

Influences contextuelles du maintien de l'allaitement après la reprise du travail en France

Faustine Duflot, Sylvie Erpeldinger, Marie Flori, Sylvie Deplace, Frédéric Zorzi

DANS **SANTÉ PUBLIQUE** 2024/4 vol. 36, PAGES 33 À 42
ÉDITIONS **S.F.S.P.**

ISSN 0995-3914

DOI 10.3917/spub.244.0033

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://stm.cairn.info/revue-sante-publique-2024-4-page-33?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour S.F.S.P..

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Influences contextuelles du maintien de l'allaitement après la reprise du travail en France

Contextual influences on continued breastfeeding after returning to work in France

Faustine Duflot¹, Sylvie Erpeldinger², Marie Flori³, Sylvie Deplace⁴, Frédéric Zorzi⁵

➔ Résumé

Introduction : Les durées d'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe. Le travail est le premier motif de sevrage une fois l'allaitement en place. Les effets bénéfiques dose-dépendants imposent de soutenir les mères qui souhaitent poursuivre l'allaitement après la reprise de l'activité professionnelle.

But de l'étude : Synthèse narrative d'études scientifiques, françaises et occidentales sur les influences contextuelles du maintien de l'allaitement au travail pour mieux appréhender la situation française.

Résultats : Les publications sur le maintien de l'allaitement en France ou au travail étaient rares. Reprendre le travail avant seize semaines était un facteur de sevrage stable. Peu d'études s'intéressaient aux co-parents lors du retour au travail des mères allaitantes. La durée normative de l'allaitement semblait être celle du congé post-natal. La conciliation allaitement et travail était difficile. Le lieu de travail était un environnement social influent propice à des aménagements efficaces. Une consultation, avec un professionnel formé, pour anticiper l'allaitement au travail semblait pertinente. L'accompagnement de l'allaitement en garde d'enfants semblait insuffisant.

Conclusions : Cette exploration des obstacles à l'allaitement au travail est une première étape motivant la mise en place de politiques inclusives en France. L'allaitement nécessite une participation active de la société.

Mots-clés : Allaitement maternel ; Reprise du travail ; Garde d'enfants ; Congé maternité ; Congé paternité ; Professionnel de santé

➔ Abstract

Introduction: Breastfeeding durations in France are among the lowest in Europe. Work is the primary reason for weaning once breastfeeding is in place. The dose-dependent benefits of breastfeeding make it necessary to support mothers who wish to continue breastfeeding after returning to work.

Purpose of the research: A narrative synthesis of French and Western scientific studies on the contextual influences of continued breastfeeding at work in order to better understand the French situation.

Results: Publications on continued breastfeeding in France or at work were rare. Returning to work before 16 weeks was a stable weaning factor. Few studies have looked at co-parents when breastfeeding mothers return to work. The normative breastfeeding duration seemed to be that of post-natal leave. Reconciling breastfeeding and work was difficult. The workplace was an influential social environment conducive to effective accommodations. Consultation with a trained professional to anticipate breastfeeding at work seemed relevant. Support for breastfeeding in childcare seemed insufficient.

Conclusions: This assessment of barriers to breastfeeding at work in France is a first step in encouraging the development of inclusive policies. Breastfeeding requires active participation from society.

Keywords: Breastfeeding; Return to work; Childcare; Maternity leave; Paternity leave; Health professional

¹ Médecin généraliste.

² Professeur de médecine générale, coordonnatrice du DES de médecine générale, Lyon, France.

³ Professeur de médecine générale, Lyon, France.

⁴ Maître de conférences associé de médecine générale, Lyon, France.

⁵ Maître de conférences associé de médecine générale, Lyon, France.

Introduction

Les bienfaits de l'allaitement maternel (AM) sur la santé de l'enfant et de la mère sont reconnus dans la littérature scientifique. Ils sont proportionnels à la durée de l'AM et à son caractère exclusif. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande l'AM exclusif pendant les six premiers mois de l'enfant puis en complément de la diversification jusqu'à au moins 2 ans.

Les taux d'allaitement en France sont parmi les plus faibles d'Europe, en initiation comme en durée [1]. La médiane de tout AM en France est d'environ 4 mois (15 semaines) et de 24 jours en exclusif. 74 % des mères allaitent à la maternité, 18,5 % à la reprise du travail [2]. D'après la nouvelle enquête nationale de périnatalité Epifane, débutée en 2021, les taux d'AM à la maternité stagnent. Les résultats du suivi à 1 an sont en cours. Depuis 2005, chaque programme national nutrition-santé (PNNS) réitère un plan de promotion de l'allaitement pour augmenter le taux d'initiation et allonger de deux semaines la durée médiane [3]. Les mesures proposées se concentrent sur la maternité et les premières semaines du post-partum sans inclure les cas de sevrages plus tardifs.

Dans les études françaises, le retour au travail (RAT) apparaît comme le premier motif de sevrage une fois l'AM en place, responsable d'un quart à la moitié des arrêts à 3 ou 4 mois [4-5]. Le moment de la reprise du travail, par la durée du congé maternité, est largement étudié. Cette période charnière dépend aussi de l'environnement professionnel, familial et sociétal des mères.

Aucune étude n'a expliqué l'effet que ces facteurs pourraient avoir sur l'allaitement à la reprise de l'activité professionnelle dans le contexte français. Le rapport de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) sur l'allaitement, en 2014, s'intéressait peu au retour au travail [6]. L'objectif était d'appréhender la situation française en synthétisant les connaissances scientifiques déjà existantes dans les pays occidentalisés sur les déterminants extrinsèques du maintien de l'allaitement au travail.

Matériels et méthodes

Le faible nombre d'articles sur le maintien de l'AM à la reprise du travail a abouti à une recherche par thèmes. Cette revue narrative a analysé l'influence sur la poursuite

de l'allaitement après RAT de la durée du congé maternité, des conditions de travail, du statut socio-économique, de la présence du co-parent, de l'habitude culturelle, de l'accompagnement par les soignants et de la garde d'enfants. Les études portant sur le maintien de l'allaitement après 3 mois étaient sélectionnées pour en extraire les données ciblant le RAT.

Les bases de données BDSP, Cismef, Sudoc, Pubmed, Cochrane et CERDAM ont été examinées, par un seul examinateur, avec les mots-clés suivants : allaitement maternel, reprise du travail, droit du travail, garde d'enfants, congé maternité, congé paternité, professionnel de santé. L'analyse a été élargie aux articles cités ou référencés dans les études retenues. Compte tenu du sujet, la recherche a été complétée par des supports destinés aux mères ou aux professionnels de santé, et des rapports d'organismes publics. La recherche bibliographique a été clôturée le 30 mars 2022.

Si le titre de l'étude correspondait au sujet et aux critères de sélection, le résumé était lu. Si ce dernier paraissait pertinent, l'étude était retenue (figure 1).

Les informations pouvaient être issues d'études qualitatives ou quantitatives pour collecter les points de vue des personnes concernées et les faits établis scientifiquement. Les études à plus haut niveau de preuve étaient prioritaires. Les études non publiées issues de thèses ou de mémoires étaient intégrées en cas de données manquantes autrement. Les données datant de moins de dix ans étaient privilégiées. En l'absence de publications récentes, des sources antérieures étaient retenues. Les articles français sur le sujet étaient prioritaires. Des articles étrangers étaient sélectionnés si nécessaire. Le contexte politique, social et économique interférant dans les résultats des études, l'extrapolation entre pays a été limitée aux pays développés avec une culture occidentalisée. Lorsque les résultats divergeaient, soit une tendance générale pouvait être mentionnée, soit la discordance était signalée.

Résultats

35 études ont été incluses (tableau I).

Influence du retour au travail :

La durée intentionnelle d'allaitement est significativement liée à la perspective du RAT [7-8]. Dans une étude

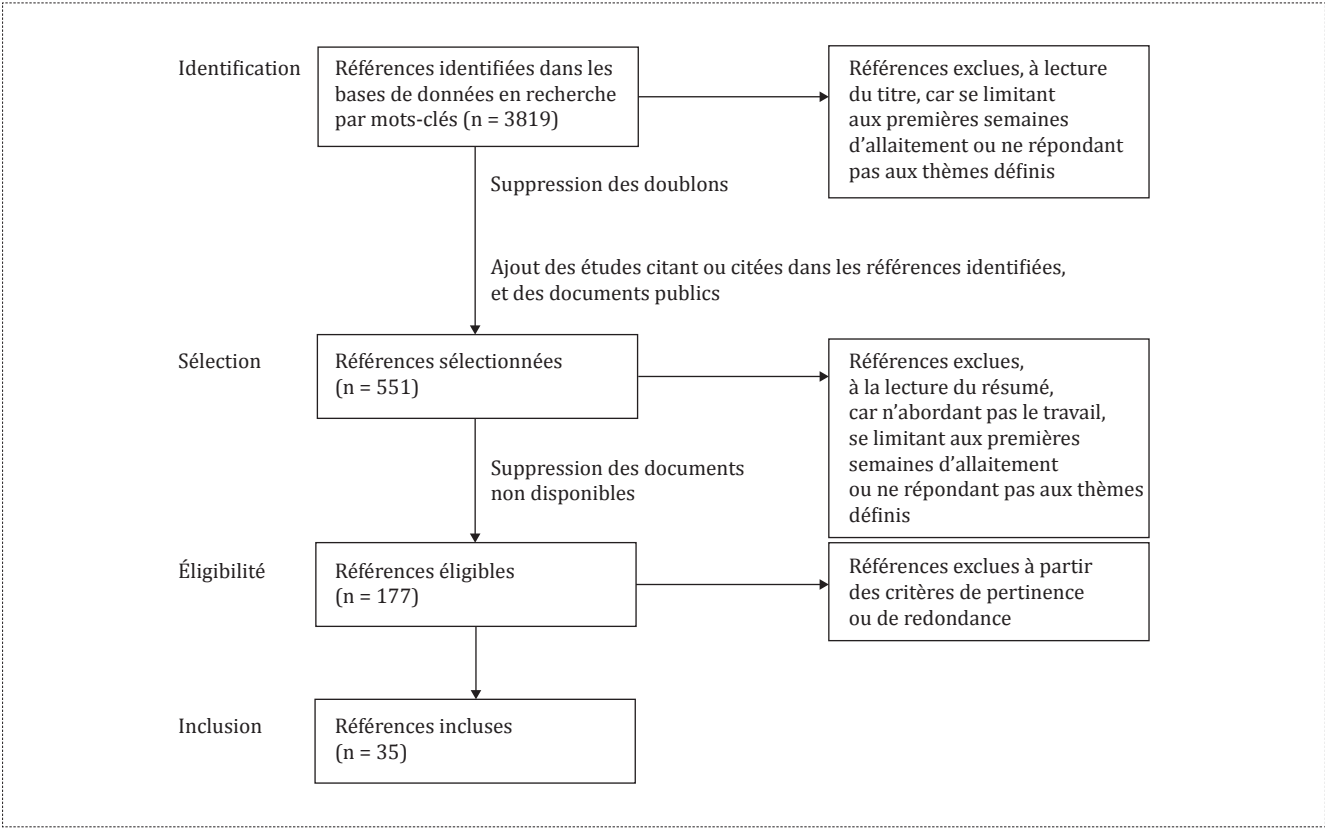


Figure 1 : Diagramme de flux.

Tableau I : Caractéristiques des études sélectionnées.

	Auteurs	Pays, date	Schéma
Études quantitatives	InVS [2]	France, 2016	3 368 mères issues de la cohorte nationale Epifane, étude analytique
	DRASS [4]	France, 2008	701 mères, étude analytique
	INPES [5]	France, 2010	Échantillon national de 1 008 mères, étude descriptive
	Thomas-Jackson SC [7]	États-unis, 2016	160 mères à la maternité, étude analytique
	Menu-Guillemain P [8]	France, 2017	141 mères à la maternité, étude descriptive et analytique (Diplôme d'État de sage-femme, étude non publiée)
	CoFAM [9]	France, 2014	Échantillon national de 1833 mères, étude descriptive
	De Lauzon-Guillain B [11]	France, 2019	Plus de 18 300 enfants issus de la cohorte nationale ELFE, étude analytique
	Bonet M [12]	France, 2013	1 339 mères issues de la cohorte EDEN, étude analytique
	Hawkins SS [14]	Royaume-Uni, 2007	6 917 mères issues de la cohorte nationale Millennium, étude analytique

	Auteurs	Pays, date	Schéma
	Wagner S [15]	France, 2015	Plus de 18 300 enfants issus de la cohorte nationale ELFE, étude analytique
	Van Niel MS [16]	États-unis, 2020	Revue systématique occidentale sur 26 études
	Mandal B [17]	États-unis, 2010	1 470 mères issues de la cohorte nationale Infant Feeding Practices Study II, étude analytique
	Xiang N [18]	Australie, 2016	Échantillon national de 2 300 mères, étude analytique
	Souare H [22]	France, 2018	270 mères, étude descriptive (Thèse de pharmacie, étude non publiée)
	Heymann J [26]	États-unis, 2013	182 pays, étude analytique
	Cabon-Asencio N [30]	France, 2005	100 médecins généralistes, étude descriptive (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Pinchard S [32]	France, 2012	146 médecins généralistes, étude descriptive (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Association Naître & Grandir en Languedoc-Roussillon [33]	France, 2010	166 structures d'accueil du jeune enfant, étude descriptive
	Gislard H [35]	France, 2019	86 structures d'accueil du jeune enfant, étude descriptive (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Pearce A [37]	Royaume-Uni, 2012	18 050 enfants issus de la cohorte nationale Millennium, étude analytique
Études quantitatives et qualitatives	Attanasio M [10]	France, 2014	32 mères ayant allaité 4 mois ou plus et 8 mères ayant sevré avant, étude analytique (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Johnston ML [14]	États-unis, 2007	Revue systématique américaine sur 20 études
	Meek JY [19]	États-unis, 2001	Revue narrative mondiale sur 63 études
	Vilar-Compte M [23]	Mexique, 2021	Revue systématique mondiale sur 37 études
	Hirani SA [24]	Pakistan, 2013	Revue systématique mondiale sur 50 études
	Hilliard ED [25]	États-unis, 2017	Revue systématique américaine sur 11 études
	Kurth-aviles L [29]	France, 2006	84 médecins généralistes et 122 mères, étude descriptive (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Dieterich R [35]	États-unis, 2020	Revue systématique mondiale sur 16 études
Études qualitatives	Bonetto-Cadore S [20]	France, 2015	19 mères qui envisagent de reprendre le travail et de poursuivre l'allaitement (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Marin H [21]	France, 2018	20 mères ayant une expérience d'allaitement prolongé (Diplôme d'État de sage-femme, étude non publiée)
	Ruyssen M [31]	France, 2018	10 médecins généralistes (Thèse de médecine, étude non publiée)

	Auteurs	Pays, date	Schéma
Autres	INSERM [6]	France, 2014	Rapport d'expertise sur des pays développés
	Delbru B [27]	France, 2006	Élaboration d'un document d'information, selon la méthode de la Haute Autorité de santé, à destination des employeurs, sur les avantages à concilier allaitement maternel et travail (Thèse de médecine, étude non publiée)
	Commission mandatée par le ministère de la Santé et des Solidarités [28]	France, 2020	Rapport d'expertise sur la situation française
	CoFAM [36]	France, 2014	Comparatif de brochures sur l'allaitement maternel à la reprise du travail

française, les mères reprenant le travail avant 4 mois préférèrent sevrer à la reprise. Après 4 mois, elles envisagent davantage de concilier allaitement et travail [4]. En France, la majorité des mères jugent la durée du congé maternité trop courte pour réaliser leur projet d'allaitement [5, 9-10]. Dans la cohorte française Elfe, un congé maternité postnatal d'au moins 13 semaines est associée à une moindre probabilité d'allaitement inférieur à 3 mois pour un premier enfant [11]. La reprise du travail avant 4 mois est un facteur de risque de sevrage stable dans les autres grandes cohortes françaises, Epifane et Eden, et dans la cohorte anglaise Millennium [2, 12-13]. Plus les mères retardent leur reprise, plus elles sont susceptibles de poursuivre l'allaitement à 4 mois ou au RAT [12-14]. Dans la cohorte Elfe, un arrêt post-natal d'au moins 19 semaines est associé à des durées d'allaitement plus longues et un arrêt d'au moins 25 semaines est associé à une augmentation des allaitements supérieurs à 6 mois [11, 15]. Huit études observationnelles suggèrent une relation positive entre la durée de l'allaitement et la durée du congé maternité post-natal [16]. Les études sur le maintien de l'AM en fonction du temps de travail sont discordantes. Lors d'un RAT après 3 à 4 mois, le temps partiel est systématiquement lié à des durées d'allaitement plus longues, comparativement au temps plein [17-19]. La reprise précoce à temps partiel semble positivement associée à la durée d'allaitement par rapport au temps plein [17-18]. Elle reste quand même souvent un facteur de risque de sevrage [12, 17, 19]. Deux études notent une relation linéaire inverse entre le nombre d'heures travaillées et la probabilité de maintenir l'allaitement [13, 19]. Les mères appréhendent moins le RAT si elles reprennent à temps partiel [8].

Les Françaises redoutent la conciliation travail-allaitement : « *compliqué, difficile, stress, peur, incapable* » [4, 20-21]. Les sevrages augmentent au moment du RAT et

dans le mois suivant [2, 6, 14, 19, 22]. Dans l'enquête Epifane, 25 % des mères qui tentent la conciliation sevrer dans le premier mois après la reprise [2]. Un environnement professionnel inadapté est fréquemment incriminé [4, 6, 20, 22]. Dans un questionnaire de la Coordination française pour l'allaitement maternel (CoFAM), sur 1 833 mères en 2014, 55 % jugent difficile de tirer leur lait au travail [9]. Dans une autre étude française, c'est la plus grande difficulté pour concilier allaitement et travail [22].

Les études s'intéressent peu aux conditions de travail de chaque secteur professionnel. En France, les mères plus modestes, avec un emploi intermédiaire ou ouvrier, jugent la durée du congé maternité encore plus décisive pour l'allaitement que les autres mères [5]. Malgré le coût des préparations pour nourrisson, elles poursuivent moins l'allaitement au RAT que les gestionnaires ou les cadres [2]. Les salariées poursuivent moins l'allaitement au RAT que les travailleuses indépendantes, avec une certaine flexibilité horaire [2].

Les pauses d'allaitement, ou la flexibilité des horaires, sont positivement associées à la durée de l'allaitement [13, 23-25]. Les pays garantissant des pauses rémunérées pendant 6 mois ont des taux d'allaitement exclusif à 6 mois significativement plus hauts en modèle multivarié [26]. Les Françaises invoquent le manque de temps [10, 20]. 29 % bénéficient d'une heure quotidienne d'allaitement « *sans problème* » [9]. Certaines déplorent des répercussions professionnelles, ou un refus de l'employeur [8-9, 21]. L'utilisation d'une salle de lactation a tendance à augmenter la durée de l'AM [23-25]. Tirer son lait dans les toilettes est associé à un sevrage prématuré dans six études [14]. En France, d'après les mères, les conditions matérielles ne permettent pas d'allaiter au travail [10, 20-21]. Moins de la moitié déclarent avoir un lieu confortable pour tirer leur lait [9]. Les programmes complets, combinant différents soutiens de l'AM au travail,

sont liés à des durées de conciliation plus longues [24-25]. Une étude suggère un effet dose-réponse : plus il y a de soutiens sur le lieu de travail, plus les mères poursuivent l'allaitement [25].

Certains employeurs sont réticents [14, 23]. Dans une enquête française de 2006, ils perçoivent globalement l'AM au travail comme une contrainte et n'y voient pas leur intérêt [27]. Les sensibiliser à l'AM semble favoriser l'adaptation du lieu de travail et l'accueil des collègues allaitantes [14, 23-24]. Les mères évitent la discussion avec eux par un *a priori* négatif sur leurs représentations socio-culturelles [4, 10, 19-20]. Plus d'une femme sur 3 refuse d'aborder le sujet ou a peur des répercussions [9]. Certaines mères ignorent leurs droits sur les pauses ou les espaces d'allaitement [8-9, 20].

Influence de l'entourage :

En France, les chiffres témoignent du caractère inhabituel de l'AM après le RAT, 13,7 % de toutes les mères conciliant les deux plus d'un mois [2]. Les études sur le vécu des mères allaitant au travail révèlent leur stigmatisation sociale [14, 20-21]. Dans une étude française, elles soulignent l'importance d'ignorer le regard des autres, dont celui des collègues [10].

Le soutien des collègues et des supérieurs est associé au maintien de l'AM au travail en renforçant le sentiment d'auto-efficacité des mères [6, 14, 22-23].

Les co-parents semblent être la principale source de soutien lors du RAT [20, 22]. Leur soutien semble associé au maintien de l'allaitement au travail [8, 14, 20]. Ils apportent un soutien moral, participent aux activités d'allaitement et gèrent les tâches domestiques (contraintes ménagères et administratives, soins aux aînés, etc.) [22]. En France, environ 70 % des pères font valoir leur droit au congé paternité [28]. Aucune étude ne s'intéresse à l'effet du congé paternité sur le maintien de l'AM au travail.

La reproductibilité inter et intra-générationnelle des modèles d'allaitement, y compris l'exemple de collègues, est associée au maintien de l'allaitement au RAT [14]. Les classes sociales aisées et les populations immigrées (après ajustement économique), qui allaitent davantage au RAT, témoignent de l'existence d'influences communautaires [2, 6, 13].

Influence des professionnels :

Dans les études françaises, les médecins généralistes sont peu sollicités pour l'allaitement au RAT [29-30]. Les

mères et les professionnels s'accordent sur le besoin d'informations pour préparer la reprise du travail [8, 22, 31]. Dans une étude analysant l'effet des soutiens en entreprise, la consultation au RAT est positivement liée au taux d'allaitement à 6 mois [25]. Donner des conseils au RAT, sans être formé, peut être inefficace voire délétère [14]. En France, les soignants semblent manquer de connaissances sur l'allaitement au travail [32]. Ils perçoivent l'effet négatif du travail sur l'AM, et certains les pensent incompatibles [30-32]. La prolongation du congé maternité par un arrêt maladie est fréquemment proposée ou demandée pour maintenir l'allaitement [29-30]. Le sevrage est parfois conseillé lors du RAT [29-31]. Outre les compétences médico-techniques et l'approche centrée patient, ils évoquent le conseil minimal et l'entretien motivationnel : « Vous allez bientôt reprendre le travail, avez-vous envisagé de continuer à allaiter ? » [20, 31].

En France, la majorité des structures de garde d'enfants autorisent les parents à apporter du lait maternel tiré [33-34]. D'après la CoFAM, 22 % des mères rencontrent des réticences avec ce choix [9]. Dans environ 60 % des cas, l'allaitement au sein sur place est bienvenu [33-34]. Dans la littérature, les établissements d'accueil du jeune enfant (EAJE) semblent avoir des attitudes positives ou neutres et être conscients de leur rôle de soutien. Ils soutiennent passivement en s'adaptant aux demandes d'allaitement, sans en faire la promotion [35]. Dans une étude française, 45 % des EAJE évoquent systématiquement l'AM avec les parents [34]. Les mères les perçoivent plus comme des commerciaux ou des administratifs que comme des acteurs de soins, elles échangent peu avec eux [8]. Le personnel demande une meilleure formation [33-35]. 50 % à 80 % des EAJE rencontrent des difficultés avec les enfants allaités, surtout pour le passage au biberon et la séparation mère-enfant [33-34]. Contrairement aux recommandations, certaines structures demandent aux parents d'anticiper le sevrage pour que l'enfant s'habitue au biberon [34, 36]. Une revue souligne leur manque de connaissances sur la gestion du lait maternel [35]. Certaines le réchauffent au micro-ondes, pourtant contre-indiqué [33-34, 36]. À la fin de la journée, le lait maternel non entamé et non réchauffé est jeté dans 43 % des cas, quelle que soit la date d'extraction [34]. D'après une étude française, les recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) sont globalement appliquées [33]. L'accueil collectif est associé à de plus courtes durées d'allaitement que la garde par un des deux parents [6, 35]. Le risque de sevrage y est plus élevé qu'en garde informelle (grands-parents, assistants maternels, etc.) [35]. Inversement, dans la cohorte Millennium, la probabilité d'allaitement diminue

systématiquement avec la garde informelle mais uniquement à temps plein et en milieu aisé ou biparental avec la garde collective. Les mères seules sont presque deux fois plus susceptibles d'allaiter si le nourrisson est en garde formelle [37]. La garde sur le lieu de travail est positivement liée au maintien de l'allaitement [14, 25].

Discussion

L'environnement professionnel, familial et sociétal des Françaises ne semblait pas favorable au maintien de l'AM à la reprise du travail.

Le RAT avant 16 semaines était un facteur de sevrage stable. L'effet du temps partiel selon la date de reprise nécessiterait une méta-analyse avant de promouvoir un retour progressif au travail. La conciliation AM et travail était difficile pour les mères. Les conditions de travail de chaque secteur professionnel étaient peu étudiées. Manquaient des études sur l'étendue des discriminations professionnelles liées à l'allaitement.

La durée normative de l'AM semblait être celle du congé post-natal. Les influences interpersonnelles, subjectives et injonctives étaient importantes, y compris sur le lieu de travail.

Les études sur l'allaitement et les co-parents ciblaient rarement le RAT.

Améliorer la communication et les pratiques des professionnels de santé et de la petite enfance semblait indispensable. Des études contrôlées randomisées sur les interventions professionnelles à la reprise du travail seraient intéressantes. Davantage d'études sur l'accueil du nourrisson allaité et la gestion du lait maternel en gardes d'enfants aiderait à identifier leurs besoins.

Aucune autre étude n'a expliqué l'effet de la reprise de l'activité professionnelle sur l'AM à partir de données majoritairement françaises. Une méthodologie originale a permis d'analyser la situation française à l'aide de preuves scientifiques étrangères. Pour limiter les biais socio-politiques, seuls les résultats fondés sur des études occidentales ont été retenus, y compris dans les revues internationales [19, 23-35]. Une enquête intégrative et écosystémique a permis d'appréhender cette période complexe dans sa globalité. La recherche thématique coïncidait avec deux revues étrangères qui ont analysé les mêmes obstacles au maintien de l'AM au travail [14, 19]. Cette synthèse de la littérature devrait motiver de nouvelles recherches et des leviers politiques pour les mères qui souhaitent poursuivre l'allaitement à la reprise du travail.

Peu d'études ciblaient spécifiquement le RAT. Une recherche bibliographique large incluant les déterminants du maintien de l'allaitement après 3 mois a été nécessaire avant d'en extraire les résultats concernant le RAT. Les publications françaises sur le maintien de l'allaitement étaient rares. L'état des lieux français a été réalisé essentiellement à partir de recherches non publiées.

Les interventions sur le lieu de travail comparées à la population générale avec des critères de jugement variables ont limité la validité et la mise en commun des résultats. Globalement, davantage d'études interventionnelles randomisées auraient limité l'influence de la causalité inverse liée aux études qualitatives et observationnelles. Dans un objectif de protection de l'allaitement et du travail des femmes, une association à causalité inverse resterait intéressante.

Les biais de sélection et d'interprétation liés à toute revue narrative et à un unique investigateur ont été atténués par l'intégration de six revues systématiques.

Physiologiquement, plus l'allaitement est installé, plus la lactation résiste à l'espacement des tétées. L'association positive entre la durée du congé post-natal et celle de l'allaitement est reconnue par la Haute Autorité de santé (HAS) et par l'Organisation internationale du travail (OIT) [38-39]. L'OIT exhorte les états membres à prévoir au moins 18 semaines au total. 42 pays de l'OIT appliquent déjà cette durée. En France, le congé maternité pour un premier ou un deuxième enfant est de 16 semaines, dont 10 en post-natal, avec indemnisation et protection de l'emploi. La commission d'experts « 1 000 premiers jours », mandatée par le ministère des Solidarités et de la Santé en 2020, recommande d'appliquer les 18 semaines et d'instaurer un congé parental indemnisé de 36 semaines partageables entre parents [28]. Une proposition de loi de mars 2021 demande un congé d'allaitement indemnisé de 4 semaines [40]. L'augmentation du congé maternité est systématiquement associée à une meilleure santé des nourrissons. Ceci s'expliquerait notamment par les maladies évitées par l'AM [16]. D'autres bénéfices sanitaires seraient attendus, comme l'amélioration de l'attachement et la diminution des dépressions post-partum et des violences conjugales [16]. Le congé maternité non payé, payé par l'employeur ou sans protection de l'emploi, pourrait accroître les disparités sociales et sexistes. L'OIT préconise un financement public d'au moins deux tiers des revenus antérieurs pendant les congés parentaux [39].

Pour entretenir la lactation, il faut stimuler le sein le plus fréquemment possible. Pour cela, il faut avoir du temps et un espace pour tirer son lait au travail [39]. Les rapports demandés par le ministère alertent sur la faible

application de ces aménagements en France [28, 41]. Le Code du travail autorise une heure de pause quotidienne pendant un an pour toute mère allaitante. Seules les entreprises de plus de 100 salariées doivent créer des locaux dédiés. Toute salariée devrait pouvoir passer sa pause d'allaitement dans une salle adaptée. Les pauses devraient durer jusqu'aux 2 ans de l'enfant pour correspondre aux recommandations de l'OMS. La France n'a pas ratifié la convention de l'OIT sur la rémunération des pauses d'allaitement. Des pauses rémunérées sont déjà garanties dans 130 pays [26]. La dernière proposition de loi prévoit d'obliger les employeurs à informer les salariées [40].

Dans le cadre de la responsabilité sociale des entreprises, les employeurs devraient soutenir activement l'allaitement. Des preuves, limitées, suggèrent aussi des bénéfices pour eux : réduire l'absentéisme, accroître l'engagement et la productivité, améliorer les relations salariés-employeurs, retenir la main-d'œuvre, valoriser l'image de l'entreprise [6, 39]. La compatibilité entre l'emploi et l'allaitement améliore les résultats d'entreprise, les durées d'allaitement et l'évolution professionnelle des mères. Une collaboration entre pouvoirs publics et employeurs pourrait accélérer l'application des politiques sur le lieu de travail, par le biais d'une certification, d'un renforcement législatif ou, pour les petites entreprises, d'une incitation économique [23].

L'allaitement relève d'une décision intime conditionnée par son acceptabilité socio-culturelle. Les mères ressentent des pressions pour allaiter ou ne pas allaiter [20, 31, 42]. Les messages féministes et les campagnes de promotion devraient reporter ces pressions sur la société pour qu'elle ne fasse plus obstacle [41]. Tous les environnements, professionnels, publics et familiaux, devraient être éduqués sur l'allaitement et leur rôle de soutien.

Une revalorisation de l'AM dans la société serait nécessaire pour y redonner une place aux femmes allaitantes au-delà du congé maternité. L'allaitement au travail et en public limiterait leur exclusion socio-professionnelle. L'augmentation des exemples pourrait le banaliser. Les publicités pour les préparations pour nourrissons sont efficaces. Des campagnes médiatiques sont déjà utilisées dans d'autres domaines de santé publique. Une proposition de loi prévoit d'importantes campagnes télévisuelles nationales [40]. Une sanction des établissements essayant de l'interdire et la valorisation, par un autocollant, de ceux bienveillants avec l'AM en public sont envisagées [3, 40]. Outre les conseils et les encouragements, les associations de mères expérimentées offriraient des modèles confortant les mères allaitantes dans leur choix et devraient être encouragées.

Le soutien des co-parents favorise l'allaitement [6]. Au travail, le besoin de soutien moral et physique pourrait

être majoré par le stress, la fatigue et l'exposition publique du choix d'allaitement au-delà de la durée habituelle. L'effet du congé de naissance, de paternité et d'accueil de l'enfant sur l'allaitement est peu étudié. Il a été allongé à 28 jours en France en juillet 2021. Le rapport des « 1 000 premiers jours » suggère depuis 2020, en plus du congé parental partageable, un congé indemnisé de 9 semaines réservé au co-parent [28]. Les dynamiques socio-culturelles expliqueraient le faible recours au congé paternité. Poursuivre cette législation infirmerait les stéréotypes de genre existants dans la parentalité et renforcerait l'égalité des sexes au travail et à la maison.

La HAS recommande d'aborder la conciliation allaitement et travail avec chaque mère [38]. Proposer des consultations dédiées à l'AM permettrait d'amorcer l'échange et donnerait aux soignants le temps nécessaire à une approche holistique. Après un congé maternité, les femmes passent une visite médicale de reprise. Une sensibilisation de la médecine du travail sur l'AM pourrait diminuer la fréquence des sevrages lors de cette période à risque. Un temps d'échange avec chaque parent allaitant serait souhaitable dans toute garde d'enfants. Le lait maternel se digère plus rapidement que le lait artificiel. Respecter le rythme des nourrissons allaités pourrait paraître chronophage en garde d'enfants. Remédier au manque actuel de personnel améliorerait l'accompagnement de l'allaitement dans les EAJE.

La HAS, le rapport des « 1 000 premiers jours » et le PNNS préconisent une formation équivalente pour tous les professionnels de santé et de la petite enfance [3, 28, 38]. Les co-parents doivent être informés et inclus dans les processus de périnatalité et d'allaitement [6, 38, 41]. Une attention particulière devrait être portée aux allaitements monoparentaux. Les professionnels et les politiques de santé devraient renforcer leur accompagnement dans les milieux modestes ou avec des conditions de travail peu favorables [3].

Le lait maternel pourrait être perçu, selon la réglementation des collectivités sur les aliments extérieurs, comme un danger biologique. Les recommandations pour le lait tiré sont les mêmes en collectivité qu'à domicile [36]. L'AFSSA recommande des durées de conservation courtes pour correspondre aux besoins de tous les nouveau-nés, à terme et prématurés, mais à l'âge d'entrée en collectivité un nourrisson prématuré rejoint les protocoles d'allaitement habituels. Même si elle alerte sur le manque de données concernant les qualités nutritives du lait stocké et sur l'absence de critère de jugement direct définissant un lait impropre à la consommation, l'Academy of Breastfeeding Medicine (ABM) autorise des durées plus longues [36]. L'hétérogénéité des recommandations

amplifierait la réticence des collectivités à stocker du lait maternel, au risque de multiplier les transports ou de jeter du lait non périmé. La réglementation sur l'allaitement des établissements publics est laissée à l'initiative des politiques locales. Les crèches privées adoptent la pratique qu'elles souhaitent. Une obligation légale pour les EAJE d'accepter le lait maternel avec un protocole national uniformisé serait nécessaire.

La recherche en France sur l'allaitement au travail se résume aux travaux de fin d'études des professionnels de santé. Compte tenu des enjeux majeurs, l'État devrait investir dans la recherche sur le maintien de l'AM.

Conclusion

Le retour au travail est le principal obstacle à la poursuite de l'allaitement une fois en place. Les mères qui le souhaitent devraient pouvoir réaliser les deux, sans être exclues de la vie professionnelle et sans restreindre leur projet d'allaitement. Cette conciliation porte des enjeux de développement sanitaire et social. Les déterminants multifactoriels du maintien de l'allaitement au travail, extrinsèques aux mères, imposent de développer un soutien socio-politique global. Cette revue narrative permet d'émettre des propositions d'action issues de preuves scientifiques.

Aucun conflit d'intérêts déclaré.

Références

1. Europeristat. European Perinatal Health Report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010 [En ligne]. Europeristat; 2013. 136 p. Disponible sur: https://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf
2. Salanave B, Boudet-Berquier J, De Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. L'allaitement maternel en France : résultats de l'étude Epifane. Épidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie [En ligne]. Institut de veille sanitaire; 2016. 16 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/20150623_cnnse_epifane.pdf
3. Ministère des Solidarités et de la Santé. Programme National Nutrition Santé 2019-2023 [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2019. 94 p. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/pnns4_2019-2023.pdf
4. Direction régionale des affaires sanitaires et sociales de Rhône-Alpes. Étude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes

en 2004-2006 [En ligne]. 2008 [cité le 1er juin 2020]. Disponible sur: <http://www.pieros.org/etude/etude-relative-aux-durees-et-aux-facteurs-qui-influent-sur-le-deroulement-de-lallaitement-maternel-en-rhone-alpes-en-20042006/>

5. Delamaire C. L'allaitement maternel : vécu et opinion des mères en 2009. *La santé de l'homme*. 2010;409:50-1.
6. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique [En ligne]. 2014 [cité le 24 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/expertise-collective/inegalites-sociales-sante-en-lien-avec-alimentation-et-activite-physique/>
7. 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*. 2016;32(4):76-83.
8. Menu-Guillemain P. Projet d'allaitement maternel initial : facteurs déterminants chez la femme professionnellement active [Diplôme d'État de sage-femme]. Nice, France: université Nice-Sophia-Antipolis; 2017.
9. Coordination française pour l'allaitement maternel. Enquête : Concilier allaitement et travail [En ligne]. 2014 [cité le 1er juin 2020]. Disponiblesur:<https://www.cofam-allaitement.org/concilier-travail-et-allaitement-synthese-de-la-cofam/>
10. Attanasio M. État des lieux des facteurs favorisant et des freins à la poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail [Thèse de médecine]. Clermont-Ferrand, France: université Clermont-Auvergne; 2018.
11. De Lauzon-Guillain B, Thierry X, Bois C, Bournez M, Davisse-Paturet C, Dufourg MN, et al. Maternity or Parental Leave and Breastfeeding Duration: Results from the ELFE Cohort. *Matern Child Nutr*. 2019;15(4):12872.
12. Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles MA, 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.
13. Hawkins SS, Griffiths LJ, Dezateux C, Law C. The Impact of Maternal Employment on Breastfeeding Duration in the UK Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr*. 2007;10(9):891-6.
14. Johnston ML, Esposito N. Barriers and Facilitators for Breastfeeding Among Working Women in the United States. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2007;36(1):9-20.
15. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, Nicklaus S, Geay B, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française Elfe, 2011. *BEH*. 2015;29:522-32.
16. Van Niel MS, Bhatia R, Riano NS, De Faria L, Catapano-Friedman L, Ravven S, et al. The Impact of Paid Maternity Leave on the Mental and Physical Health of Mothers and Children: A Review of the Literature and Policy Implications. *Harv Rev Psychiatry*. 2020;28(2):113-26.
17. Mandal B, Roe BE, Fein SB. The Differential Effects of Full-Time and Part-Time Work Status on Breastfeeding. *Health Policy*. 2010;97(1):79-86.
18. Xiang N, Zadoroznyj M, Tomaszewski W, Martin B. Timing of Return to Work and Breastfeeding in Australia. *Pediatrics*. 2016;137(6):e2015-3883.
19. Meek JY. Breastfeeding in the Workplace. *Pediatr Clin North Am*. 2001;48(2):461-74.
20. Bonetto-Cadoret S. Facteurs influençant le devenir de l'allaitement maternel lors de la reprise de l'activité professionnelle de

- la mère : étude qualitative par entretiens individuels auprès de mères reprenant leur activité professionnelle avant les 6 mois de leur enfant et travaillant dans les Alpes-Maritimes et l'est du Var [Thèse de médecine]. Nice, France: université Nice-Sophia-Antipolis; 2015.
21. Marin H. L'allaitement maternel prolongé : témoignages de vingt femmes sur cette pratique [Diplôme d'État de sage-femme]. Rouen, France: université de Rouen-Normandie; 2018.
 22. Souare H. Allaitement et travail : enquête auprès de 270 mères actives [Thèse de pharmacie]. Amiens, France: université de Picardie-Jules-Verne; 2018.
 23. Vilar-Compte M, Hernández-Cordero S, Ancira-Moreno M, Burrola-Méndez S, Ferre-Eguiluz I, Omana I, et al. Breastfeeding at the Workplace: A Systematic Review of Interventions to Improve Workplace Environments to Facilitate Breastfeeding Among Working Women. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):110.
 24. Hirani SA, Karmaliani R. Evidence Based Workplace Interventions to Promote Breastfeeding Practices Among Pakistani Working Mothers. *Women Birth*. 2013;26(1):10-6.
 25. Hilliard ED. A Review of Worksite Lactation Accommodations. *Workplace Health Saf*. 2017;65(1):33-44.
 26. Heymann J, Raub A, Earle A. Breastfeeding Policy: A Globally Comparative Analysis. *Bull World Health Organ*. 2013;91(6):398-406.
 27. Delbru B. Attitude des employeurs rhône-alpins vis-à-vis des salariées allaitantes [Thèse de médecine]. Grenoble, France: Faculté de médecine Grenoble; 2006.
 28. Ministère des Solidarités et de la Santé. Les 1 000 premiers jours. Là où tout commence [En ligne]. Ministère des Solidarités et de la Santé; 2020. 130 p. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
 29. Kurth-aviles L. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel [Thèse de médecine]. Nancy, France: université Henri-Poincaré; 2006.
 30. Cabon-Asencio N. Le retour au travail de la mère allaitante : enquête auprès des médecins généralistes du Rhône [Thèse de médecine]. Lyon, France: université Claude-Bernard; 2005.
 31. Ruyssen M. L'allaitement long : vécu de médecins généralistes du Nord. Étude qualitative par entretiens semi-dirigés [Thèse de médecine]. Lille, France: université de Lille; 2018.
 32. Pinchard S. Allaitement maternel et reprise du travail : évaluation des connaissances des médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées [Thèse de médecine]. Toulouse, France: Université de Toulouse; 2012.
 33. Réseau périnatal – Association Naître & Grandir en Languedoc-Roussillon. Enquête régionale sur l'accueil des enfants allaités en structure d'accueil du jeune enfant [En ligne]. Association Naître & Grandir en Languedoc-Roussillon; 2010. 7 p. Disponible sur: http://www.nglr.fr/images/naître/pdf/referentiels/allaitement/Synthese_enquete_creches_Region_2012.pdf
 34. Gislard H. Accueil de l'enfant allaité en collectivité : état des lieux des pratiques dans les structures d'accueil de jeunes enfants de la Sarthe [Thèse de médecine]. Angers, France: université d'Angers; 2019.
 35. Dieterich R, Caplan E, Yang J, Demirci J. Integrative Review of Breastfeeding Support and Related Practices in Child Care Centers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2020;49(1):5-15.
 36. Coordination française pour l'allaitement maternel. Comparatif de brochures « Allaitement maternel, à la reprise du travail, en crèche ou chez l'assistante maternelle » [En ligne]. COFAM; 2014. 34 p. Disponible sur: <https://www.cofam-allaitement.org/wp-content/uploads/Travail-et-allaitement-Cofam.pdf>
 37. Pearce A, Li L, Abbas J, Ferguson B, Graham H, Law C. Childcare Use and Inequalities in Breastfeeding: Findings from the UK Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child*. 2012;97(1):39-42.
 38. Haute Autorité de santé. Allaitement maternel. Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie [En ligne]. HAS; 2002. 18 p. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
 39. Organisation internationale du travail. Maternité et paternité au travail : loi et pratique à travers le monde [En ligne]. OIT; 2014. 18 p. Disponible sur: https://www.2019.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_242619.pdf
 40. Proposition de loi no 3964 du 9 mars 2021 relative à l'allaitement maternel : pour une meilleure sensibilisation et plus d'informations.
 41. Turck D, Razanamahefa L, Dazelle C, Gelbert N, Gremmo-Féger G, Manela A, et al. Plan d'action : allaitement maternel. *Médecine Nutr*. 2010;46(3-4):25-47.
 42. Thomson G, Ebisch-Burton K, Flacking R. Shame if You Do - Shame if You Don't: Women's Experiences of Infant Feeding. *Matern Child Nutr*. 2015;11(1):33-46.