

# TABLE DES MATIÈRES

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>PROBLÉMATIQUE</b>	<b>2</b>
2.1	L'ALLAITEMENT	2
2.2	CONCILIER TRAVAIL ET ALLAITEMENT	3
2.3	CE QUE DIT LA LOI EN SUISSE	3
2.4	FACTEURS ENTRAVANT LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT APRÈS LE RETOUR DU CONGÉ MATERNITÉ	4
2.5	PROMOTION DE LA SANTÉ	5
2.6	RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN PROMOTION DE LA SANTÉ	6
2.7	SANTÉ AU TRAVAIL	6
2.8	RÔLE INFIRMIER EN SANTÉ AU TRAVAIL	8
2.9	QUESTION DE RECHERCHE	8
<b>3</b>	<b>CADRE THÉORIQUE</b>	<b>9</b>
3.1	RELATIONS AVEC LES CONCEPTS CENTRAUX	10
3.1.1	<i>La personne-client</i>	11
3.1.2	<i>Interaction</i>	11
3.1.3	<i>Le processus de soins infirmiers</i>	11
3.1.4	<i>L'environnement</i>	12
3.1.5	<i>Les thérapeutiques des soins infirmiers</i>	13
3.1.6	<i>La santé</i>	13
<b>4</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>14</b>
4.1	STRATÉGIES DE RECHERCHE	14
4.2	CRITÈRES D'INCLUSION	15
4.3	CRITÈRES D'EXCLUSION	15
<b>5</b>	<b>RÉSULTATS</b>	<b>16</b>
5.1	PRÉSENTATION DES ARTICLES	16
5.2	SYNTHÈSE DES RÉSULTATS	19
5.2.1	<i>Conditions de transition : facilitantes et entravantes</i>	20
5.2.2	<i>Modèles de réponses</i>	23

<b>6</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>25</b>
6.1	MISE EN PERSPECTIVE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS AVEC LE CADRE THÉORIQUE	25
6.2	RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE EN SUISSE	26
6.2.1	<i>Les interventions infirmières</i>	27
6.3	LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TRAVAIL	29
6.4	CARACTÈRE GÉNÉRALISABLE DES RÉSULTATS	29
6.5	AUTRES SOURCES DE SOUTIEN	30
<b>7</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>32</b>
	<b>LISTE DE RÉFÉRENCES</b>	<b>33</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>38</b>

# 1 INTRODUCTION

L'Organisation mondiale de la santé recommande de nourrir les enfants exclusivement au sein à la demande pendant les six premiers mois et de poursuivre l'allaitement tout en introduisant successivement d'autres aliments jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2016). Cette recommandation est également soutenue par la Société suisse de pédiatrie (Commission de Nutrition de la Société Suisse de Pédiatrie, 2011).

Cependant, d'après différentes études, la reprise du travail et toutes les obligations engendrées par celui-ci représenteraient une cause importante de renoncement à l'allaitement.

Selon Noirhomme-Renard :

Différents facteurs de nature psychosociale, émotionnelle, cognitive, comportementale, politique, etc., peuvent avoir un impact sur la décision de nourrir son enfant au sein ou au biberon à la naissance, et sur la durée de l'allaitement maternel. Il semblerait qu'un arrêt précoce découle bien plus de la difficulté que pose l'allaitement, y compris le manque d'information et d'appui, que du choix des femmes. (Noirhomme-Renard, Farfan-Portet & Berrewaerts, 2006, p.2)

Ce travail de Bachelor cherche à identifier quelles interventions une infirmière de santé au travail peut mettre en place afin de soutenir les femmes désireuses de poursuivre leur allaitement après la reprise de leur travail.

## 2 PROBLÉMATIQUE

### 2.1 L'ALLAITEMENT

L'allaitement présente de nombreux avantages pour la santé de la mère et de l'enfant. Les enfants allaités sont moins souvent malades et, par conséquent, leurs parents moins souvent absents au travail. Chez l'enfant, les bénéfices observés incluent [1—4] : une diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires ; et un bénéfice sur le plan cognitif. Pour la santé de la mère, l'allaitement maternel offre les bénéfices suivants : une perte de poids plus rapide dans les six mois du postpartum ; une diminution de l'incidence des cancers du sein et de l'ovaire avant la ménopause ; et un risque moindre d'ostéoporose. De plus, lorsqu'une mère nourrit au sein son bébé, cela lui permet de créer un lien d'attachement avec celui-ci.

Lorsqu'il est prolongé jusqu'à six mois, l'allaitement permet : une réduction du risque d'eczéma pendant la première année de vie chez les nourrissons à risque d'allergie (c'est-à-dire dont le père, la mère, le frère ou la sœur, a fortiori plusieurs d'entre eux, a des antécédents de maladie allergique avérée) ; une réduction de l'ordre de 20 à 25 % du risque d'obésité pendant l'enfance et l'adolescence ; une tension artérielle et une cholestérolémie inférieures à l'âge adulte (respectivement 1 à 2 mm pour la systolique et 0,5 mmHg pour la diastolique et 0,2 mmol/l) (Organisation Mondiale de la Santé, 2015). Suite au rapport annuel 2007 de la Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel, "les enfants nés dans des hôpitaux favorables à l'allaitement maternel sont nourris au sein plus longtemps que les autres. Les établissements qui portent le label « Hôpital Ami des Bébé » s'engagent à créer des conditions-cadres particulièrement propices au bien-être des nouveau-nés et de leurs parents."

Selon l'Inpes (2011), dans le monde, on peut trouver un pourcentage de femmes allaitantes plus élevé dans les pays développés, allant de 25% à 97,3% de la naissance à une période de six mois. Certains facteurs socio-économiques et culturels ont une influence sur l'allaitement, les femmes possédant un travail plus haut placé seraient plus enclin à allaiter. Certaines études menées montrent l'influence du statut social sur l'allaitement.

En Suisse, le pourcentage de mères allaitant a augmenté de manière significative ces dernières années, il est mentionné que près de 95% des mères allaitent leurs enfants. La durée de l'allaitement ne semble pas satisfaire aux recommandations, en effet, 7% de femmes allaitent leur enfant moins d'un mois,

26% entre un et quatre mois, 25% entre quatre et six mois, 21% entre six et douze mois ainsi que 9% durant plus de douze mois.

## **2.2 CONCILIER TRAVAIL ET ALLAITEMENT**

Selon l'Office fédéral de la statistique (2015), en Suisse, le pourcentage de travail chez les femmes a évolué. Le taux de femmes travaillant à temps partiel arrive presque à 80%, contre près de 30% travaillant à temps plein. Selon la note de synthèse de l'étude nationale sur l'allaitement, l'alimentation des nourrissons et la santé des mères et des enfants (Swiss Infant Feeding Study, 2014), les mères ont recommencé à travailler plus tôt et avec un taux d'occupation moyen plus élevé qu'en 2003 : d'après l'estimateur de Kaplan-Meier, une mère sur deux avait repris son activité professionnelle sept mois après la naissance. La grande majorité des mères a bénéficié de 14 à 16 semaines de congé maternité, tandis que la moitié des pères ont obtenu un congé paternité de la part de leur employeur. Seul un dixième des mères a été informé de leur droit de salariée allaitante par leur employeur. Une mère sur quatre a mentionné que ne pas pouvoir concilier travail et allaitement était l'une des raisons d'un sevrage précoce.

De ce fait, un effort reste manifestement à faire en matière de mise à disposition de salles pour l'allaitement. Selon l'étude, les pauses consacrées à l'allaitement ou au tirage du lait pendant le temps de travail ont été rémunérées en tout ou partie dans un tiers des cas. La nouvelle version de l'Ordonnance relative à la Loi sur le travail (OLT 1) [9] qui prévoit la rémunération du temps consacré à l'allaitement, est entrée en vigueur le 1er juin 2014, si bien qu'elle n'a pas eu d'impact sur les données recueillies.

## **2.3 CE QUE DIT LA LOI EN SUISSE**

Selon Infor.Maternité (2015), au cours de la première année de vie de l'enfant, la loi pose comme principe que les mères ont le droit d'allaiter leur enfant au travail. Tout le temps nécessaire à le faire doit leur être accordé par l'employeur, durant la première année de vie de l'enfant. En pratique, les médecins du travail estiment que le temps moyen qu'une femme qui travaille consacre à l'allaitement est d'environ deux heures par jour.

D'après la Confédération (2014), le Conseil fédéral a adopté le 30 avril 2014 la révision de l'Ordonnance 1 relative à la loi sur le travail et en même temps décidé de ratifier la Convention n° 183 de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) sur la protection de la maternité. La modification fixe désormais le principe de la rémunération des temps consacrés à l'allaitement. La révision est entrée en vigueur le 1er juin 2014.

Depuis le 1er juin 2014, le temps consacré par une femme à allaitement au travail est rétribué selon une échelle qui varie en fonction du nombre d'heures quotidiennes travaillées :

Selon l'art. 60 al. 2 de l'ordonnance 1 relative à la loi sur le travail modifiée au 30 avril 2014 (OLT1), les mères qui allaitent peuvent disposer des temps nécessaires pour allaiter ou tirer leur lait. Au cours de la première année de la vie de l'enfant, le temps pris pour allaiter ou tirer le lait est comptabilisé comme temps de travail rémunéré dans les limites suivantes :

- a. pour une journée de travail jusqu'à 4 heures: 30 minutes au minimum
- b. pour une journée de travail de plus de 4 heures: 60 minutes au minimum
- c. pour une journée de travail de plus de 7 heures: 90 minutes au minimum

Selon l'art. 34 OLT 3, l'employeur doit pouvoir proposer :

- un siège ou couche confortable
- une pièce séparée
- une température agréable
- la pièce de repos peut être utilisée à d'autres fins lorsque personne ne s'en sert

Les femmes enceintes et les mères qui allaitent doivent pouvoir s'allonger et se reposer dans de bonnes conditions.

## **2.4 FACTEURS ENTRAVANT LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT APRÈS LE RETOUR DU CONGÉ MATERNITÉ**

Malgré l'intention de nombreuses femmes de continuer l'allaitement après le retour au travail, l'emploi de la mère constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce. Toutes les femmes n'ont pas la possibilité de poursuivre l'allaitement après la reprise de leur travail. L'environnement de travail joue un rôle important.

Les raisons les plus communes invoquées par les mères qui utilisent le biberon sont :

- la perception de la mère de la préférence du père pour le biberon
- l'incertitude concernant la quantité de lait prise au sein
- le retour au travail

Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent : le manque de soutien de l'employeur et des collègues ; l'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait ; l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait ; le manque de lieu disponible et de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail.

Selon Noirhomme-Renard (2009), le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement : des données américaines montrent que 42,4 % des femmes travaillant à temps partiel allaitent toujours leur bébé à quatre mois contre 34,3 % des femmes travaillant à temps plein et 39,9 % des femmes ne travaillant pas.

## **2.5 PROMOTION DE LA SANTÉ**

Selon La Charte d'Ottawa, la promotion de la santé est un processus qui permet aux individus et aux communautés d'assurer un meilleur contrôle sur leur propre santé et de l'améliorer (Conférence internationale pour la promotion de la santé, 1986). La promotion de la santé permet à chacun de trouver la santé définie comme un bien-être tant physique que mental et social. Pour ce faire, chaque individu "doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter" (Charte d'Ottawa, 1986). La promotion de la santé vise la population dans son ensemble et dans un contexte de globalité. Il est important de mesurer les compétences en santé de la population afin de travailler avec celles-ci et de les exploiter. Chacun a le droit mais aussi le devoir de prendre ses propres décisions, qu'il se sente acteur de sa propre santé afin de maintenir son autonomie et trouver sa place dans la communauté. Ces compétences mènent petit à petit à une amélioration de la qualité de vie de chacun ; on peut alors noter un accroissement de la santé vécue et perçue par la population.

Avant le XX<sup>ème</sup> siècle, le but de la santé publique était de protéger les populations des maladies infectieuses, des épidémies et d'améliorer les conditions sanitaires. Ce n'est que plus tard que les termes d'éducation à la santé, les soins prénataux, post-nataux et les soins aux démunis font surface.

La promotion, le maintien et la protection de la santé sont à présent des termes phares de la santé publique (Carroll, Couturier, & St-Pierre, 2015).

L'OMS définit la prévention primaire comme des actions visant à travailler sur les causes d'une certaine maladie, de les bloquer, pour que celle-ci n'apparaisse pas (OMS, 2016). Il s'agit de travailler avec une population cible saine, afin de diminuer les facteurs de risque et prévenir cette maladie. Le but est de baisser l'incidence, et donc la fréquence d'apparition de la maladie dans une population donnée. Selon les situations, l'allaitement se rattache à la fois à la promotion de la santé et à la prévention primaire. Les bénéfices rencontrés à travers l'allaitement se retrouvent plus dans un contexte de promotion de santé.

## **2.6 RÔLE DE L'INFIRMIÈRE EN PROMOTION DE LA SANTÉ**

La promotion de la santé constitue l'une des compétences essentielles de la pratique infirmière. Elle comprend différentes activités de maintien, de promotion de la santé, et de prévention des risques tout en s'appuyant sur le réseau socio-sanitaire de la personne ou de la communauté (Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale, 2012). Les infirmières occupent donc une place de choix dans le système de santé pour dispenser des interventions dans ce domaine.

## **2.7 SANTÉ AU TRAVAIL**

Le concept de santé au travail, apparu au début des années 1980, regroupe des notions de maintien et de promotion de la santé, de prévention lié aux risques des conditions de travail et l'adaptation de celui-ci selon l'état de santé du travailleur. D'après la Convention n° 155 sur la Sécurité et la Santé des Travailleurs (Organisation internationale du Travail [OIT], 2016), "le terme santé, en relation avec le travail, ne vise pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité ; il inclut aussi les éléments physiques et mentaux affectant la santé directement liés à la sécurité et à l'hygiène du travail." Selon C. Witschi (communication personnelle [Présentation Powerpoint], 2015), le domaine d'intervention de la santé au travail se veut pluridisciplinaire et s'intéresse aux risques professionnels, aux conditions de travail, à la promotion et au maintien de la santé ainsi qu'aux caractéristiques organisationnelles du milieu professionnel.



La promotion de la santé au travail est assurée :

En améliorant l'organisation du travail et de l'environnement professionnel, en promouvant la participation des travailleurs à des activités saines, en facilitant des choix éclairés en matière de santé, en encourageant le développement personnel (Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail [EU-OSHA], 2010, p.1).

La promotion de la santé au travail se distingue de la santé au travail dans le sens où cette dernière met surtout l'accent sur la protection et la sécurité des travailleurs dans leur milieu professionnel. La promotion de la santé s'oriente quant à elle plutôt vers les activités de la santé publique dans le but d'améliorer l'état de santé et le bien-être des travailleurs. Vu sous l'angle de la discipline infirmière, ces deux domaines s'inscrivent dans le champ de la santé communautaire puisqu'ils agissent sur la santé d'une population bien précise : les travailleurs.

Le Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs (2008-2017), publié par l'OMS, recommande de promouvoir la santé de la famille sur le lieu de travail au sein du personnel. Cette recommandation tente d'élargir le concept de santé de la personne vers une vision plus holistique en incluant sa sphère privée. En Suisse, la Loi sur le Travail va dans le même sens puisque selon l'art. 3 de l'Ordonnance 3 relative à la loi du 1er octobre 2015 sur le travail (= OLT3 ; RS 822.113), le travail ne devrait pas porter atteinte à la santé, et que l'employeur doit prendre toutes les dispositions nécessaires pour préserver la santé de ses employés.

Si la place du travail a fortement évolué dans la société, elle représente à l'heure actuelle des valeurs socioculturelles où la personne, à travers son activité, y trouve une partie de son identité et un environnement social. La santé au travail soulève forcément la question du genre et se heurte inéluctablement à la manière dont la société reconnaît les hommes et les femmes. La Loi Fédérale sur l'égalité entre femmes et hommes est d'ailleurs très récente puisqu'elle a été créée en 1995. L'Ordonnance sur la protection de la maternité est entrée en vigueur en 2001. L'aménagement du quotidien pour les femmes est donc en lien étroit avec la qualité de vie. Depuis que les femmes ont investi le monde du travail, elles sont confrontées à un véritable défi pour concilier leur vie familiale et leur activité professionnelle. Cela exige de pouvoir s'appuyer sur des ressources pour parvenir à leur projet d'allaitement après la reprise du travail. Celles-ci nécessitent donc des interventions ciblées de la part des services de santé du travail.

## 2.8 RÔLE INFIRMIER EN SANTÉ AU TRAVAIL

Le rôle infirmier en santé au travail s'articule autour de plusieurs axes :

Amélioration de la qualité de vie au travail, participer à l'élaboration des concepts de santé et sécurité au travail, participer à la gestion du risque professionnel, mettre en place les conditions favorables à une réintégration professionnelle, accompagner le personnel en difficulté, amener la personne à mobiliser ses propres ressources (Association suisse des infirmiers (ères) de santé au travail [ASIST], 2016).

L'un des rôles de l'infirmière de santé au travail est de participer à la réinsertion professionnelle des employés(ées) après une longue absence. Il est donc important que les femmes puissent s'appuyer sur un environnement professionnel favorable à la réussite de leur projet d'allaitement. C'est à partir de cet aspect que la suite de ce travail est développée.

## 2.9 QUESTION DE RECHERCHE

Quelles sont les interventions que l'infirmière de santé au travail peut mettre en place afin de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, par la poursuite de l'allaitement après le congé maternité?

Afin de cibler la question de recherche, l'outil PICOT a été utilisé car il permet d'obtenir une question de recherche précise.

P - femmes allaitant et travaillant

I - interventions infirmières de santé au travail / promotion de la santé de la mère et l'enfant

C -

O - poursuite de l'allaitement

T - après le congé maternité

### 3 CADRE THÉORIQUE

Le cadre de référence choisi pour ce travail est la théorie des transitions de Meleis, Sawyer, Im, Hilfinger Messias et Schumacher (2000). Selon ces auteurs, les infirmières s'occupent d'aider des personnes qui sont en transition ou qui en anticipent une, à maintenir un sens de bien-être (Pepin, Kérouac et Ducharme, 2010, p. 7). Elles sont donc intéressées par l'articulation de la transition qui est bio-psycho-socio-culturelle (Schumacher, Jones et Meleis, 1999). À la lumière de la problématique, la femme qui allaite durant cette période du post-partum et plus tard, traverse des bouleversements tant sur le plan biologique que psychique. Durant cette période-là, de nombreux facteurs facilitant ou entravant se retrouvant dans la théorie de Meleis sont identifiés. A ce moment-là, la mère va faire face à un ou plusieurs événements qui seront reliés à son développement personnel et familial.

Meleis et Trangenstein relient les trois concepts du métaparadigme infirmier, la personne, la santé et l'environnement, à ceux de la transition, de l'interaction, du processus de soins infirmiers et des thérapeutiques de soins infirmiers (Pepin et al., 2010). Selon ces auteures, « une transition consiste en un changement dans la santé, dans les rôles, dans les attentes de soi et des autres, dans ses capacités, et fait appel à des processus internes chez la personne » (Pepin et al., 2010). Le contexte de la maternité et du retour au travail met l'accent sur les changements de rôles d'une personne durant sa vie, entre autres celui d'employée-mère, ainsi que les attentes qu'elle a envers soi et les autres.

A l'intérieur de ce concept central qu'est la transition, deux sous-types de transitions principales ont été dégagés : développementales et organisationnelles. Une transition développementale correspond à la naissance, l'adolescence, la ménopause, le vieillissement et la mort (Meleis & Trangenstein, 1994). Il s'agit donc de transitions déclenchées par des changements développementaux pouvant amener un déséquilibre se rapportant à l'identité (Aubin & Dallaire, 2008). La population à l'étude, c'est à dire les femmes qui travaillent, traverse une transition de type développementale suite à leur accouchement en devenant mère. Leur identité évolue, et leurs rôles de femme, de mère se superposent à celui d'employée. Ces changements de rôles peuvent donner lieu à des adaptations nécessaires dans la vie de ces personnes qui expérimentent alors des transitions organisationnelles. Il s'agit de "transitions déclenchées par des changements dans le leadership, des changements de rôles, l'adoption de nouvelles politiques et procédures, et l'introduction d'une nouvelle technologie" [traduction libre] (Schumacher & Meleis, 1994, p. 119 & 120 ; Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256-257). Ces transitions organisationnelles auront lieu principalement autour du monde du travail, où l'employée-mère vit des changements dans son environnement professionnel et social.

Ces deux types de transitions s'articulent de manière séquentielle puisqu'il y a un effet ondulatoire dans lequel la première transition, la développementale, est suivie par l'organisationnelle. En d'autres termes, la femme, en donnant naissance à son enfant, verra son organisation bouleversée, tant dans son environnement privé que professionnel. Au cours de ces transitions, la santé de l'employée-mère est sujette à une grande vulnérabilité.

Les perceptions et le sens que la personne donne aux situations de santé et de maladie sont influencés par les conditions sous lesquelles une transition survient. À l'inverse, les conditions sous lesquelles une transition survient influencent les perceptions et le sens que la personne donne aux situations de santé et de maladie [traduction libre] (Alligood & Tomey, 2010, p. 424). Les facteurs favorisant et entravant découlent également de l'un des concepts centraux de la théorie de Meleis, à savoir, l'environnement. Le concept de l'interaction sera également utilisé car il est intimement lié à l'environnement.

Le concept central de la transition implique un début, la perception d'un mouvement, d'un développement, d'un flux associé au processus (temps court ou long), et une fin (Meleis & Trangenstein, 1994, p. 256). Étant donné que cette théorie de niveau intermédiaire fait appel à des interactions complexes de la personne avec son environnement et peut impliquer plus d'une personne, la problématique choisie se calque aisément car les liens sont faciles à tisser entre la théorie et les enjeux autour de l'allaitement. La femme allaitante qui reprend le travail peut, dans certains cas, s'appuyer sur des ressources, ou au contraire, ses choix peuvent être influencés par certains cercles de son entourage, qu'il soit familial, professionnel ou autre. Dès lors, il est important que l'infirmière aide à aménager des conditions favorables pour que la cliente et sa famille effectuent une transition en santé durant l'allaitement de son enfant. Elle va évaluer les ressources disponibles et mettre en place des interventions afin d'établir de meilleures conditions qui favoriseront la perception que la femme aura de sa transition.

### **3.1 RELATIONS AVEC LES CONCEPTS CENTRAUX**

Selon Meleis (2007), les concepts centraux sont: la personne (nursing client), les transitions, l'interaction, le processus de soins, l'environnement, le soin ou la thérapeutique de soins infirmiers (nursing therapeutics), et la santé.

### **3.1.1 La personne-client**

Etre humain avec des besoins qui est en constante interaction avec son environnement et qui a l'habileté de s'adapter à cet environnement. Mais suite à l'expérience de la maladie (illness), un risque ou une vulnérabilité à l'expérience d'une maladie potentielle, il expérimente un déséquilibre où il est à risque d'expérimenter un déséquilibre manifesté par des besoins non comblés, une incapacité à prendre soin de soi et des réponses non adaptées [traduction libre] (George & Hickman, 2011, p. 615; Pepin & al., 2010, p. 7). La femme qui travaille a trouvé un équilibre dans les différents contextes de sa vie jusqu'au moment de sa maternité. Cette expérience provoque un déséquilibre pouvant mener à une potentielle vulnérabilité si la personne ne s'adapte pas, ou mal. L'employée-mère doit faire face à de nouveaux besoins qui la concernent elle, son enfant et sa famille, et qui doit désormais parvenir à les combler à tout moment. Par exemple, le bébé doit être nourri et, pour la mère, ce besoin s'exprimera par la nécessité de tirer son lait durant les heures de travail. De ce fait, les besoins de chacun sont comblés.

### **3.1.2 Interaction**

L'interaction touche spécifiquement deux éléments du domaine d'intérêt des infirmières : les interactions de la personne avec l'environnement et les interactions de l'infirmière avec la personne (Pepin et al, 2010, p. 7). En ce qui concerne les interactions de la personne avec l'environnement, des interactions complexes de la mère-employée avec son environnement familial et de travail impliquant plus d'une personne soulignent les enjeux autour de la continuité de l'allaitement. Des conditions favorisant et entravant les transitions se situent au niveau personnel et environnemental. Il est important que l'infirmière aide à aménager des conditions favorables pour que la mère-employée et sa famille effectuent une transition en santé.

### **3.1.3 Le processus de soins infirmiers**

Une transition en santé est caractérisée par des indicateurs de processus et de résultats [traduction libre] (Alligood, 2014, p. 386). En effet, l'expérience humaine de transition peut être définie par des indicateurs de processus (interactions dans le temps et dans l'espace, développement de la confiance) et de résultats (maîtrise de nouvelles habiletés, renouvellement de l'identité) (Pepin et al, 2010, p. 7). La clé de ce processus et de ces résultats se reposent sur la relation de confiance, [...] un processus réciproque qui s'établit tout au long de la transition au moyen de thérapeutiques de soins infirmiers

entre la maman, son entourage et l'infirmière [traduction libre] (Alligood & Tomey, 2014, p. 386). De plus, le niveau d'engagement se doit d'être optimal et ne le sera que si la maman est pleinement consciente de sa situation. Pour cela, l'infirmière est indispensable, notamment pour guider et soutenir la cliente dans ses choix.

Selon cette perspective, les soins infirmiers sont définis comme étant un processus facilitant les transitions en vue d'optimiser le sentiment de bien-être, quels que soient l'âge des personnes, leur culture, leur situation de vie et de santé ou l'environnement (Pepin et al, 2010, p. 8). Le rôle infirmier s'articule autour des types de transitions pouvant être pris en charge par l'infirmière de santé au travail à travers les activités de promotion, prévention et intervention en santé. Elle va évaluer les ressources disponibles et mettre en place des thérapeutiques de soins afin d'établir de meilleures conditions qui favoriseront la perception que la femme aura de sa transition. Le processus de soins infirmiers aura comme finalité de parvenir à un équilibre satisfaisant entre les besoins de santé de la femme et l'adaptation avec son milieu professionnel.

#### **3.1.4 L'environnement**

L'environnement inclut mais n'est pas limité aux contextes immédiats de la personne, les personnes significatives, les professionnels de la santé ainsi que les contextes socio-économiques et politiques de la famille et de la communauté de la personne [traduction libre] (George et Hickman, 2011, p 615-616). Dans ce concept central, l'environnement dans lequel l'employée-mère évolue se compose du foyer familial, du milieu professionnel, de l'histoire familiale, du contexte socio-économique et des valeurs socio-culturelles. Certaines conditions personnelles et environnementales (communautaires ou sociétales) facilitent ou font obstacle au processus de transition et à la réapparition d'un bien-être (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p.107). Ces conditions, issues des articles analysés, sont développées et reprises dans le chapitre synthèse des résultats. De ce fait, les perceptions et le sens que la personne donne aux situations de santé et de maladie sont influencés par les conditions sous lesquelles une transition survient. À l'inverse, les conditions sous lesquelles une transition survient influencent les perceptions et le sens que la personne donne aux situations de santé et de maladie [traduction libre] (Alligood, 2014, p. 386). Durant la période de la maternité, de nombreuses conditions facilitantes et entravantes peuvent être identifiées ; elles influencent la situation de santé de l'employée-mère.

### **3.1.5 Les thérapeutiques des soins infirmiers**

Toutes les activités de soins infirmiers et les actions délibérément conçues pour soigner la personne et prendre en compte à la fois le contenu et les buts des interventions de soin [traduction libre] (George & Hickman, 2011, p. 615-616). Le rôle infirmier va s'articuler autour des types de problèmes pouvant être pris en charge par l'infirmière de santé au travail, à travers les activités de promotion, prévention et intervention en santé. Ces interventions auront comme finalité de parvenir à un équilibre satisfaisant entre les besoins de santé de la femme, de son enfant et l'adaptation avec son milieu professionnel.

### **3.1.6 La santé**

Elle est vue à partir de la perspective de plusieurs auteurs: une absence de maladie (Smith, 1983) ; une homéostasie (Johnson, 1980) ; une adaptation (Roy, 1984) ; une capacité à exécuter des tâches et des fonctions (Orem, 1988) ; un phénomène existentiel (Paterson et Zderad, 1976) ; une intégration de l'espace/temps/énergie (Rogers, 1970 et Newman, 1986). Pour la dyade mère-enfant, la santé se définit à travers la capacité de la femme à gérer son allaitement, mais aussi à travers les besoins physiologiques de son enfant pour être nourri et recevoir des soins et de l'amour.

## 4 MÉTHODOLOGIE

### 4.1 STRATÉGIES DE RECHERCHE

Les bases de données de CINAHL et PubMed ont été utilisées afin de trouver ces articles de recherche. Après avoir défini le PICOT, des mots clés ont été formulés, et ainsi, différents descripteurs selon la base de données utilisée. Puis, les termes “AND” ainsi que “OR” ont été employés afin de lier les différents descripteurs ensemble et trouver plusieurs combinaisons de recherche. Cette dernière s’est davantage précisée avec les critères d’inclusion et d’exclusion ajoutés. Les différentes équations de recherche ont mené à 29 articles dont six qui n’étaient pas consultables. Finalement, il restait 23 articles de recherche et les plus pertinents ont été sélectionnés pour ce travail.

Mots clés selon le PICOT : working mother, working women, nursing interventions, nursing care, postnatal care, health prevention, health promotion, maternal health, maternal nursing, maternal care, maternal welfare, women’s health, breastfeeding, lactation, infant feeding, maternity leave, job leave.

Ces mots clés ont mené à des descripteurs de CINAHL et PubMed avec lesquels les équations de recherche ont été créées.

Ci-dessous, les résultats trouvés sur les deux bases de données :

Base de données	Descripteurs	Articles trouvés	Avec critères d’inclusion et d’exclusion	Articles retenus
CINAHL	((A OR B) AND (C OR D))	(3,471)	162	3
PubMed	(E AND F AND G)	(1,275)	368	1

Les équations de recherche représentées ci-dessus sont celles identifiées comme étant les plus pertinentes. Il existe néanmoins d’autres possibilités non présentées dans ce travail. Les articles suivants ont été retenus pour ce travail :



Bai, Y., & Wunderlich, S. M. (2013). Lactation Accommodation in the Workplace and Duration of Exclusive Breastfeeding.

Çiftçi, E. K., & Arıkan, D. (2012). The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits.

Kosmala-Anderson, J., & Wallace, L. (2006). Breastfeeding works : the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England.

Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration.

## **4.2 CRITÈRES D'INCLUSION**

- population de mères travaillant et allaitant
- pays développés
- Europe, Canada, USA, UK, Irlande, Nouvelle-Zélande
- femmes de 19-44 ans
- texte intégral
- sujet principal : breastfeeding

## **4.3 CRITÈRES D'EXCLUSION**

- datés d'avant 2006
- langue autre que l'anglais et le français
- pays sous-développés (Asie, Afrique)

## 5 RÉSULTATS

### 5.1 PRÉSENTATION DES ARTICLES

*The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits*

L'OMS et l'Unicef recommandent l'allaitement exclusif au sein durant les six premiers mois après la naissance. La reprise du travail représente l'une des raisons les plus communes d'interruption de l'allaitement. La séparation entre l'enfant et sa mère qui retourne au travail affecte négativement le stress de celle-ci et augmente son anxiété.

A partir de ces données, les auteurs cherchent à définir si une formation à l'allaitement octroyée aux mères qui travaillent peut réduire leur niveau d'anxiété et avoir un impact sur les habitudes d'allaitement.

La population de l'étude est composée de 67 mères enregistrées dans des centres de santé situés en Turquie. Les auteurs ont procédé à un essai clinique randomisé puisqu'ils ont rendu visite cinq fois aux mères du groupe expérimental en leur offrant une formation à l'allaitement.

Les résultats de l'étude démontrent que l'éducation proposée aux femmes du groupe expérimental a sensiblement réduit leur niveau d'anxiété. Celles-ci ont augmenté la durée et la fréquence des tétées, proposaient moins de compléments alimentaires à leur enfant et ont allaité plus longtemps leur enfant. Il existe également un lien de corrélation entre la fréquence des tétées et le niveau d'anxiété maternel ; celui-ci diminue si les tétées augmentent.

Les auteurs relèvent l'importance de rassurer les mères sur la valeur et la quantité suffisante de leur lait. Avec le soutien d'une équipe de soins, le taux et la durée d'allaitement augmentent significativement.

*Lactation accommodation in the workplace and duration of exclusive breastfeeding.*

Aux Etats-Unis, les recherches ont démontré que la proportion du nombre de femmes qui allaitent dès la naissance est similaire à celles qui travaillent et à celles qui restent à domicile. Par la suite, une différence significative de 9% s'installe entre ces deux groupes après six mois car les mères qui travaillent stoppent leur allaitement contrairement aux femmes au foyer.

Cette étude a donc évalué les types courants de soutien à l'allaitement dans l'environnement du lieu de travail, et cherché à déterminer quelles sont les formes de soutien à l'allaitement qui sont associées de manière significative à un allaitement exclusif durable. Pour ce faire, quatre différentes dimensions

sont étudiées: les temps de pause, l'environnement de la place de travail, les supports techniques et la politique de travail.

La population de l'étude était composée du personnel féminin d'un institut d'éducation supérieur, et de patientes d'une maternité à qui les chercheurs ont envoyé un questionnaire composé de deux instruments de validation.

Les résultats de l'étude indiquent que la mise à disposition d'un tire-lait et d'un réfrigérateur pour le stockage du lait, d'une structure d'accueil infantine et d'un soutien social des collègues, facilitent le prolongement de la durée d'allaitement exclusif. La politique de travail concernant l'allaitement et le congé maternité ne montre qu'une insignifiante corrélation statistique avec la durée de l'allaitement exclusif.

Les auteurs considèrent qu'il est du rôle des professionnels de la santé de préparer au mieux les femmes à leur allaitement au travers de l'éducation thérapeutique, et de renforcer leurs connaissances au sujet de leurs droits au travail.

*Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self efficacy and breastfeeding duration.*

De nombreuses recherches ont montré les nombreux bénéfices de l'allaitement pour la mère et son enfant. Suite à cela, au Canada, le nombre de femmes ont commencé à allaiter a considérablement augmenté au vu des trois dernières générations. Malheureusement, ce taux a rapidement faibli lors des premières semaines d'allaitement. De nombreux facteurs ont contribué à la durée d'allaitement, notamment la confiance et le sentiment d'efficacité personnelle.

Cette étude a donc été réalisée afin d'évaluer les effets d'un atelier "allaitement" sur le sentiment d'auto-efficacité et sur le temps d'allaitement afin d'augmenter ceux-ci.

La population de l'étude est composée de 92 femmes de 17-42 ans en attente d'un enfant qui allait naître dans un hôpital spécialisé dans le sud-est de l'Ontario aux USA. Elles ont été séparées en deux groupes, contrôle et d'intervention, et ont toutes reçu des soins standards. De plus, les femmes du groupe d'intervention ont participé à un atelier "allaitement" après 34 semaines de gestation. Elles ont ensuite répondu à plusieurs questionnaires de collecte de données à un et deux mois.

Les résultats de l'étude montrent qu'avec le temps, le sentiment d'efficacité augmente dans les deux groupes, mais les femmes qui ont participé à l'atelier ont eu un score plus élevé de sentiment d'efficacité et une proportion plus grande allaitait exclusivement. La différence de la durée de l'allaitement était faible entre les groupes, mais un taux de sevrage plus faible a été constaté dans le groupe d'intervention.

Les auteurs proposent que les infirmières et les consultants en lactation donnent un atelier prénatal à l'allaitement basé sur les deux théories utilisées afin de supporter et d'aider les mamans à se préparer à l'allaitement et augmenter ainsi l'auto-efficacité et le taux d'allaitement exclusif.

*Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England.*

L'UNICEF et l'OMS recommandent l'allaitement exclusif pour les six premiers mois. Le retour au travail se doit d'être effectué dans des conditions favorables. La recension des études démontre une corrélation négative entre la durée d'allaitement et le travail des femmes si celui-ci n'est pas aménagé.

Le but de cette étude est de déterminer et d'explorer la sensibilisation des employées face à leur droits légaux, la sensibilisation des employées à leur politique d'entreprise lorsque celle-ci existe, et les points de vue et l'expérience des employées par rapport au soutien fourni à l'allaitement de la part de leur employeur. Les auteurs émettent des recommandations pour le changement de la politique et la pratique de quatre grands secteurs d'organisations publiques sondés par les services de la santé publique en Angleterre.

Les 46 participantes de l'étude ont été recrutées parmi quatre grands secteurs d'organisations publiques. Elles planifiaient de partir en congé maternité dans les six prochains mois, ou durant le congé maternité, ou dans les six mois qui suivaient leur congé maternité. Un questionnaire leur a été envoyé.

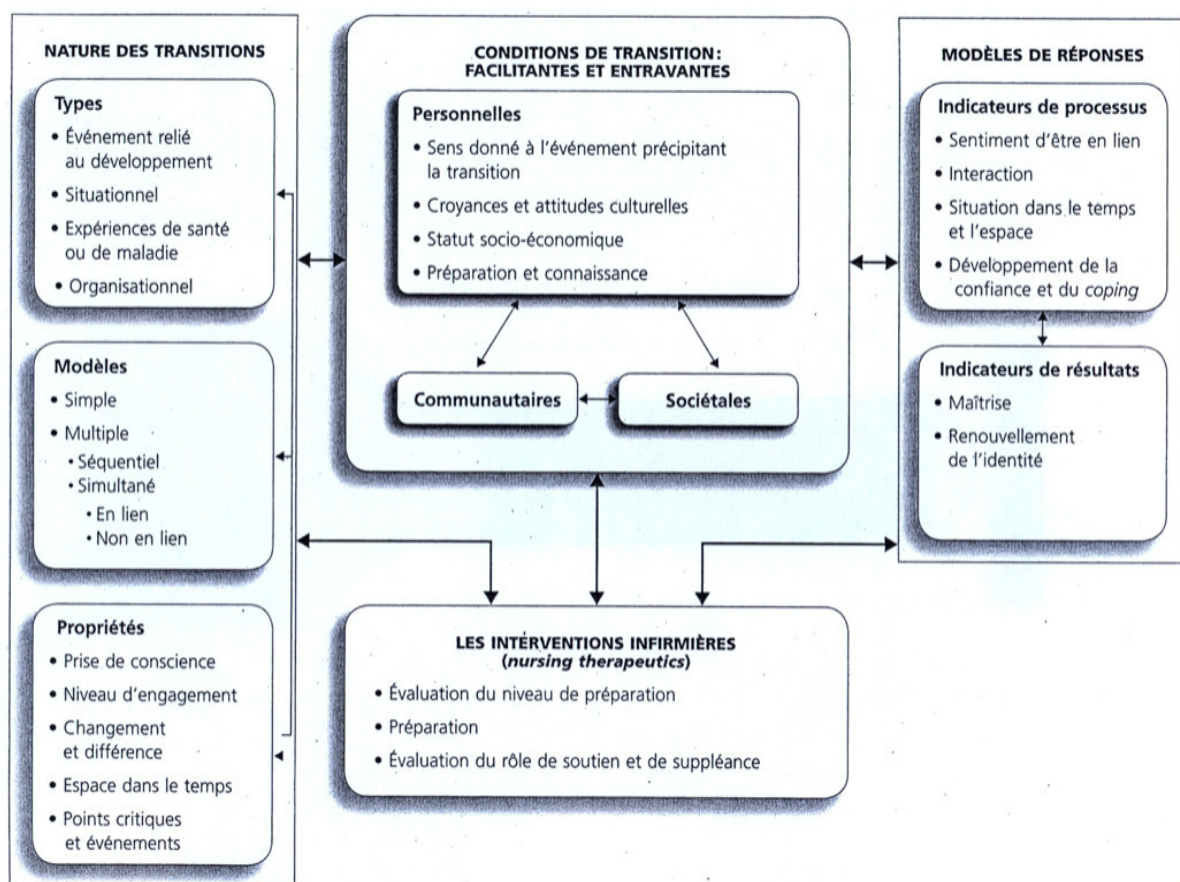
Les résultats révèlent que 21 femmes sur 46 ont déclaré que leur expérience d'allaitement au travail avait été mal vécue à cause d'un manque d'intérêt, d'informations, de soutien et d'aménagement de la part de leur employeur. Pour les trois quarts des personnes, le fait de continuer à allaiter lors de la reprise du travail était ou aurait été très important pour eux. Malgré les efforts fournis par les entreprises pour développer des règles afin de promouvoir l'accès au bien-être ainsi qu'à des installations favorisant l'allaitement au travail, 91% des participants semblaient les ignorer. De plus, les femmes ayant eu accès à des lieux et équipements pour l'allaitement témoignent du mauvais état de ceux-ci. Les employeurs n'ont pas rempli leurs obligations de santé et sécurité entravant les efforts de la santé publique à l'amélioration de la durée de l'allaitement.

Les auteurs recommandent d'améliorer l'accès à l'information aux employées sur le soutien mis à disposition par l'entreprise afin de permettre la continuité de l'allaitement après le retour au travail.

Des horaires flexibles ainsi que la présence d'installations adaptées et confortables permettent de tirer le lait dans un endroit calme, puis de le stocker de manière adéquate.

## 5.2 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS

Les conditions personnelles représentent : 1) Le sens donné à l'évènement ; 2) les croyances et les attitudes culturelles ; 3) Le statut socio-économique ; 4) la préparation et la connaissance.



(Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p. 105)

Figure 1. Experiencing transitions : an emerging middle-range theory

## 5.2.1 Conditions de transition : facilitantes et entravantes

### *Personnelles*

#### *Sens donné à l'événement précipitant la transition*

Le sens que la personne donne à l'évènement qui laisse entrevoir la nécessité d'une transition peut faciliter ou entraver une transition saine (Meleis et autres, 2000). La transition peut être désirée ou non, et être le résultat d'un choix personnel ou non (Schumacher et Meleis, 1994).

La poursuite de l'allaitement lors de la reprise du travail est un événement qui fait sens, puisque les trois quarts des personnes ont souligné que le fait de continuer à allaiter lors de ce retour était ou aurait été très important pour eux (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006). Cet élément semble être un élément favorisant leur transition.

#### *Croyances et attitudes culturelles*

Selon les croyances culturelles, l'attitude des personnes varie et constitue parfois une condition qui peut entraver la réussite d'une transition. L'expression de l'état émotionnel lié à la transition peut être inhibée ou cachée (Meleis et autres, 2000).

Dans l'article de Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett & Kirsten Woodend (2006), les effets obtenus grâce à l'atelier à l'allaitement se démontrent par l'augmentation du score d'auto-efficacité chez les mères. Ces dernières ont déclaré arriver à mieux percevoir le moment où leur bébé avait suffisamment tété (Noel-Weiss et al. 2006). De plus, le score d'auto-efficacité s'est vu augmenté de près de la moitié dans le groupe expérimental, à quatre et huit semaines (Noel-Weiss et al. 2006). Les attitudes favorisant la transition s'expriment par un sentiment d'auto-efficacité et une meilleure confiance en leur capacité. L'état émotionnel joue ici un rôle prépondérant sur la manière que la mère a de nourrir son enfant. Il existe un lien de corrélation entre la fréquence des tétées et le niveau d'anxiété maternelle ; celui-ci diminue si les tétées augmentent (Ciftçi & Arıkan, 2011).

Cependant, certaines croyances sont reconnues comme étant des conditions entravantes. Dans l'étude de Noel-Weiss et al. (2006), un tiers des mères évoque le manque de lait comme étant l'une des causes principales de sevrage.

### *Statut socio-économique*

Les expériences de transition peuvent également être influencées par le statut socio-économique de la personne qui court ainsi plus de risques de développer des symptômes psychologiques. Un revenu modeste peut être préoccupant pour les personnes lors d'une altération de leur état de santé (Meleis et al., 2000). Dans l'article de Kosmala-Anderson et Wallace (2006), l'une des 44 femmes a déclaré qu'elle aurait souhaité, dans l'idéal, prendre un congé d'une année pour s'occuper de son enfant et l'allaiter, mais que son revenu ne le lui permettait pas.

Le taux d'occupation joue un rôle déterminant puisqu'une différence significative apparaît à quatre mois du post-partum. 77% des mères travaillant à plein temps allaitent exclusivement, contre 93.5% des mères travaillant à temps partiel. Cette différence est encore plus marquée à six mois (âge de l'enfant), où 72.1 % des femmes travaillant à plein temps allaitent encore comparativement à 90.3 % des femmes travaillant à temps partiel (Bai & Wunderlich, 2013).

### *Préparation et connaissance*

Une préparation anticipée facilite l'expérience de la transition. Elle permet de gérer l'incertitude qui est étroitement liée au besoin d'acquérir de nouvelles connaissances et de développer des habiletés (Schumacher et Meleis, 1994 ; Meleis et autres, 2000).

L'information donnée sur l'organisation de l'allaitement au travail regroupe des connaissances qui peuvent préparer la femme et son entourage à vivre la transition de manière plus sereine. 82,6 % des participantes pensent qu'être informées sur la manière dont l'allaitement peut être organisé au travail devrait être fournie avant le congé maternité/paternité (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.189). De plus, 48% des participantes souhaiteraient recevoir de l'information sur la promotion de la santé à travers les bénéfices de l'allaitement (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.189).

Cependant, la communication dans l'entreprise n'est pas toujours efficace car seule une minorité (8.7%) des participantes était au courant de l'existence d'une politique de travail concernant les droits et les devoirs des employées (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006). La préparation anticipée peut se présenter sous forme d'ateliers à l'allaitement, et ceux-ci ont un impact sur la durée de l'allaitement. Parmi le groupe contrôle qui n'avait pas suivi un atelier à l'allaitement, 17 participantes sur 34 avaient sevré leur bébé à huit semaines post-partum (Noel-Weiss, Rupp, Cragg, Bassett & Kirsten Woodend, 2006).

## *Les conditions communautaires*

Les conditions communautaires sont les ressources présentes ou non dans l'environnement de la personne. Elles regroupent le soutien social de la personne, la famille, le conjoint et les proches. Celles-ci peuvent aussi se présenter sous forme matérielle. Le soutien de l'infirmière est également très important, car elle apportera des connaissances spécifiques et indispensables afin d'aider la personne à vivre sa transition en santé. L'absence de soutien et de communication de la part du professionnel de santé peut provoquer chez les personnes une frustration, de la confusion et un sentiment d'impuissance (Johnson, Morton et Knox, 1992).

Parmi les participantes ayant bénéficié d'un espace pour l'allaitement, 70% témoignent de leur satisfaction quant à l'aménagement confortable, la disponibilité et la proximité de celui-ci (Bai & Wunderlich, 2013). La mise à disposition d'un environnement favorable est essentielle et figure dans les conditions facilitantes. L'aménagement d'un lieu pour tirer le lait et le conserver est un aspect important pour 73,9% des femmes (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.188). Les éléments mis à disposition pour l'extraction et la conservation du lait, une structure d'accueil enfantine et un soutien social des collègues facilitent le prolongement de la durée l'allaitement exclusif (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.188). De plus, il est démontré que la flexibilité des heures de travail au retour du congé maternité facilite la poursuite de l'allaitement (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.189).

Toutefois, les temps de pause et la politique de travail concernant l'allaitement et le congé maternité ne montrent qu'une corrélation statistique non significative avec la durée de l'allaitement exclusif (Bai & Wunderlich, 2013). Dans l'étude de Kosmala-Anderson et Wallace (2006), 21 femmes sur 46 ont déclaré que leur expérience d'allaitement au travail avait été mal vécue par le fait du manque d'intérêt, d'information, de soutien et d'aménagement de la part de leur employeur. En effet, certaines expriment cela comme étant la raison du sevrage (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.189). Les employeurs n'ont pas rempli leurs obligations en matière de santé et sécurité, ce qui entrave les efforts de la santé publique sur l'amélioration de la durée de l'allaitement (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006, p.189). Un environnement inapproprié rendra la poursuite de l'allaitement plus compliqué. Parmi les personnes insatisfaites, 40% d'entre elles se disent mécontentes de cet espace, estiment qu'il nécessite une amélioration du niveau de commodités (Bai & Wunderlich, 2013). L'étude de Kosmala-Anderson et Wallace, (2006) corrobore ce résultat: les femmes ayant eu accès à des lieux avec des équipements inadaptés, témoignent du manque de privacité et du mauvais état de ceux-ci. De plus, il est mentionné que les lieux de travail ne disposent pas de tire lait, ni de crèche (Bai & Wunderlich, 2013).



### ***Les conditions sociétales***

Les conditions sociétales regroupent les valeurs véhiculées par la société et le rôle dont la femme est associée dans celle-ci (Moore, 1996). Les stéréotypes, la stigmatisation ainsi que les représentations de la femme au sein de la famille vont influencer la transition (Meleis et autres, 2000).

La représentation de la femme chez les employeurs ne correspond pas au soutien attendu. 91 % des participantes pensent que leur employeur devrait davantage les soutenir face à l'allaitement (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006). Certaines désiraient allaiter plus de six mois, mais avaient l'impression que leur employeur ne souhaitait pas que cela s'étende au-delà des six mois de l'enfant (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006). Par ailleurs, quatre participantes sur 44 ont déclaré avoir ressenti une pression pour écourter leur congé maternité (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006). De plus, les participants reportèrent que l'allaitement n'était pas quelque chose de couramment pratiqué, que ce soit à la maison ou au travail. (Bai & Wunderlich, 2013).

### **5.2.2 Modèles de réponses**

Pour vérifier si la personne évolue sainement à travers la transition, les infirmières se reporteront à des modèles de réponses (Meleis, 2010). Ces derniers incluent les indicateurs de processus avec le développement de la confiance et coping ainsi que les indicateurs de résultats avec la maîtrise.

#### ***Indicateurs de processus***

Les modèles de réponses de l'individu par rapport à une transition font référence à deux types d'indicateurs. Les indicateurs de processus permettent d'observer l'évolution de la transition, alors que les indicateurs de résultats vérifient l'atteinte des résultats (Aubin & Dallaire, 2008).

#### ***Développement de la confiance et coping***

L'acquisition d'un sentiment de confiance en ses capacités à faire face à une transition influence positivement la personne (Aubin & Dallaire, 2008).

La formation dispensée aux femmes a nettement favorisé leur coping et leur confiance en elles. Les femmes qui ont suivi l'atelier ont un score d'auto-efficacité et une proportion à l'allaitement exclusif plus élevé en comparaison aux femmes qui n'ont pas suivi l'atelier (Noel-Weiss et al., 2006). L'atelier

à l'allaitement proposé aux femmes du groupe expérimental a sensiblement réduit leur niveau d'anxiété (Ciftçi & Arıkan, 2011).

### ***Indicateurs de résultats***

#### ***Maîtrise***

Une transition est saine lorsqu'une personne fait preuve d'une maîtrise des compétences et des comportements dont elle a besoin pour gérer les nouvelles situations ou le nouvel environnement, et pour retrouver son équilibre (Meleis et autres, 2000).

Lorsque les formations à l'allaitement ont été suivies, les femmes modifient la manière de nourrir leur enfant. Chez les femmes ayant participé, 68,7% nourrissent leur enfant trois - quatre fois par nuit, comparé à une - deux fois par nuit pour 83,3% du groupe contrôle (Ciftçi & Arıkan, 2011). Les ateliers de préparation augmentent la durée de l'allaitement à 20 minutes pour 46.9% du groupe expérimental contre 23.3% dans le groupe contrôle et la fréquence des tétées à cinq - huit fois par jour pour 96,9% du groupe expérimental et 70% du groupe contrôle. De plus, les mères proposent moins de substitut alimentaire à leur enfant et l'ont allaité plus longtemps (Ciftçi & Arıkan, 2011). Le pourcentage des femmes qui proposent un substitut alimentaire à leur enfant trois à quatre fois par jour a baissé à 25,9% dans le groupe expérimental, comparativement au groupe contrôle qui a augmenté à 86.7 % (Ciftçi & Arıkan, 2011).

Les ateliers suivis influencent favorablement les comportements des mères pour une transition en santé. A huit semaines, le taux d'allaitement exclusif était plus élevé dans le groupe expérimental avec 70% contre 58% dans le groupe contrôle. De plus, le taux de sevrage du groupe expérimental était 7% plus bas (Noel-Weiss et al., 2006). Dans l'étude de Ciftçi & Arıkan (2011), la proportion de femmes travaillant et allaitant exclusivement à quatre mois a passé à 18,8%, tandis que les femmes du groupe contrôle avaient sevré leur enfant. A six mois, il restait encore 15,6% des femmes du groupe expérimental qui allaitaient.

## **6 DISCUSSION**

Dans ce chapitre, les principaux résultats sont mis en perspective avec le cadre de référence de la théorie des transitions. Puis la recension des écrits de la problématique est reprise afin de confronter les résultats à la question de recherche. Quelques limites méthodologiques du travail sont ensuite évoquées. Le caractère généralisable est développé, auprès d'autres types de population, ainsi que les limites. Enfin, des recommandations pour la pratique et la recherche sont proposées dans le contexte.

### **6.1 MISE EN PERSPECTIVE DES PRINCIPAUX RÉSULTATS AVEC LE CADRE THÉORIQUE**

La théorie des transitions de Meleis et al., de niveau intermédiaire, est utile en tant que cadre de référence pour expliquer les expériences de transitions de divers groupes de population dans différents types de transition [traduction libre] (Allgood & Tomey, 2010, p. 424). La théorie de la transition a aidé à comprendre ce que vivait la femme dans cette période de la vie tout en structurant l'analyse étape par étape. Étant donné que ce type de transition s'exprime dans différentes dimensions sociales, cette théorie a permis de mettre en exergue l'importance du soutien environnemental de l'employée-mère et faire ressortir des indicateurs permettant des interventions infirmières pertinentes dans le contexte. Il est du rôle de l'infirmière, notamment, d'être une ressource en l'accompagnant dans un processus d'évolution de l'identité basée sur le changement pour que la transition se déroule dans de bonnes conditions. La théorie a permis de saisir la complexité du processus en organisant les données dans chacune des conditions de transition, qu'elles soient personnelles, communautaires ou sociétales. Ces deux dernières ont semblé être les plus importantes dans un but de transition en santé.

Le rôle de l'infirmière constitue l'un des paradigmes de la théorie des transitions: l'infirmière est une experte-conseil qui aide la personne à choisir les comportements relatifs à la santé les mieux adaptés à un fonctionnement personnel et interpersonnel optimal (Pepin & al., 2010, p.41). L'infirmière intervient efficacement en aidant la personne et sa famille à retrouver leur équilibre à la suite d'une période de vulnérabilité, en reconnaissant la nature de la transition vécue et les conditions qui la facilitent ou l'entravent (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p.113). L'infirmière collabore avec la mère sur son lieu de travail dès la grossesse, elle l'aide à développer son coping pour faire face aux événements changeants. Les interventions sont mises en place après une évaluation globale de l'environnement de la femme. Grâce à la théorie de Meleis, les interventions infirmières sont

explorées par le biais de trois dimensions : l'évaluation du niveau de préparation, la préparation et l'évaluation du rôle de soutien et de suppléance.

L'évaluation du niveau de préparation consiste à déterminer les interventions à faire ou à prolonger, ceci afin d'assurer la continuité des soins et services. Elle est mise en œuvre avec la collaboration d'une équipe multidisciplinaire. Il s'agit d'évaluer de multiples dimensions afin de comprendre la personne dans son ensemble (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p.111).

La préparation réside dans l'éducation, modalité primaire qui permet de créer des conditions optimales dans la préparation à la transition. Les personnes ainsi que leurs proches doivent être capable de faire des liens entre les éléments enseignés et les symptômes perçus afin de réagir en conséquence. Une préparation adéquate requiert suffisamment de temps pour assimiler les nouvelles responsabilités et acquérir de nouvelles habiletés ou compétences (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p.111-112).

Le rôle de soutien et suppléance représente la dernière intervention thérapeutique de l'infirmière. Pour assurer une continuité des soins et services, celle-ci détermine les besoins de soutien et de suppléance nécessaires pour combler les manques de la personne durant sa transition. Les infirmières doivent avoir de multiples connaissances pour définir le mode d'assistance dont la personne et ses proches ont besoin afin d'assurer le confort et la sécurité et la mener à une transition saine (Aubin & Dallaire dans Dallaire, 2008, p.112). Pour cela, il est entre autres nécessaire que l'infirmière maîtrise la Loi fédérale sur le travail, et plus particulièrement l'Ordonnance sur la protection de la maternité. Le rôle de soutien et de suppléance n'est pas exploré dans ce travail car dans ce contexte de promotion de la santé, et hors de pathologie, la femme est capable d'assurer elle-même les besoins nécessaires à une bonne transition, grâce aux interventions préalables de l'infirmière.

## **6.2 RÉPONSE À LA QUESTION DE RECHERCHE ET RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE EN SUISSE**

*Quelles sont les interventions que l'infirmière de santé au travail peut mettre en place afin de promouvoir la santé de la mère et de l'enfant, par la poursuite de l'allaitement après le congé maternité?*

La recension des écrits a permis de répondre à la question de recherche. Cependant il ne s'agit pas d'une réponse exhaustive au vu du nombre d'articles analysés. Etant donné que le sujet de ce travail

est étroitement lié au cadre légal suisse, les recommandations pour la pratique sont directement intégrées à la réponse à la question de recherche.

## **6.2.1 Les interventions infirmières**

### *Evaluation du niveau de préparation*

L'établissement d'un lien de confiance entre l'employée-mère et l'infirmière de santé au travail constitue la base d'une relation thérapeutique. Cette dernière exerce son rôle d'advocacy telle que défini par Phaneuf. L'infirmière a non seulement le devoir de respecter les droits des personnes dont elle prend soin, mais la relation de confiance qu'elle entretient avec elles et son rôle infirmier, lui confère l'obligation éthique de les protéger (prendresoin.org, 2013). L'infirmière détermine le niveau de préparation de la transition chez l'employée-mère à l'aide d'une évaluation complète. Cette étape investigate les connaissances à propos des temps de pause auxquels la collaboratrice a droit, les éventuelles représentations au sujet de l'allaitement, l'état des lieux de la place de travail, les éléments mis en place pour faciliter la grossesse puis, plus précisément, l'allaitement au retour du congé maternité. Idéalement, la prise en charge devrait déjà avoir lieu durant la grossesse pour une préparation plus efficace.

### *Préparation*

La préparation pour cette transition englobe une étroite collaboration entre l'employée-mère, l'infirmière et l'entreprise afin de créer un espace de dialogue. Il est important de trouver un terrain d'entente entre les parties, un compromis qui respecte les droits et devoirs de chacun. Le soutien par la famille, les collaborateurs, ainsi que par les professionnels de la santé sont indispensables à cette transition en santé. Le conjoint représente une source de soutien psychologique et organisationnel importante auprès de sa femme. L'infirmière est chargée de créer un espace de partage où la mère peut exprimer et questionner son vécu quant à sa grossesse et y trouver des réponses. Elle peut organiser, en collaboration avec la sage-femme, des enseignements thérapeutiques afin de fournir les connaissances manquantes relatives à la période de grossesse et d'allaitement.

Lorsque les formations à l'allaitement ont été suivies, les femmes modifient la manière de nourrir leur enfant. Ces connaissances théoriques ont un impact sur les fréquences des tétées et ajoute de substitut alimentaire (Ciftçi & Arıkan, 2011). L'amélioration de l'ensemble des connaissances de la femme prolonge la durée d'allaitement exclusif (Ciftçi & Arıkan, 2011 ; Noel-Weiss et al., 2006). Les

éléments évoqués vont finalement apporter un ensemble de ressources importantes permettant de développer l'empowerment<sup>1</sup> de l'employée-mère. Selon Deborah Payne et David A. Nicholls (2010), l'employée-mère doit développer des compétences dans la production efficace de son lait, ainsi que dans le stockage hygiénique des réserves de celui-ci. Ces compétences se construisent avec l'aide de l'infirmière qui fournit à la mère toutes les connaissances nécessaires. Par ailleurs, il est conseillé aux mères de commencer à habituer leur enfant à boire le lait maternel au biberon avant la reprise du travail.

La mise à disposition d'un environnement favorable est essentielle et figure parmi les conditions facilitantes sur lesquelles une infirmière de santé au travail peut agir. L'aménagement de la place de travail se fait déjà durant la période de la grossesse puisque la femme enceinte doit pouvoir disposer d'un lieu de repos équipé d'un fauteuil confortable afin de pouvoir s'allonger et se reposer dans de bonnes conditions. Dans l'article de Kosmala-Anderson & Wallace (2006), la mise en place d'un lieu pour tirer le lait et le conserver est un aspect important pour 73,9% des femmes. La période de la grossesse représente un moment opportun pour fournir des informations sur la manière dont l'allaitement pourra être concilié après le congé maternité (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006).

Il est possible que l'infirmière de santé au travail puisse intervenir auprès de l'employeur dans le but d'évaluer si celui-ci connaît son devoir de protection et de promotion de la santé et les droits de son employée. Le cas échéant, elle fournit les informations nécessaires. Les bienfaits de l'allaitement lui sont présentés puisqu'ils peuvent servir d'argument étant donné que les enfants allaités sont moins souvent malades, et leurs parents sont par conséquent moins souvent absents au travail. Parfois, les infrastructures ne permettent pas toujours d'être adaptées. Dans ce cas, il s'agit de trouver un compromis acceptable avec et pour chacune des parties.

Le but final des interventions proposées est de permettre à la mère de contrôler son stress au travail et ainsi réussir à diminuer l'anxiété, facteur péjorant sa santé et celle de son enfant. Elles contribuent notamment à l'accroissement du sentiment d'auto-efficacité tout en légitimant leur désir d'allaiter. La possibilité de rester en lien avec la vie professionnelle et de garder le contrôle sur la situation lève l'employée-mère de certaines craintes quant à sa réintégration lors du retour du congé maternité. Finalement, le maintien du sentiment de bien-être aura un impact sur la poursuite de l'allaitement, en vue de retarder le sevrage du bébé selon les souhaits de la mère.

---

<sup>1</sup> Empowerment: capacité de la personne de régler par elle-même sa conduite selon certaines règles (Phaneuf, 2013).

### **6.3 LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DU TRAVAIL**

Cette revue de littérature se voit limitée par le nombre d'articles choisis. Par ailleurs, seules deux bases de données ont été consultées pour effectuer les recherches. Les critères d'inclusion et d'exclusion ont passablement restreint la quantité d'écrits trouvés. Néanmoins, les recherches établies concernant ce thème montrent un intérêt croissant au vu des récentes publications apparues en 2016. Il est donc recommandé, pour une recherche scientifique ultérieure, de consulter un nombre plus important d'articles. Dans cette revue de littérature, les articles sélectionnés sont tous écrits en anglais, langue qui n'est pas celle des auteurs. Par conséquent, la compréhension n'a peut-être pas toujours permis de saisir toute la subtilité du vocabulaire. De plus, le cadre de référence utilisé pour ce travail inclut diverses dimensions qui n'ont pas toutes été explorées dans ce travail, au vu de sa complexité.

### **6.4 CARACTÈRE GÉNÉRALISABLE DES RÉSULTATS**

La population choisie peut limiter la généralisation des résultats. Les sujets de l'étude sont sains, de ce fait, les interventions proposées diffèrent lorsqu'il y a présence de pathologies tant chez la mère que chez l'enfant. Par ailleurs, la possibilité de proposer de telles interventions est influencée par le secteur dans lequel la femme travaille, qu'il soit primaire, secondaire ou tertiaire. Ces différentes caractéristiques doivent être prises en considération afin de proposer un suivi adéquat.

Les croyances et perceptions liées à l'allaitement sont étroitement liées à l'empreinte culturelle du pays. Dans la société suisse, la question de la santé de la femme sur le marché du travail est relativement récente. Désormais, les femmes sont davantage qualifiées, et souhaitent poursuivre leur carrière après la naissance de leur enfant. La maternité représente donc une parenthèse dans leur vie professionnelle lorsqu'elles fondent une famille. Certaines femmes hésitent parfois à faire valoir leurs droits par crainte de créer un conflit avec l'employeur. C'est dans ce contexte qu'intervient l'infirmière de santé au travail. Elle agit déjà durant la grossesse, en amont, afin que la collaboratrice enceinte puisse préserver son poste de travail. Le soutien effectué durant cette période permet de créer un espace de dialogue avec l'employeur et les ressources humaines qui sera utile pour l'aménagement du retour du congé maternité de l'employée.

Ce travail part du postulat que la femme occupe une place d'employée dans l'entreprise, mais elle pourrait aussi être indépendante ou au sommet de la hiérarchie. De plus, le temps à disposition pour allaiter permet à la mère dans de rares cas de se rendre auprès de son enfant ou que celui-ci lui soit

amené afin de pouvoir lui donner le sein directement. Dans les entreprises, les femmes n'ont pas forcément accès à un accompagnement infirmier et/ou d'un service de santé au travail. De ce fait, ce suivi peut également se faire par d'autres professionnels de la santé ou par un service de santé externe, comme par exemple les consultations OProMa proposées par l'Institut universitaire de Santé au Travail ou encore certaines assurances maladie offrant ce type de suivi.

D'après plusieurs témoignages récoltés de mères qui travaillent, la reprise du travail est parfois mal vécue car le congé maternité prend fin trop vite. Ce constat va dans le même sens qu'une donnée apparue dans l'un des articles analysés, où une participante déclarait qu'elle aurait souhaité pouvoir prendre un an de congé pour pouvoir s'occuper de son enfant et l'allaiter (Kosmala-Anderson & Wallace, 2006).

De plus, plusieurs femmes ont confié que le temps qu'elles prenaient pour aller tirer leur lait a été source de remarques déplacées de la part de leurs collègues, bien qu'elles aient été dans leur plein droit. Ce genre d'attitude contribue à créer un climat de travail désagréable pouvant engendrer de l'anxiété et du stress chez elles. Le temps consacré à l'allaitement auquel la collaboratrice a droit sur son lieu de travail nécessite un aménagement de la part de l'employeur, puisque lorsque la femme quitte son poste, il est parfois indispensable qu'elle soit remplacée selon la nature du travail. C'est par exemple le cas d'une infirmière de soins intensifs où des surveillances continues doivent être effectuées. Ceci représente une contrainte organisationnelle pour l'employeur avec lequel il est parfois nécessaire d'argumenter ce besoin d'aménagement.

## **6.5 AUTRES SOURCES DE SOUTIEN**

D'autres éléments peuvent être apportés en vue de soutenir le projet de conciliation entre allaitement et travail. L'association de la Leche League, qui promeut l'allaitement, constitue une ressource intéressante pour les femmes ayant besoin de soutien lors de la reprise du travail. Au travers de réunions encadrées par une animatrice, des mères se rencontrent afin d'échanger sur le thème de l'allaitement et peuvent y trouver de la documentation.

Par ailleurs, il existe un outil permettant d'organiser la grossesse puis le retour au travail: le site mamagenda.ch, utile à la fois pour la collaboratrice et son employeur. Ce site dispose d'une mine d'informations et propose un échéancier personnalisé online pour l'employeur afin de faciliter la gestion des questions touchant à la maternité. La Fondation pour la promotion de l'allaitement



maternel en Suisse dispose elle aussi de documentation liée à la gestion de l'allaitement au travail qui est consultable sur son site Internet.

En Suisse romande, pour les femmes enceintes travaillant dans des petites et moyennes entreprises qui ne disposent pas d'un service de médecine du travail, l'Institut universitaire romand de Santé au Travail propose une consultation spécialisée. Celle-ci entre dans le cadre de l'application de l'ordonnance pour la protection de la maternité au travail (OProMa). L'accès à cette consultation spécialisée se fait essentiellement par l'intermédiaire des gynécologues-obstétriciens du Canton de Vaud. Un médecin du travail fournit informations et conseils à la travailleuse enceinte afin de lui permettre de vivre sa grossesse dans les meilleures conditions possibles (Institut universitaire romand de Santé au Travail [IST], 2016). Encore beaucoup d'employeurs ignorent la loi de l'OProMa, malgré leur devoir de protection et de sécurité de leurs employées enceintes. L'IST informe, guide l'employeur et procède à une analyse de risques de base afin d'adapter le poste de travail. Dans le cas où l'analyse de risques identifie un danger, un avis d'inaptitude au poste de travail de la femme enceinte peut être prononcé dans l'attente qu'un autre poste ou qu'une adaptation puisse lui être proposée. L'IST tente le plus possible de trouver un compromis acceptable avec chacune des parties (Institut universitaire romand de Santé au Travail [IST], 2016).

Actuellement, aucune infirmière ne fait partie de l'équipe assurant la consultation OProMa. En Suisse, d'après les directives MMST (appel à des médecins et autres spécialistes de la sécurité au travail), les professionnels de la santé reconnus pour établir une analyse de risques sont les médecins du travail, les ingénieurs, et les hygiénistes (spécialistes de l'environnement de travail). Une infirmière de santé au travail n'est donc pas habilitée à ce type d'évaluation. Cependant, lorsqu'elle fait partie de l'entreprise au sein d'un service de santé, elle occupe une place de choix en tant que partenaire de discussion et de coordination entre les ressources humaines et l'employée. Elle partage sa vision globale de la situation avec les différents intervenants, participe à l'adaptation du poste de travail et conseille les femmes. L'infirmière offre un suivi particulier de la femme en milieu professionnel dès le début de sa grossesse jusqu'à la fin de son allaitement en devenant une personne ressource sur le lieu de travail, et en assurant son rôle d'advocacy en défendant le bien-être et les intérêts de l'employée.

## 7 CONCLUSION

En Suisse, les femmes reprennent leur travail de plus en plus tôt avec des taux d'emploi plus élevés. Dès lors, concilier travail et allaitement représente un véritable projet pour lequel la femme a besoin de soutien de son employeur, de ses collègues et de son entourage familial. Il s'agit d'une démarche complexe qui implique parfois de trouver des compromis pour parvenir à une situation satisfaisante pour chacune des parties. De ce fait, le service de santé ou la médecine du travail est au cœur d'une étroite collaboration avec l'employée, sa hiérarchie et parfois les ressources humaines. L'un des rôles de l'infirmière est de mettre en place les conditions favorables à une réintégration professionnelle tout en soutenant l'employée-mère. Ses interventions s'inscrivent dans un contexte global de promotion de la santé puisqu'elles suivent les recommandations de l'OMS.

Cependant, il subsiste encore bon nombre d'éléments autour desquels des améliorations sont encore à fournir. Par exemple, les employeurs jouent un rôle facilitant en mettant à disposition de leurs employées des locaux appropriés pour leur permettre d'extraire leur lait en toute tranquillité, ou encore en adoptant une attitude positive vis-à-vis de leur allaitement sur le lieu de travail. Pour cela, connaître la Loi de l'OProMa s'avère primordial, tant pour la collaboratrice que son employeur, afin de la mettre en application.

Au terme de ce travail, différents éléments de réponse aux questionnements ayant motivé cette recherche ont été trouvés. Toutefois, il semblerait intéressant d'explorer davantage cette problématique dans le but de développer la pratique et valoriser le rôle de l'infirmière de santé au travail.

## LISTE DE RÉFÉRENCES

Allgood, M.A. (2014). *Nursing Theorists and their Work (8<sup>e</sup> ed.)*. St. Louis United States : Elsevier.

Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail. (2016). *Promotion de la santé au travail pour les salariés*. Repéré à

<https://osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/factsheets/93>

Art. 3 de l'Ordonnance 3 relative à la loi sur le travail du 1er octobre 2015 (= OLT3 ; RS 822.113)

Art. 60 de l'Ordonnance 1 relative à la loi sur le travail du 30 avril 2014 (= OLT1 ; RS 822.111)

Association suisse des infirmiers(ères) de santé au travail. (05.04.2016). *Prestations des infirmières de santé au travail*. Repéré à

<http://www.asist.ch/prestations-des-infirmieres-de-sante-au-travail-fr38.html>

Aubin, K. & Dallaire, M. (2008). *Savoir infirmier: au coeur de la discipline et de la profession*. Montréal, Québec : Gaétan Morin éditeur.

Bai, Y., & Wunderlich, S. M. (2013). Lactation Accommodation in the Workplace and Duration of Exclusive Breastfeeding. *Journal Of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 690-696 7p. doi:10.1111/jmwh.12072

Carroll, G., Couturier, L., & St-Pierre, I. (2015). *Pratiques en santé communautaire (2e éd.)*. Montréal, Canada : Chenelière Education.

Çiftçi, E. K., & Arıkan, D. (2012). The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits. *Journal Of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2170-2178 9p. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03957.x

Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement Maternel (2014). *Allaiter au travail - informations pour les employeurs*. Repéré à

[http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/file/stillen/Merkblatt\\_fur\\_Arbeitgeberfranz.pdf](http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/file/stillen/Merkblatt_fur_Arbeitgeberfranz.pdf)

Fondation suisse pour la Promotion de l'Allaitement maternel (2014). *Rapport annuel 2007*. Repéré à [http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/file/stiftung/bericht/archiv/2007\\_Jahresbericht\\_f\\_def.pdf](http://www.allaiter.ch/logicio/client/stillen/file/stiftung/bericht/archiv/2007_Jahresbericht_f_def.pdf)

George, J.B., & Hickman, J.S. (2011). Other Theories of the 1980s: Transitions, Afaf I. Meleis. In J.B. George (Ed.), *Nursing Theories : The Base for Professional Nursing Practice*, (6<sup>e</sup> ed.). Upper Saddle River (NJ) : Pearson Education.

Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (2015). *Semaine mondiale de l'allaitement maternel*. Repéré à <http://www.inpes.sante.fr/30000/actus2011/024.asp>

Kosmala-Anderson, J., & Wallace, L. (2006). Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish to breastfeed and work in four organizations in England. *Journal Of Public Health*, 28(3), 183-191 9p. doi:pubmed/fdl012

Noel-Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A. (2006). Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration. *JOGNN: Journal Of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 35(5), 616-624 9p. doi:10.1111/j.1552-6909.2006.00077.x

Noirhomme-Renard F., Farfan-Portet M.-I., & Berrewaerts J. (2006). *Unité d'éducation pour la santé: Soutenir l'allaitement maternel dans la durée: quels sont les facteurs en jeu?* Repéré à <https://www.uclouvain.be/cps/ucl/doc/reso/documents/Dos41.pdf>

Noirhomme-Renard F., Noirhomme Q. (2009). Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*, 22, 112-120

Office fédéral de la statistique. (2015). *Travail rémunéré et profession*. Repéré à [http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/thematische\\_karten/gleichstellungsatlas/erwerbs\\_arbeit\\_und\\_beruf/teilzeitbeschaeftigung.html](http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/regionen/thematische_karten/gleichstellungsatlas/erwerbs_arbeit_und_beruf/teilzeitbeschaeftigung.html)

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). *Charte d'Ottawa*. Repéré à [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs 2008-2017*. Repéré à

[http://www.who.int/occupational\\_health/WHO\\_health\\_assembly\\_fr\\_web.pdf](http://www.who.int/occupational_health/WHO_health_assembly_fr_web.pdf)

Organisation Mondiale de la Santé. (2015). *Allaitement maternel exclusif*. Repéré à [http://www.who.int/elena/titles/exclusive\\_breastfeeding/fr/](http://www.who.int/elena/titles/exclusive_breastfeeding/fr/)

Payne, D., & Nicholls, D. (2010). Managing breastfeeding and work: a Foucauldian secondary analysis. *Journal Of Advanced Nursing*, 66(8), 1810-1818 9p. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05156.x

Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière (3e éd.)*. Montréal : Chenelière Education.

Phaneuf, M. (2013). *Le concept d'advocacy en soins infirmiers*. Repéré à <http://www.prendresoin.org/wp-content/uploads/2013/02/Le-concept-dadvocasy-en-soins-infirmiers-Copie.pdf>

Plan d'étude cadre Bachelor (PEC) (2012). Filière de formation en Soins infirmiers. Repéré à [http://hesav.ch/docs/default-source/relations-internationales-docs/formation-de-base-docs/si\\_plan\\_etudes\\_cadre\\_bachelor\\_2012.pdf?sfvrsn=2](http://hesav.ch/docs/default-source/relations-internationales-docs/formation-de-base-docs/si_plan_etudes_cadre_bachelor_2012.pdf?sfvrsn=2)

Secrétariat d'Etat à l'économie SECO. (2015). *Introduction de la rémunération des temps d'allaitement*. Repéré à <http://www.seco.admin.ch/aktuell/00277/01164/01980/index.html?lang=fr&msg-id=52808>

SWIFS - Swiss Infant Feeding Study. Étude nationale sur l'alimentation des nourrissons et la santé infantile durant la première année de vie. (2014). *Note de synthèse*. Repéré à [http://www.swisstph.ch/fileadmin/user\\_upload/Pdfs/swifs/ExecutiveSummary\\_SWIFS\\_FR.pdf](http://www.swisstph.ch/fileadmin/user_upload/Pdfs/swifs/ExecutiveSummary_SWIFS_FR.pdf)

## BIBLIOGRAPHIE

Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. (2016). *Les femmes et la sécurité et la santé au travail*. Repéré à

<https://osha.europa.eu/fr/themes/women-and-health-work>

De Puy Leisnter J. (2012). *Travail retraite et santé: revue de la littérature et état des lieux*. Fribourg, Suisse : Edition Fondation Charlotte Olivier.

Despland, B. (1991) *Femmes et travail: Enjeux et perspectives de l'activité féminine en Suisse*. Lausanne, Suisse : Editions Réalités sociales.

Fondation Suisse pour la promotion de l'Allaitement maternel. (2015). *L'allaitement maternel et travail*. Repéré à

[http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client\\_id=stillen&page\\_id=arbeit&lang\\_iso639=fr](http://www.allaiter.ch/logicio/pmws/indexDOM.php?client_id=stillen&page_id=arbeit&lang_iso639=fr)

Fortin, M. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives (2e éd.)*. Montréal, Canada : Chenelière éducation.

Guillemin, M. (2011). *Les dimensions insoupçonnées de la santé au travail*. Paris, France : L'Harmattan.

Institut universitaire romand de Santé au Travail (2016). *Consultation OProMa*. Repéré à <http://www.i-s-t.ch/consultations/consultations-de-medecine-du-travail/consultation-oproma/>

Meleis A., (2010). *Transitions Theory : Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*, New York : Springer Publishing Compagny LLC.

Organisation indépendante de travailleurs et travailleuses (2015). *Informaternité*. Repéré à

<http://www.informaternite.ch>

Provost, M. A., Alain, M., Leroux, Y., & Lussier, Y. (2010). *Normes de présentation d'un travail de recherche (4ème éd.)*. Trois Rivières, QC : SMG.

Secrétariat d'Etat à l'économie SECO (2015). *Maternité : Protection des travailleuses* [Brochure]. Berne, Suisse : SECO

Secrétariat d'Etat à l'économie SECO (2015). *Travail et Santé : Grossesse, maternité, période d'allaitement* [Brochure]. Berne, Suisse : SECO

Turck D. (2010). *Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel* : Plan d'action: Allaitement maternel. Repéré à

[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_Plan\\_daction\\_allaitement\\_Pr\\_D\\_Turck.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf)

## **ANNEXES**

*Annexe I : Tableau synoptique sur la protection de la maternité et mesures de protection*

*Annexe II : Tableau d'extraction des données*



# ANNEXE I



Schweizerische Eidgenossenschaft  
Confédération suisse  
Confederazione Svizzera  
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'économie, de la formation et de la recherche DEFR  
Secrétariat d'Etat à l'économie SECO  
Conditions de travail

## Protection de la maternité et mesures de protection (tableau synoptique)

Article de loi	Mois de grossesse							Semaines après la naissance et allaitement				
	0/1	2	3	4	5	6	7	8	9	16	52	Jusqu'à la fin de l'allait.
LTr - Loi sur le travail OLT - Ordonnance relative à la loi sur le travail OProMa - Ordonnance sur la prot. de la maternité												
LTr art. 35a	Occupation seulement avec l'accord de la femme enceinte. Sur simple avis, les femmes enceintes peuvent se dispenser d'aller au travail ou le quitter.											
LTr art. 35a												
LTr art. 35a	Interdiction d'emploi de 20 h à 6 h huit semaines avant la naissance											
OLT 1 art. 60, al. 1	Pas d'heures supplémentaires et max. 9 heures par jour jusqu'à la fin de l'allaitement.											
OLT 1 art. 60, al. 2												
OLT 1 art. 61	Activités exercées en station debout: durée du repos quotidien 12h; pauses supplémentaires 10min/2h.											
OLT 1 art. 61	Activités exercées en station debout: max. 4h/J.											
OLT 1 art. 62, 63: Travaux dangereux ou pénibles, Analyse de risques	L'OLT 1 prévoit qu'il faut procéder à une analyse de risques pour les travaux dangereux ou pénibles (concrétisation dans OProMa).											
OLT 1 art. 62 / OProMa art. 13	F. enceintes dans les zones fumeurs : la législation sur la protection contre le tabagisme passif renvoie à la LTr > OProMa → Art. 13 (p.ex. substance dangereuse "monoxyde de carbone" → analyse de risques nécessaire → en général interdiction d'occupation!)											
OLT 1 art. 64, al. 1	Dispense des travaux subjectivement pénibles.											
OLT 1 art. 64, al. 1												
OLT 3 art. 34 (Femmes enceintes, Mères allaitantes)	Les femmes enceintes et les mères allaitantes doivent pouvoir s'allonger et se reposer dans des conditions adéquates.											
	<b>Interdiction de travail</b>											
	Accouchées: occup. avec leur accord											
	Femmes qui allaitent: cf. ci-dessus.											
	Femmes qui allaitent: droit au temps nécessaire pour allaiter (annonce préalable au chef).											
	Femmes qui allaitent: cf. texte à gauche.											
	Allaitement: temps de travail rémunéré dans les limites suivantes: pour une journée de travail ≤ 4 h = 30 min. > 4 h = 60 min. > 7 h = 90 min.											
	Femmes qui allaitent: cf. texte à gauche.											
	Femmes qui allaitent: cf. texte à gauche.											
	Femmes qui allaitent: cf. texte à gauche.											
	En cas de capacité de travail réduite, adapter le travail → certificat médical (premiers mois après l'accouchement).											
	Femmes qui allaitent: cf. texte à gauche.											



Article de loi	Mois de grossesse							Naissance	Semaines après la naissance et allaitement			
	0/1	2	3	4	5	6	7		8	9	16	Jusqu'à la fin de l'allait.
M - OProMa. Ordonnance sur la prot. de la maternité										8	52	
M art. 7 Déplacement de charges lourdes	<p><b>Régulièrement pas plus de 5 kg, occasionnellement pas plus de 10kg.</b></p> <p>Pas de port de plus de 5 kg.</p>											
M art. 8 Travail: froid - chaleur - humidité												
M art. 9 Mouvements et postures engendrant une fatigue précoce	<p>Travaux &lt; -5°C ou &gt; 28°C ou à l'humidité non admis; travaux &lt; 10°C et &gt; -5°C → tenue adaptée; travaux &lt; 15°C → boissons chaudes.</p>											
M art. 10 Microorganismes	<p>Mouvements et postures engendrant une fatigue précoce non admis; impact de chocs, secousses ou vibrations non admis.</p>											
M art. 11 Bruit	<p>Il faut s'assurer qu'une telle exposition n'entraîne aucun dommage ni pour la mère ni pour l'enfant. Exception: immunisation établie (p. ex. vaccination).</p>											
M art. 12 Radiations ionisantes	<p>Niveau de pression acoustique ≥ 85dB(A) (LEX 8 h) non admis.</p>											
M art. 13 Substances chimiques dangereuses	<p>Les f. enceintes ne doivent pas être exposées à des doses équivalentes supérieures à ce que prévoit l'ordonnance sur la radioprotection.</p>											
M art. 14 Systèmes d'organisation du temps de travail très contraignants	<p>L'exposition à des substances dangereuses ne doit pas être préjudiciable à la mère ni à l'enfant. Si exposition à des substances particul. dangereuses pour la mère ou l'enfant → analyse de risques!</p>											
M art. 15 Travail à la pièce et travail cadencé	<p>Pas de travail de nuit ou en équipes lorsqu'il s'agit de tâches dangereuses selon art. 7 à 13. Les systèmes de travail en équipes particulièrement préjudiciables à la santé sont interdits.</p>											
M art. 16 Interdictions d'affectation particulières	<p>Le travail à la tâche ou le travail cadencé sont interdits si le rythme du travail ne peut pas être réglé par la travailleuse elle-même.</p> <p>Les femmes enceintes ne doivent pas être affectées aux travaux impliquant une surpression ni dans des locaux à atmosphère appauvrie en oxygène.</p>											

## ANNEXE II

Titre de l'article	But de l'étude	Population	Méthode	Résultats	Discussion / Commentaire
<i>The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits</i>	Déterminer l'effet d'une formation à l'allaitement octroyée aux mères qui travaillent sur leur niveau d'anxiété et l'impact sur les habitudes d'allaitement.	67 mères consultant dans des centres de santé situés en Turquie. Femmes allaitant, déjà retournées au travail ; qui retourneront au travail durant l'étude ou trois mois après la naissance.	Essai clinique randomisé. Visite à domicile aux mères du groupe expérimental cinq fois, en leur offrant une formation à l'allaitement.	Le taux d'enfants nourri exclusivement au sein chez les femmes ayant reçu une formation est plus élevé que chez celles qui n'ont pas reçu ce cours. Scores d'anxiété de pré-test à 36.03 pour le groupe expérimental et 39.6 pour le groupe contrôle, et en post-test à 31.93 chez le groupe expérimental et 36.46 chez le groupe contrôle. L'éducation proposée aux femmes du groupe expérimental a sensiblement réduit leur niveau d'anxiété. Celles-ci ont augmenté la durée et la fréquence des tétées, proposaient moins de substituts alimentaires à leur enfant et ont l'allaité plus longtemps. Il existe un lien de corrélation entre la fréquence des tétées et le niveau d'anxiété maternel ; celui-ci diminue si les tétées augmentent.	Les auteurs relèvent l'importance de rassurer les mères sur la valeur et la quantité suffisante de leur lait. Avec le soutien d'une équipe de soins, le taux et la durée d'allaitement augmentent significativement.



Titre de l'article	But de l'étude	Population	Méthode	Résultats	Discussion / Commentaire
<i>Lactation Accommodation in the Workplace and Duration of Exclusive Breastfeeding</i>	Evaluer les types de soutien à l'allaitement courants dans l'environnement du lieu de travail et déterminer quelles sont les formes de soutien à l'allaitement qui sont associées de manière significative à un allaitement exclusif durable. Quatre différentes dimensions sont étudiées : les temps de pause, l'environnement de la place de travail, les supports techniques et la politique de travail.	113 femmes : personnel féminin d'un institut d'éducation supérieur, d'une unité de procréation et des patientes de la maternité de l'hôpital du New Jersey aux Etats-Unis ayant donné naissance entre le printemps et l'automne 2010.	Etude corrélationnelle prédictive. Enquête menée avec un questionnaire composé de deux instruments de validation.	La mise à disposition d'un tire-lait et d'un réfrigérateur pour le stockage du lait, une structure d'accueil enfantine et un soutien social des collègues facilite le prolongement de la durée d'allaitement exclusif. Les temps de pause et la politique de travail concernant l'allaitement et le congé maternité ne montrent qu'une insignifiante corrélation statistique avec la durée de l'allaitement exclusif.	Les auteurs considèrent qu'il est du rôle des professionnels de la santé de préparer au mieux les femmes à leur allaitement au travers de l'éducation thérapeutique, et de renforcer leurs connaissances au sujet de leurs droits au travail. Ce type de soutien pourra faciliter l'équilibre des femmes qui travaillent entre leur emploi, la famille et le prolongement de leur allaitement.

Titre de l'article	But de l'étude	Population	Méthode	Résultats	Discussion / Commentaire
<i>Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self-Efficacy and Breastfeeding Duration</i>	Évaluer les effets d'un atelier à l'allaitement sur l'auto-efficacité des femmes et la durée de l'allaitement.	92 femmes volontaires âgées de 17 à 42 ans, nullipares, attendant un enfant, sans complication, planifiant d'allaiter, dont les naissances étaient planifiées entre août 2004 et février 2005, dans un hôpital de l'Ontario aux États-Unis.	Essai randomisé contrôlé. Atelier prénatal d'allaitement de deux heures trente, basé sur la théorie d'auto-efficacité et sur des principes d'apprentissage proposant quatre sources d'influence sur l'auto-efficacité : la réussite d'épreuves, l'apprentissage par procuration, la persuasion sociale et l'éveil émotionnel / corporel.	Les effets à un mois et deux mois, ont montré un score d'auto-efficacité plus bas dans le groupe de contrôle, ce qui démontre que l'atelier allaitement augmenta la moyenne d'auto-efficacité chez les mères qui participèrent. Le groupe d'intervention eût un taux plus élevé d'allaitement exclusif (70%) que chez le groupe contrôle (58%), puis un plus faible taux de sevrage (15% comparé à 22%). L'atelier à l'allaitement eût un impact positif sur elles, les aidant à être plus confiantes.	Le fait que les participantes choisirent elles-mêmes de participer biaise le résultat car celles-ci débutèrent avec un taux de confiance et d'engagement plus élevé que le reste de la population. Les auteurs proposent que les infirmières et les consultants en lactation donnent un atelier prénatal à l'allaitement basé sur les deux théories utilisées afin de soutenir les mamans se préparant à allaiter ainsi que les proches.

Titre de l'article	But de l'étude	Population	Méthode	Résultats	Discussion / Commentaire
<p><i>Breastfeeding works: the role of employers in supporting women who wish breastfeeding and work in four organizations in England</i></p>	<p>Déterminer et explorer la sensibilisation des employées à leurs droits légaux, la sensibilisation des employées à leur politique d'entreprise lorsque celle-ci existe, les points de vue et l'expérience des employées par rapport au soutien fourni à l'allaitement de la part de leur employeur.</p> <p>Emettre des recommandations pour le changement de la politique et la pratique de quatre grands secteurs d'organisations publics sondés par les services de la santé publique en Angleterre.</p>	<p>46 employées planifiant de partir en congé maternité dans les six prochains mois, ou durant le congé maternité, ou dans les six mois qui suivraient leur congé maternité.</p>	<p>Etude quantitative, la recherche est descriptive. Questionnaires distribués à des hommes et des femmes de chacune des 4 organisations.</p>	<p>50% des femmes ont déclaré que leur expérience d'allaitement au travail avait été mal vécue du fait du manque d'intérêt, d'informations, de soutien et d'aménagement de la part de leur employeur. Pour les ¾ des personnes, le fait de continuer à allaiter lors de la reprise du travail était ou aurait été très important pour eux. Malgré les efforts fournis par les entreprises pour développer des règles afin de promouvoir l'accès au bien-être, ainsi qu'à des installations favorisant l'allaitement au travail, 91% des participants semblaient les ignorer. La possibilité pour ces femmes de tirer leur lait sur le lieu de travail reste plus importante (73,9%) que de prendre congé afin d'aller retrouver leur enfant et allaiter. Malheureusement, les employeurs n'ont pas rempli leurs obligations de santé et sécurité et cela entrave les efforts de santé publique à l'amélioration de la durée de l'allaitement. 48% des participants souhaiteraient volontiers recevoir de l'information sur la promotion de la santé à travers les bénéfices de l'allaitement. 82,6% des participants pensent que de l'information sur la manière d'allaiter peut être donnée au travail et devrait être fournie avant le congé maternité / paternité.</p>	<p>L'échantillonnage est petit. Les auteurs recommandent d'améliorer l'accès à l'information aux employées sur le soutien mis à disposition par l'entreprise, afin de permettre la continuité de l'allaitement après le retour au travail. Des horaires flexibles ainsi que la présence d'installations adaptées et confortables permettant de tirer le lait dans un endroit calme puis de le stocker est importante.</p>