31 ans et un niveau d'étude supérieur à Bac +2. Toutes les femmes du Puy-de-Dôme ayant répondu au questionnaire et occupant des postes de « professions intermédiaires » ou d'« étudiantes » ont réalisé un AME prolongé de plus de 4 mois. Les « cadres et professions intellectuelles supérieures » sont celles qui ont poursuivi le plus longtemps l'allaitement à la reprise du travail, de part leur flexibilité d'organisation.

La prévalence de l'AME à la naissance est estimée à 93,5%. Celle-ci a pu être surestimée car la région Auvergne-Rhône-Alpes est l'une des régions où le taux d'AME et AMM à la maternité est le plus élevé. La prévalence de l'AME et AMM à la reprise du travail est de 63,4%. La durée totale de l'AME est indépendante de l'âge des parents, de l'état matrimonial du couple et de leur lieu de résidence. Le choix initial du type d'allaitement n'est pas influencé par l'anticipation de la reprise du travail pour les femmes ayant réalisé un AME supérieur à 4 mois.

L'information médicale sur l'allaitement est délivrée principalement par les sages femmes et en dernier recours par les médecins généralistes et les pédiatres.

#### 1.2. Comparaison avec les données de la littérature

Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, l'âge moyen des mères ne cesse d'augmenter passant de 29,9 ans en 2010 à 30,4 ans en 2016 (12). Cette augmentation soulignerait l'ascension sociale des femmes qui réalisent de plus en plus de longues études et pensent à la parentalité secondairement. Selon l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) et la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la part des femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat est passée de 42,8 % en 2003 à 55,4 % actuellement (12). Cette

augmentation est particulièrement marquée chez les femmes ayant un niveau d'études supérieur ou équivalent à bac + 5, dont la part est passée de 12,9 % à 17,9 % entre 2010 et 2016 (12). Dans le Puy-de-Dôme, les catégories socio-professionnelles les plus représentées sont les employés (29%), les professions intermédiaires (24,2%), les ouvriers (23%) et les cadres/professions intellectuelles supérieures (14,5 %) (20). L'étude ELFE, première étude de cohorte nationale française, incluant le suivi sur un an de 18 300 enfants, révèle que la durée totale d'allaitement est plus longue chez les mères cadres et que la durée totale d'allaitement est plus courte chez les mères âgées de moins de 30 ans et vivant seules (5), comme le souligne notre étude. Les femmes entrent dans le monde du travail tardivement et ont leur premier enfant dès que leur situation professionnelle est acquise. Le statut marital n'est plus une priorité dans nos sociétés modernes. La proportion de femmes mariées au moment de la naissance de leur enfant a diminué de manière importante depuis 2010 (12) et atteint un niveau voisin de celui des femmes pacsées comme le montre notre étude.

Au niveau national, l'allaitement maternel à la maternité, exclusif ou non, a légèrement diminué entre 2010 et 2016, passant de 68,7 % à 66,7 %, et reste faible en comparaison des autres pays européens (12). Plus de 90% des bébés ont reçu du lait maternel à la naissance en République tchèque, en Lettonie, au Portugal et en Slovénie (21). Les taux sont les plus bas en France, à Chypre, en Irlande, à Malte et en Écosse. Dans les pays où le taux d'allaitement est très élevé, l'exclusivité a varié. Presque tous les nouveaux-nés sont allaités exclusivement en République tchèque et en Lettonie, tandis qu'au Portugal et en Suisse, l'alimentation mixte est plus courante (21). C'est en France que l'AME connaît l'évolution la plus marquante. Il avait augmenté à partir de 1995 et a baissé de manière importante entre 2010 et 2016, passant de 60,3 % à 52,2% (12). La déclaration d'Innocenti qui s'est tenue en 2005 en Italie sur « l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant » fixait des objectifs à dimension internationale pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel (22). Cette déclaration proposait notamment d'élaborer, de mettre en œuvre,

de suivre et d'évaluer une politique complète sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, dans le contexte de politique et des programmes nationaux (22).

Selon l'étude française EPIFANE de 2013, la prévalence de l'AME et AMM à 3 mois est estimée à 39 % dont 10 % de façons exclusive et chute à 33 % à 4 mois (4). Comme le montre l'étude de Whaley et al. de 2002, l'intention d'allaiter exclusivement au sein est le facteur décisif de la durée de l'allaitement maternel (23). Ces résultats vont à l'encontre d'une étude américaine de Thomas-Jackson et al. en 2015 qui démontrait que l'intention de retourner au travail avait eu un effet négatif sur l'intention de la durée de l'allaitement maternel (24). Il existe des divergences politiques entre nos pays dans la promotion et le soutien de l'allaitement. Aux Etats-Unis, les femmes disposent de 12 semaines de congé maternité non payées et il n'existe aucune mesure légale au sein des entreprises pour promouvoir l'allaitement maternel au travail (25). En France, la durée légale du congé maternité payé varie selon le nombre d'enfants attendus et la situation familiale allant de 16 semaines au total pour une nullipare jusqu'à 26 semaines pour une multipare, voir 34 semaines en cas de grossesse gémellaire. En ce qui concerne le père, un salarié peut demander à bénéficier d'un congé légal indemnisé d'une durée de 11 jours pour la naissance d'un enfant et de 18 jours en cas de naissance multiple (26). L'indemnisation prévue est également ouverte aux pères demandeurs d'emploi ou stagiaires de la formation professionnelle. Les jours de congé de paternité se cumulent avec le congé de naissance de trois jours accordés aux salariés pour la naissance de l'enfant. Selon l'article L1225-30 du Code du travail, les femmes allaitantes disposent d'une heure par jour durant les heures de travail pendant une année entière à compter du jour de la naissance (27).

Le recours des femmes enceintes aux sages femmes libérales pour leur suivi de grossesse a augmenté depuis 2010 (12). La place prise par les médecins généralistes dans le suivi médical de la grossesse a quant à elle diminué depuis 2010. Selon l'Enquête Nationale Périnatale de 2016, 19,3 % des femmes consultaient un généraliste contre 23,8 % en 2010. La place et le rôle du médecin

généraliste sont peu perçus en début de grossesse ainsi que pour le suivi gynécologique standard des femmes. Le gynécologue-obstétricien en ville est consulté au moins une fois par 57,0 % des femmes (12). Dans une étude américaine de 2015, pédiatres et internes en pédiatrie ont été interrogés et 80 % d'entre eux étaient convaincus que la durée idéale d'un AME était de 6 mois. Ils ont souligné le peu de place accordé à l'allaitement dans leur formation initiale et que le manque d'entrain à cet égard engendrait des émotions négatives sur le sujet et influait sur leur façon de conseiller l'allaitement maternel à leur patiente (28). En pratique courante, l'information médicale délivrée par un professionnel de santé qualifié est primordiale à l'adhésion et à l'observance de tout traitement médical. L'équipe de Dun-Dery et al. En 2016 a montré dans son étude que les femmes qui n'avaient pas reçu de recommandations de la part des professionnels de la santé étaient moins susceptibles de pratiquer l'AME (29).

L'AME pourrait jouer un rôle économique non négligeable au sein de ses couples. Il diminuerait les surcoûts inhérents à la fois à l'achat du lait artificiel et aux dépenses supplémentaires en soins médicaux et en pharmacie consécutives au non allaitement (30). Six mois d'allaitement artificiel nécessitent une dépense moyenne de 500 euros en lait et en accessoires pour les familles (lait en poudre, eau minérale, biberons, chauffe-biberon, stérilisateur, comprimés nécessaires à la stérilisation à froid, goupillon) (30). Le non allaitement est associé à un risque plus élevé de morbidité infantile et maternelle. Les études disponibles sous-estiment les économies faites en cas d'allaitement car ils n'incluent pas les coûts indirects liés à l'absentéisme au travail. Au niveau national, une économie de 2,7 millions d'euros par an pourrait être faite sur les seules dépenses liées aux pathologies des nourrissons de 0 à 6 mois (otites, infections respiratoires, diarrhées aiguës), dont la prévalence est statistiquement plus élevée en l'absence d'allaitement (30).

## 2. Étude qualitative

### 2.1. Principaux résultats

Dans notre étude, les deux principaux freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail sont le manque de temps pour tirer son lait ou allaiter ainsi que la diminution de la production de lait par les glandes mammaires. Peu de femmes ont discuté avec leur employeur et leurs collègues de leur projet. Le congé maternité est jugé beaucoup trop court pour pouvoir réaliser un allaitement optimal.

La motivation et l'anticipation de la reprise du travail par la mise en place d'une stratégie mûrement réfléchie sont les clefs de la réussite des femmes ayant réalisé un AME supérieur à 4 mois. Elles anticipent la reprise du travail en réalisant des provisions de lait au congélateur, allaitent à volonté aux moments opportuns, tirent leur lait pendant leurs pauses, diversifient précocement leur enfant et sollicitent l'aide du père.

### 2.2. Comparaison avec les données de la littérature

- Les freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail

Une étude qualitative du MidWest s'est intéressée aux freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail (31). Dans cette étude, le choix de poursuivre l'AME au travail est régi par trois conditions : la flexibilité dans l'organisation de l'emploi du temps, la présence d'un environnement adapté et la tolérance des employeurs et des collègues à réaliser des pauses supplémentaires pour tirer son lait dans de bonnes conditions. En ce qui concerne la flexibilité, selon l'article L1225-30 du Code du travail : « les femmes allaitantes disposent d'une heure par jour durant les heures de travail et ce, pendant une année entière à compter du jour de la naissance. » (27). L'article R1225-5 du Code du travail stipule que : « L'heure prévue à l'article L1225-30 dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi. La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord

entre la salariée et l'employeur. A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail. » (32). Cette période autorisée est souvent mise en œuvre de manière irréaliste et certaines femmes sont contraintes de tirer leur lait pendant les pauses déjeuner, les obligeant à choisir entre tirer son lait ou manger. Dans d'autres pays européens comme la Norvège, la Roumanie, la Bosnie et la Croatie, les femmes allaitantes bénéficient d'au moins deux heures par jour pendant 1 an pour tirer leur lait sur le lieu de travail (14).

En ce qui concerne l'environnement adapté pour tirer le lait, Brown et al. en 2001 ont révélé que lorsque les mères n'avaient pas de lieu dédié, elles tiraient leur lait dans les toilettes, approche associée au sevrage prématuré (33). Certains employeurs reconnaissent le besoin de sites privés appropriés, mais manquent d'espace et de ressources financières pour pouvoir fournir des zones de lactation adaptées. L'étude d'Abdulwadud de 2007 souligne l'importance de la communication entre employeur, employés et collègues, celle-ci pouvant faire défaut et être difficile à initier voir à maintenir (34). Ces difficultés peuvent être aggravées par des facteurs tels que l'âge, le sexe masculin et la position hiérarchique.

Dans notre étude, nous n'avons pas fait la distinction entre secteur public et privé. Certaines études ont révélé que le travail en secteur privé était davantage associé à un arrêt prématuré de l'allaitement maternel (11). Une autre étude soulignait le fait qu'un certain nombre d'employeurs de ce même secteur avait un avis négatif sur le soutien de l'allaitement maternel au travail estimant qu'il s'agissait d'une consommation gâchée du temps de travail et d'un fardeau financier dans la mise à disposition de locaux adaptés (35). En ce qui concerne le secteur public, la plupart des employeurs estimaient que la création d'un environnement favorable réduirait l'absentéisme au travail et que la poursuite de l'allaitement maternel améliorerait la performance des femmes au travail (35). Les enfants allaités sont 4 fois moins sujets aux pathologies infectieuses que les enfants non allaités pendant la première année de vie. Les femmes sont moins disponibles pour leur travail lorsqu'elles sont préoccupées par la santé de leur enfant malade (30). Quand la question est posée aux employeurs, la moitié d'entre eux ne savent pas comment faire pour aider les femmes allaitantes et

ont tenu les mères responsables de ne pas demander le soutien nécessaire (35). Les employeurs français souffriraient d'un manque d'information et de soutien dans l'accompagnement des mères allaitantes, le tout agrémenté de difficultés financières pour subvenir à la législation. Pourtant, en faisant activement la promotion de la lactation au travail, les employeurs pourraient jouer un rôle clé en augmentant les taux d'initiation et de poursuite de l'allaitement maternel, en réduisant l'absentéisme au travail, en améliorant le moral des employés et en augmentant la productivité (11,36).

- Les stratégies de réussite et les propositions d'amélioration

Lorsque les femmes ont élaboré des stratégies pour concilier allaitement maternel et travail, les difficultés potentielles ont été réduites au minimum. Le PNNS a mis à la disposition des femmes allaitantes un livret intitulé « Le Guide de l'Allaitement Maternel » (37) dans lequel les stratégies décrites par les mères allaitantes sont identiques à celles de notre étude :

- Anticiper la reprise en faisant un stock de lait au congélateur avant la reprise du travail ;
- Continuer à allaiter l'enfant matins, soirs et week-ends ;
- Tirer son lait au travail ou s'absenter pour aller le nourrir ;
- Trouver une garderie à proximité ;
- Matériel nécessaire au travail : tire-lait, réfrigérateur, matériel de stockage avec respect de la chaîne de froid ;
- Diversification précoce.

Il aurait été intéressant alors de savoir si elles avaient pris connaissance de ce document et par quel biais.

Les femmes ayant participé à notre étude auraient souhaité pouvoir bénéficier d'un congé supplémentaire « spécial allaitement ». Notre étude a montré que les femmes ayant plus de 2 enfants à charge, et donc un congé maternité plus long, pratiquaient un AME supérieur à 4 mois. La prolongation du congé maternité serait donc en faveur d'un AME prolongé.

Une étude réalisée en Malaisie en 2011 révèle que la prolongation du congé de maternité n'avait pas d'effet sur le maintien de l'allaitement (11). Une inactivité professionnelle supérieure à 6 mois serait un facteur de risque de dépression du post-partum (38). La prolongation du congé de maternité ne serait donc pas une solution idéale. A contrario, une durée de travail de moins de 19 heures par semaine serait associée à une plus grande probabilité de maintenir l'allaitement au sein, quel que soit le moment du retour au travail (9). Dans notre étude, les femmes ayant allaité 4 mois ou plus étaient celles ayant une plus grande flexibilité dans l'organisation de leur temps de travail. En Jordanie, 61,9 % des femmes ont estimé que le congé de maternité seul ne suffisait pas à établir un allaitement maternel efficace et durable (39).

### **3. Forces et limites de l'étude**

L'originalité de l'étude tient à l'approche qualitative du sujet. Une méthodologie qualitative par entretiens individuels permettrait une analyse plus fine de ces situations complexes. Il n'existe pas à l'heure actuelle d'essais contrôlés randomisés étudiant l'efficacité de tout type d'intervention au travail pour promouvoir l'allaitement maternel chez les femmes qui retournent travailler après la naissance d'un enfant (34).

En ce qui concerne la répartition de la population dans notre enquête, nous pouvons constater une sous-estimation de la population rurale. Selon l'INSEE, la notion d'unité urbaine repose sur la continuité du bâti (pas de coupure de plus de 200 mètres entre deux constructions) et le nombre d'habitants (au moins 2 000 habitants). N'ayant pas demandé le nom exacte des villes de résidence principale afin de respecter au mieux l'anonymat, nous avons défini une « zone urbaine » lorsque la somme des habitants de chaque groupement de ville était supérieure à 2 000 habitants, sur-estimant ainsi le monde urbain. Toutefois, les femmes issues du milieu rural, comparativement à leurs homologues urbaines, sont moins susceptibles d'initier et de poursuivre un allaitement maternel ce qui pourrait aussi expliquer cette sous-estimation (31).

S'agissant d'une enquête menée sur la base du volontariat, un biais de sélection a pu exister. Le sujet de notre étude avait été perçu avec une grande importance par les femmes puisque l'allaitement avait occupé une place cruciale dans leur vie. Une étude régionale de cohorte sur un an, incluant toutes les femmes volontaires des maternités du Puy-de-Dôme serait nécessaire pour pallier la faible puissance de notre étude et ainsi affirmer ou infirmer toutes nos conclusions.

## CONCLUSION

Cette étude originale menée dans le Puy de Dôme faisant état des facteurs favorisant et des freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail révèle que cette dernière n'est pas le principal obstacle à la poursuite de l'allaitement maternel. C'est l'intention initiale et la motivation des femmes qui semblent conditionner la durée totale de l'allaitement maternel exclusif. Parallèlement, l'environnement professionnel joue un rôle facilitateur dans la promotion et la poursuite de l'allaitement maternel. Malgré les textes inscrits dans le Code du Travail, notre étude montre que tous les moyens ne sont pas mis en œuvre de façon intuitive. La communication entre employeur-employée est un des déterminants d'une collaboration réussie afin de mettre en place des stratégies efficaces à la poursuite de l'allaitement maternel au travail.

L'information précoce dans le suivi de la grossesse délivrée par les professionnels de santé permettrait aux femmes d'anticiper et d'établir leur propre stratégie afin de concilier allaitement et travail. Des études complémentaires seraient nécessaires afin d'identifier les freins à la transmission des informations par les professionnels de santé et rechercher des moyens de communication adéquats pour promouvoir l'allaitement maternel.

Les Autorités doivent soutenir leurs entreprises par la mise en place de lieux et de matériels dédiés à l'allaitement maternel au travail, soutenir les professionnels de santé par la restructuration des programmes d'enseignement en formation initiale, soutenir les mères actives en allongeant la durée légale du congé maternité comme nos homologues européens et enfin leur offrir une flexibilité plus importante dans l'organisation de leur temps de travail pendant une période donnée.

Pierre CLAVELOU  
Doyen-Directeur



Val président  
6/2009/2012

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, TURCK D, VIDAILHET A, DARMAUN D, DUPONT C, FRELUT M-L, et al. Breastfeeding: health benefits for child and mother. 2013;20:s29-48.
2. OMS | L'allaitement maternel [Internet]. [cité 27 sept 2018]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/facts/fr/>
3. Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie. Allaitement maternel: Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère [Internet]. Programme National Nutrition Santé - Ministère de la Santé; 2005. Disponible sur: <http://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/SyntheseAllaitement.pdf>
4. SALANAVE B, DE LAUNAY C, BOUDET-BERQUIER J, CASTETBON K. Durée de l'allaitement maternel en France (EPIFANE 2012-2013). Bull épidémiol hebdomadaire [Internet]. 2014; Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014\\_27\\_2.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2014/27/2014_27_2.html)
5. WAGNER S, KERSUZAN C, TICHIT C, NICKLAUS S, GEAY B. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE. Bull Epidémiol Hebdomadaire [Internet]. 2011; Disponible sur: [http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015\\_29\\_1.html](http://www.invs.sante.fr/beh/2015/29/2015_29_1.html)
6. CESAR C. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique - Déterminants sociaux de l'allaitement. INPES.
7. HUET F, MAIGRET P, ELIAS-BILLON I, ALLAERT FA. Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif. J Pédiatrie Puériculture. 2016;
8. JOHNSTON ML, ESPOSITO N. Barriers and facilitators for breastfeeding among working women in the United States. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs JOGNN. févr 2007;36(1):9-20.
9. XIANG N, ZADOROZNYJ M, TOMASZEWSKI W, MARTIN B. Timing of Return to Work and Breastfeeding in Australia. Pediatrics. juin 2016;137(6).
10. BASROWI RW, SULISTOMO AB, ADI NP, VANDENPLAS Y. Benefits of a Dedicated Breastfeeding Facility and Support Program for Exclusive Breastfeeding among Workers in Indonesia. Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr. juin 2015;18(2):94-9.
11. AMIN RM, SAID ZM, SUTAN R, SHAH SA, DARUS A, SHAMSUDDIN K. Work related determinants of breastfeeding discontinuation among employed mothers in Malaysia. Int Breastfeed J. 22 févr 2011;6(1):4.
12. INSERM, EPOPE, DREES. Enquête Nationale Périnatale - Rapport 2016: les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. 2016.
13. INSERM. Enquête de périnatalité 2010 - Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai. Report No.: U.953.

14. MICHEL M. Suivi Régulier de l'enfant de 0 à 6 ans en Midi-Pyrénées: généraliste, pédiatre ou PMI? TOULOUSE III; 2013.
15. Étude 2016 : l'usage du numérique en France [Internet]. Blog du Modérateur. 2016 [cité 13 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.blogdumoderateur.com/barometre-numerique-france-2016-credoc/>
16. CODE PENAL - Article 226-13. Code pénal.
17. CODE PENAL - Article 226-14. Code pénal.
18. HSIEH FY, BLOCH DA, LARSEN MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med. 30 juill 1998;17(14):1623-34.
19. GREEN SB. How Many Subjects Does It Take to Do a Regression Analysis? Multivar Behav Res. 1991;26(3):499-510.
20. INSEE. Structure de la population active (15 à 64 ans) par catégorie socioprofessionnelle en 2015 [Internet]. [cité 3 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012721>
21. EUROPERISTAT. European Perinatal health report: Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [Internet]. 2013. Disponible sur: <http://www.europeristat.com>
22. Déclaration Innocenti sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Italie; 2005.
23. WHALEY SE, MEEHAN K, LANGE L, SLUSSER W, JENKS E. Predictors of breastfeeding duration for employees of the Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC). J Am Diet Assoc. sept 2002;102(9):1290-3.
24. THOMAS-JACKSON SC, BENTLEY GE, KEYTON K, REIFMAN A, BOYLAN M, HART SL. In-hospital Breastfeeding and Intention to Return to Work Influence Mothers' Breastfeeding Intentions. J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc. 4 août 2015;
25. WORD ALLIANCE FOR BREASTFEEDING ACTION W. State of Maternity Protection by Country. 2015.
26. ASSURANCE MALADIE - Service médical Auvergne. Congé maternité [Internet]. [cité 22 août 2018]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/conge-maternite>
27. Code du travail - Article L1225-30. Code du travail.
28. DIXIT A, FELDMAN-WINTER L, SZUCS KA. « Frustrated, » « depressed, » and « devastated » pediatric trainees: US academic medical centers fail to provide adequate workplace breastfeeding support. J Hum Lact Off J Int Lact Consult Assoc. mai 2015;31(2):240-8.
29. DUN-DERY EJ, LAAR AK. Exclusive breastfeeding among city-dwelling professional working mothers in Ghana. Int Breastfeed J. 2016;11(1):23.

30. TURCK D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel: « Plan d'action : Allaitement maternel » [Internet]. 2010 [cité 8 juill 2016]. Disponible sur: [http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Plan\\_daction\\_allaitement\\_Pr\\_D\\_Turck.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf)
31. MAJEE W, JEFFERSON UT, GOODMAN LR, OLSBERG JE. Four Years Later: Rural Mothers' and Employers' Perspectives on Breastfeeding Barriers Following the Passage of the Affordable Care Act. *J Health Care Poor Underserved*. 2016;27(3):1110-25.
32. CODE DU TRAVAIL - Article R1225-5. Code du travail.
33. BROWN CA, POAG S, KASPRZYCKI C. Brown et al. *J Hum Lact* 17(1), 2001 *J Hum Lact* 17(1), 2001 Breastfeeding Support in the Work-place Exploring Large Employers' and Small Employers' Knowledge, Attitudes, and Practices on Breastfeeding Support in the Workplace.
34. ABDULWADUD. Interventions in the workplace to support breastfeeding for women in employment. *The Cochrane Library - Wiley Online Library*. 2007;
35. SOOMRO JA, SHAIKH ZN, SAHEER TB, BIJARANI SA. Employers' perspective of workplace breastfeeding support in Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J*. 2016;11(1):24.
36. DAGHER RK, McGOVERN PM, SCHOLD JD, RANDALL XJ. Determinants of breastfeeding initiation and cessation among employed mothers: a prospective cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 29 juill 2016;16(1):194.
37. INPES. *Le Guide de l'Allaitement Maternel*. 2009.
38. WALBURG V. Une comparaison de mères françaises et allemandes en matières d'allaitement, de travail et de féminisme [Thèse doctorat]. [France]: Ruhr-Universität;
39. ALTAMIMI E, AL NSOUR R, AL DALAEN D, ALMAJALI N. Knowledge, Attitude, and Practice of Breastfeeding Among Working Mothers in South Jordan. *Workplace Health Saf*. 28 oct 2016;

# **ANNEXES**

## ANNEXE I - LETTRE D'INFORMATIONS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ



### ETAT DES LIEUX DES FACTEURS FAVORISANT ET FREINANT LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À LA REPRISE DU TRAVAIL: UNE ETUDE OBSERVATIONNELLE DANS LE PUY-DE-DOME. ETUDE « WORK-EAT BABY »

Chers Confrères et Chères Consoeurs,

Vous allez être, très prochainement, contacté par téléphone par **Maylis ATTANASIO**, interne de médecine générale dans le cadre de sa thèse de médecine générale sur l'allaitement maternel, car vous venez d'être tiré au sort pour participer à son étude.

A notre connaissance, aucune étude n'a pour le moment étudié les déterminants du succès d'un allaitement maternel exclusif ou non, chez des femmes en activité professionnelle.

L'objectif de cette étude est **d'identifier les pratiques et les facteurs facilitateurs/ bloquants de l'allaitement maternel au travail.**

Cette étude s'adresse aux femmes ayant un enfant âgé entre 4 et 9 mois révolu, ayant allaité, repris le travail et résidant dans le département du Puy de Dôme.

Cette enquête s'étendra **du 1 janvier 2018 au 30 juin 2018.**

Si vous l'accepté, votre rôle sera de :

- **laisser en accès libre, en salle d'attente et/ou dans votre bureau, affiche et flyers** contenant le lien internet et flash-code du questionnaire en ligne auquel la patiente peut se rendre librement à tout moment.
- laisser exposer les informations **pendant 6 mois.**

Il s'agit d'une enquête publique, l'accès au questionnaire sera autorisé si la patiente répond aux critères d'inclusion résumés dans un pré-test en ligne : vous n'avez donc pas à vous soucier des critères d'inclusion !

Si vous désirez des informations supplémentaires sur l'étude, vous pouvez contacter l'interne en charge du projet à l'adresse mail : [maylis.attanasio@etu.uca.fr](mailto:maylis.attanasio@etu.uca.fr), ainsi que sa directrice de thèse le Dr Aurélie CABAILLOT : [aurelie.cabailot@udamail.fr](mailto:aurelie.cabailot@udamail.fr).

Quoi qu'il en soit, vous recevrez un appel téléphonique dans les prochains jours pour confirmer ou infirmer votre participation à l'étude.

Nous vous remercions pour l'intérêt que vous portez à notre projet et nous vous remercions pour votre future participation.

Bien Confraternellement,



**CHU CLERMONT FERRAND** **UCA UNIVERSITÉ Clermont Auvergne** **DMG**

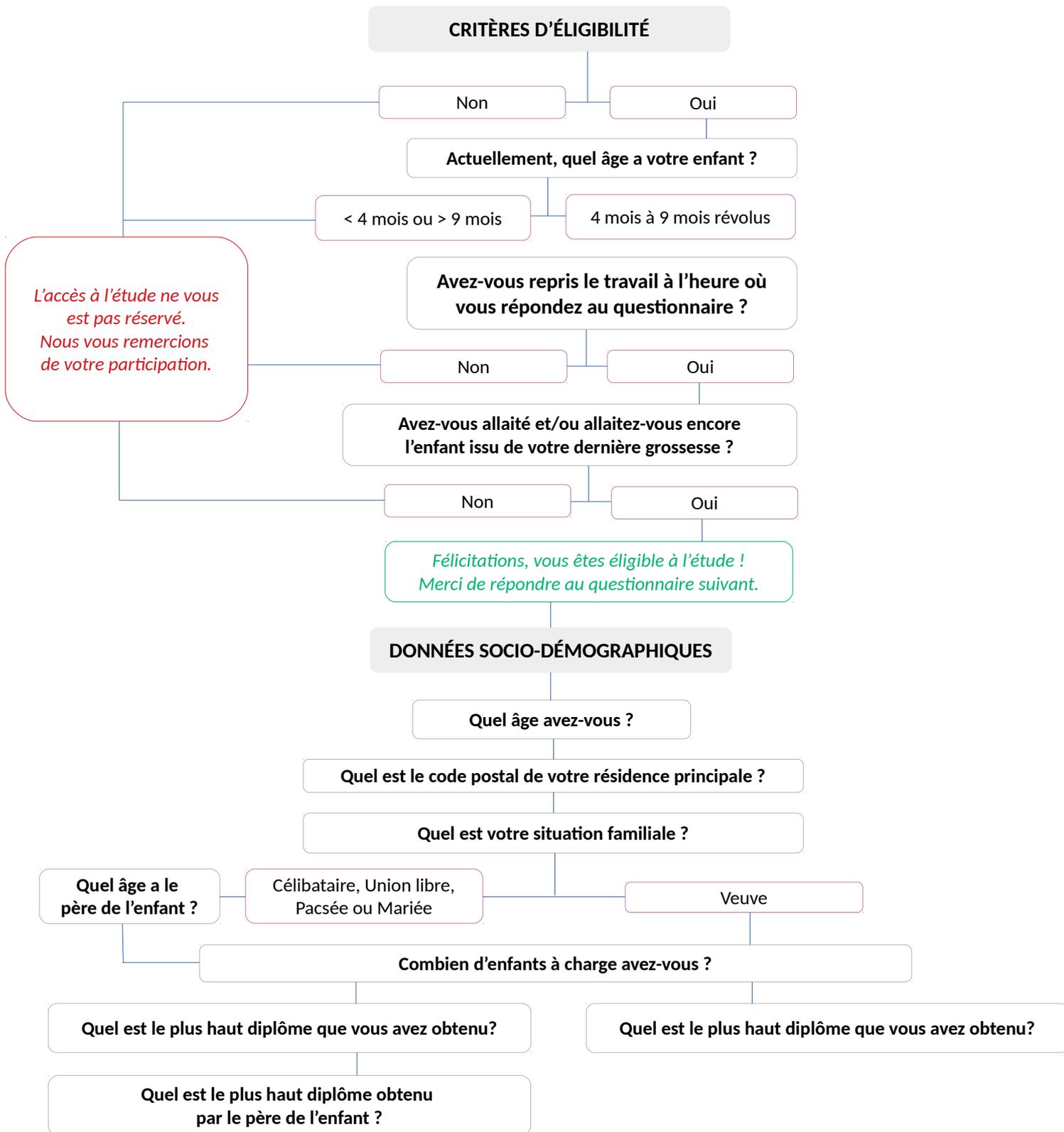
*Projet de thèse pour le  
Doctorat de Médecine Générale*

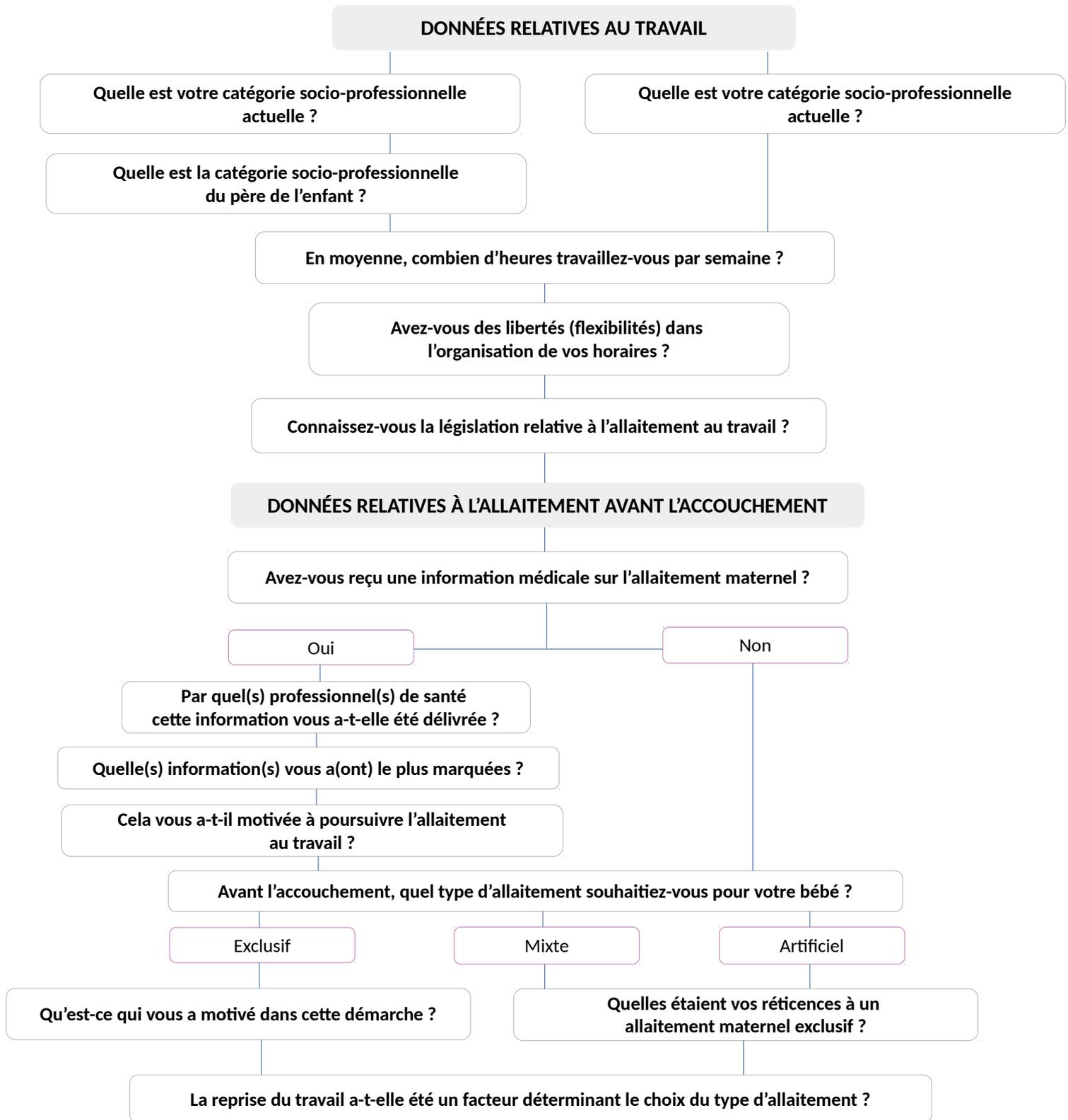
# ALLAITEMENT et REPRISE DU TRAVAIL

*Votre expérience nous intéresse !*  
*Rendez-vous sur le lien suivant*  
<https://redcap.chu-clermontferrand.fr/surveys/?s=D4WYDJC4LK>



## ANNEXE III - PLAN INFORMATIQUE DU QUESTIONNAIRE EN LIGNE





## DONNÉES RELATIVES À L'ALLAITEMENT APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Quel type d'allaitement avez-vous réalisé après l'accouchement ?

*Si changement d'avis*

Enfin, vous n'avez pas réalisé le type d'allaitement souhaité pendant votre grossesse.  
Pourquoi ?

## DONNÉES RELATIVES À L'ALLAITEMENT À LA REPRISE DU TRAVAIL

A la reprise du travail, votre enfant était âgé de ...

Quel type d'allaitement réalisiez-vous à la reprise du travail ?

Exclusif

Mixte

Artificiel

Au total, combien de temps avez-vous allaité exclusivement ?

≥ 4 mois

< 4 mois

Expliquez-nous quelles stratégies  
avez-vous mis en place pour  
concilier allaitement maternel  
exclusif et travail ?

Quels ont été, pour vous,  
les freins à la poursuite de  
l'allaitement maternel au travail ?

La reprise du travail a-t-elle été  
responsable de l'arrêt de  
l'allaitement maternel ?

Oui

Non

Quelles étaient alors les raisons de  
l'arrêt de l'allaitement ?

Quels conseils donneriez-vous à une future maman qui souhaite poursuivre  
l'allaitement en reprenant le travail ?

Si, à l'issue du congé maternité prévu par l'assurance maladie, il existait  
un congés supplémentaire « spécial allaitement », le prendriez-vous ?

Si, à l'issue du congé maternité prévu par l'assurance maladie, il vous était possible  
de prendre un « congé parental », l'auriez-vous pris ?

Oui

Non

L'auriez-vous pris afin de  
poursuivre l'allaitement plus longtemps ?

Si vous souhaitez vous exprimer sur le sujet, c'est ici :

## SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISCIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**ATTANASIO Maylis, Christiane, Louise**

**Etat des lieux des facteurs favorisant et des freins à la poursuite de  
l'allaitement maternel à la reprise du travail**

*Une étude observationnelle menée dans le Puy de Dôme.*

TH Médecine - Clermont-Ferrand - 2018

**RÉSUMÉ**

**Contexte.** L'Organisation Mondiale de la Santé recommande un allaitement maternel exclusif (AME) pendant 6 mois. L'objectif de l'étude était d'identifier les facteurs facilitant et freinant la poursuite de l'AME.

**Méthodes.** Etude transversale descriptive quali-quantitative menée aux cabinets de médecins généralistes et pédiatres du Puy-de-dôme (PdD). Étaient incluses les femmes résidant dans le PdD, ayant repris leur travail et allaitant de façon exclusive ou mixte un enfant ayant 4 à 9 mois révolus. Les critères sociologiques, la prévalence de l'AME et les facteurs facilitant et freinant la poursuite de l'AME à la reprise du travail étaient étudiés.

**Résultats.** Quarante femmes ont été recrutées, âgées de 31,8 ans en moyenne, citadines, ayant un enfant et un niveau supérieur à Bac+2. Les catégories socio-professionnelles majoritairement représentées étaient les cadres et employées travaillant moins de 35 heures ou entre 36-48 heures. La prévalence de l'AME supérieure à 4 mois était de 80 % et concernait les cadres et employés flexibles dans leur temps de travail, ayant deux enfants ou plus. Le choix initial du type d'allaitement n'était pas influencé par l'anticipation de la reprise du travail ( $p = 0,004$ ). Les difficultés rencontrées étaient le manque de temps au travail, une production de lait insuffisante, une pièce inadaptée au tirage, à la conservation et au stockage du lait. Les femmes anticipaient la reprise du travail en réalisant des provisions de lait au congélateur, elles allaitaient à volonté aux moments opportuns, tiraient leur lait pendant leurs pauses, diversifiaient précocement leur enfant et sollicitaient l'aide du père.

**Conclusion.** Bien que la prévalence de l'AME dans le PdD soit surestimée dans cette étude, la motivation initiale des femmes conditionnerait la durée totale de l'AME. L'environnement professionnel, l'information médicale et la prolongation du congé maternité joueraient un rôle important dans la poursuite de l'AME.

**MOTS-CLÉS :** Allaitement maternel. Allaitement maternel exclusif. Retour au travail. Médecins Généralistes. Pédiatres.

**JURY :**

Président :

Monsieur Gilles CLEMENT, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Membres :

Monsieur André LABBÉ, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Monsieur Frédéric DUTHEIL, Professeur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Madame Christelle GROBOST, Docteur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

Madame Aurélie CABAILLOT, Docteur, Faculté de médecine de Clermont-Ferrand

**DATE DE SOUTENANCE :** Lundi 22 octobre 2018