UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

ANNEE 2013-2014 Thèse n°

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)

présentée et soutenue publiquement
le 10 avril 2014 à Poitiers
par Madame **Hélène de ROUFFIGNAC** (née Poujol)

Allaitement et internat de médecine générale : est-ce compatible ? Enquête descriptive et transversale en France métropolitaine

COMPOSITION DU JURY :

Président du jury: Pr Roger Gil, professeur émérite
Membres du jury: Pr José Gomès, département médecine générale Poitiers
Pr Fabrice Pierre, gynécologie obstétrique CHU Poitiers
Membres du jury et directrices de thèse: Dr Anne-Laure Heintz
Dr Valérie Victor-Chaplet

Merci à :

Mon jury de thèse. Merci d'avoir accepté de juger mon travail. « L'allaitement maternel», un sujet si vaste et tellement passionnant.

Le Pr Roger Gil, doyen de la faculté de médecine de ma 1ère année de médecine jusqu'à mon externat. Doyen aimé et respecté de tous les étudiants en médecine de Poitiers, pour ses qualités d'enseignant, sa pédagogie et ses très nombreuses qualités humaines. C'est un très grand honneur que vous présidiez ma soutenance de thèse.

Le Pr José Gomès, unique Professeur de Médecine Générale à Poitiers, notre si belle spécialité. Merci d'avoir accepté de juger mon travail concernant vos internes de médecine générale et leur vécu de l'allaitement maternel au cours de leur cursus. Merci d'avoir apporté votre soutien, par la lecture de ce travail, à ces femmes qui conjuguent leurs études et leurs vies familiales du mieux qu'elles peuvent.

Le Pr Fabrice Pierre, chef de service de gynécologie-obstétrique du CHU de Poitiers. Votre longue carrière auprès des femmes que vous avez suivies et accouchées apporte à la lecture de ce travail un œil expert dans le domaine de l'allaitement maternel. Merci également de l'intérêt que vous avez porté à ce travail en tant que professeur des nombreuses étudiantes passées dans votre service. Soyez assuré de ma plus profonde reconnaissance.

Mes deux co-directrices de thèse, Valérie et Anne-Laure. Merci pour votre disponibilité « webbique » instantanée et vos précieux conseils.

Mon mari, présent depuis le début et qui m'a soutenue pendant toute la durée de mes études, du concours de première année à la soutenance de thèse, en passant par l'ECN et la première année d'internat si difficile. Merci pour ta présence, ton amour, ton soutien, tout le temps passé auprès de nos enfants pendant que je révisais à la BU ou était de garde la nuit et tous ces week-end où vous m'avez tellement manqué.

Ma maman et confidente, celle qui a toujours été là pour moi. Une mère et grand-mère extraordinaire. Que dire de plus, je n'ai pas de mot pour décrire tout ce que tu m'as donné et apporté. Merci maman.

Mon papa, celui qui m'a donné l'amour de la médecine et qui a su me remotiver quand j'ai voulu tout plaquer.

Mes frères Manu et Matthieu, mes grands-parents sur terre et du ciel, ma marraine, mon parrain, toute ma famille et ma belle –famille, merci pour votre amour et votre soutien sans relâche dans les moments heureux comme dans ceux plus difficiles.

Bonne-maman, merci pour les nombreuses heures de relecture. Une grand-mère lauréate à de nombreux concours de dictées, indispensable pour une thèse ! J'espère que le sujet t'a plu : l'allaitement maternel, déjà détrôné par l'arrivée du biberon à ton époque.

Grand-mère, je sais que tu veilles sur moi et tous ceux que j'aime. Tu me manques tellement, surtout en ce jour si particulier de ma soutenance, qui par le plus beau des hasards correspond au jour de ta naissance… Tu seras donc forcément à mes côtés et parmi nous…

Mes amis si nombreux mais tellement indispensables par leur présence, leur amitié, leur joie de vivre, leur écoute et leur soutien dans les moments plus difficiles. Merci de m'avoir supportée pendant toutes ces années !!!

Je pense très particulièrement à Olivier, « mon anti-dépresseur sur pattes », numéro illimité et ami 2.0. Merci pour ton aide précieuse, moi, si nulle en informatique ! Merci pour ton amitié sans faille et nos conversations animées toujours dans le respect des convictions de l'autre.

Anne-Sophie, mon amie d'enfance. Une amitié qui dure depuis 27 ans, indestructible malgré les années qui passent et les kilomètres qui nous séparent.

Marie, une amie extraordinaire par son exemple de courage, de combativité et de réussite professionnelle et conciliant depuis peu, et avec brio, sa nouvelle vie de maman. Merci pour les nombreuses heures passées chez toi dans ton atelier, dans ma « BU privée » !

Constance « la grande », nous nous sommes rencontrée en P2, et nous ne nous sommes plus quittées !

Astrid, un immense merci pour ton aide pour la méthodo et tout le temps que tu m'as consacré pour l'exploitation des données et autres précieux conseils pour ma thèse, sans oublier nos si belles soirées avec menu de resto étoilé !

Peggy et Marie-Gabrielle, sans qui je n'aurais jamais pu avancer et terminer mes études. Quel réconfort de savoir ses enfants dans de si bonnes mains. Comme j'ai douté, et

combien de fois j'ai souhaité tout arrêter pour m'occuper d'elles. Mais grâce à votre soutien, votre bienveillance, l'amour (d'assistante)-maternel(le) donné à mes filles, vos compromis et toute l'aide que vous m'avez apportée dans mon quotidien, ça y est, j'ai enfin terminé ! Merci pour tout.

Et tous les autres : Angèle et Antoine, Astrid et Geoffrey, Marie et Gautier, Clémentine et Charles-Henri, Caroline et Erwan, Eugénie et Vincent (merci pour les deux semaines passées chez vous pour mon DIU d'allaitement), Ombeline et Olivier, Christine et Romain, Lucie et Jean-Guillaume, Ghislain, les Fabien, Caro et tous les autres…

Une dernière pensée pour les seniors et équipes ayant marqué mon externat et mon internat, ceux que je n'oublierai jamais :

Mon tuteur, François Birault, présent à chaque fois que j'en avais besoin au téléphone, par mail ou même à la cafétéria de la fac !

M. Diallo, chef de service du centre anti-douleur de Poitiers, et Mme Giraud, PH à l'EFS, d'une incroyable gentillesse et d'une grande prévenance lors de mon stage en D2 alors que j'étais enceinte de ma Constance,

M. Barrier, chef de service de médecine interne à Chatellerault que j'admire, puits de science et ayant tellement à cœur de transmettre son savoir « aux petits » au sein d'une super équipe paramédicale (secrétaires comprises !!!)

C. Frangeul et P. Bernard, maitres de stage et médecins généralistes laissant un souvenir inoubliable du stage libéral.

Florence Blottiaux, et toute l'équipe du service de médecine scolaire.

Catherine Martineau, chef de l'unité de l'UCSA, sans qui je n'aurais jamais pu valider mon stage et mener sereinement la grossesse de mes deux trésors à naître. Merci également à toute l'équipe médicale et paramédicale de l'UCSA et du relais Georges Charbonnier pour leur prévenance à mon égard ainsi que toutes leurs petites attentions et gestes quotidiens de bienveillance qui m'ont facilité ce stage aux conditions si particulières.

MERCI A VOUS TOUS. Grace à chacun de vous, je peux dire aujourd'hui que je suis fière d'avoir réussi, fière d'avoir terminé ces études si longues en menant de front ma formation, mes stages et ma famille, fière de pouvoir exercer un si beau métier, et encore plus fière de mes enfants, ma plus belle réussite !

Sommaire

Introduction - Problématique

Matériel et méthode

1. **Type d'étude**
2. **Population de l'étude**
3. **Objectifs de l'étude**
4. **Recueil des données**
    - *4.1. Elaboration du questionnaire*
    - *4.2. Le questionnaire*
    - *4.3. Envoi, distribution et recueil des questionnaires*
5. **Analyse principale, analyses complémentaires et critères d'exclusion**
6. **Analyses statistiques**

Résultats

1. **Généralités**
2. **Profil des personnes interrogées**
3. **Projet d'alimentation des internes pour leurs bébés**
    - *3.1. Allaitement maternel ou préparation pour nourrissons ?*
    - *3.2. Raisons pour lesquelles les mères ont souhaité allaiter leur enfant*
    - *3.3. Raisons pour lesquelles les mères n'ont pas souhaité allaiter leur enfant*
4. **Durée de l'allaitement maternel**
    - *4.1. Allaitement maternel exclusif*
    - *4.2. Allaitement maternel poursuivi après la diversification alimentaire*
5. **Facteurs limitants et difficultés rencontrées**
    - *5.1. Le projet d'allaitement est-il ressenti comme réussi ?*
    - *5.2. Causes de désaccord entre le projet d'allaitement initial et la durée réelle de l'allaitement*
    - *5.3. Reprise du travail*

5.4. Utilisation de compléments

6. **Etude entre le projet d'allaitement et le lieu de stage à la reprise**
7. **Etude entre l'interruption de l'allaitement et l'invalidation de stage**
8. **Etude entre la réussite du projet d'allaitement, l'interruption de l'allaitement et les différentes facultés**
9. **Aides et soutien**

9.1. Personnes contactées en cas de difficultés

9.2. Soutien dans l'entourage professionnel, après la reprise

10. **Lait tiré après la reprise professionnelle**
11. **Analyses complémentaires**

Discussion

1. **Principaux résultats de l'étude**
2. **Limites et points forts de l'étude**
3. **Déterminants de la réussite de l'allaitement**

3.1 Facteurs liés à la mère

3.1.1 Emploi - Allaitement et travail

3.1.1.1 Confrontation des résultats de l'étude aux données de la littérature

3.1.1.2 Statut particulier de l'interne

3.1.1.2.1 Législation concernant le statut de l'interne et le congé maternité

3.1.1.2.2 Retour des internes après un congé maternité

3.1.2 Facteurs socio-démographiques et culturels, et expériences précédentes

3.1.3 Connaissances, croyances, représentations

3.2 Facteurs liés aux politiques de santé publique

4. **Autres déterminants de la réussite de l'allaitement**
5. **Perspectives**

Conclusion

Annexes

Introduction - Problématique

L ’OMS recommande que le nourrisson soit exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux (1). Plus récemment, ces recommandations ont été revues, avançant la fenêtre d’opportunité de la diversification alimentaire entre 4 et 7 mois (2)(3). Cependant, le lait maternel reste l’apport lacté le plus adapté au nourrisson au moins les 4 premiers mois de manière exclusive, pouvant être poursuivi pendant et après la diversification alimentaire, voire même jusqu’à l’âge de 3 ans (annexe 5). En effet, malgré l’amélioration de la qualité nutritionnelle des formules lactées du commerce, de nombreux travaux de recherche ont démontré que le lait maternel était plus bénéfique à la santé de l’enfant(4), notamment pour la prévention des allergies et des infections gastro-intestinales, respiratoires et ORL. Concernant les mères, les suites de couches sont facilitées, avec un moindre risque d’infections et d’hémorragies du post-partum. Son effet protecteur sur le risque du cancer du sein a été jugé suffisamment convaincant pour que la pratique de l’allaitement maternel fasse partie des recommandations de prévention des cancers au niveau international (5).

De nombreuses thèses se sont intéressées à la grossesse au cours de l’internat (6), leur impact sur la formation pratique et théorique(7), les grossesses en milieu hospitalier et les risques encourus(8), l’allaitement après la reprise professionnelle dans la population générale (9)(10)(11), et la prise en charge de l’allaitement par les médecins généralistes (12)(13). Par contre, très peu d’études se sont intéressées aux différentes problématiques rencontrées par les étudiantes en médecine et mères après la reprise de leur cursus universitaire, en parallèle de leurs responsabilités familiales. Une seule étude récente américaine (14) s’est intéressée à la maternité et la parentalité chez les étudiantes en médecine, recherchant ainsi des solutions pour concilier au mieux leurs études et leurs vies

familiales. Mais, aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée sur la gestion de l'allaitement chez les internes, et en particulier chez les internes en cours de DES de médecine générale.

Selon les critères socio-démographiques, nous pourrions penser que les internes en cours de D.E.S de médecine générale seraient favorisées pour la poursuite de l'allaitement (15)(16). Cependant, la proximité mère-bébé la nuit permettant une poursuite de l'allaitement maternel plus longue (17), semble difficile chez les internes-mères faisant partie des plannings de gardes. En outre, au vu des rythmes de travail où le temps de travail moyen d'un interne est de 48,9 heures par semaine (18) avec en moyenne 2,55 gardes par mois (0,7 garde pour un IMG en stage ambulatoire et 3,27 pour un IMG en stage hospitalier)(18), nous pouvons alors nous demander si l'allaitement est compatible avec l'internat. Selon une étude récente de l'ISNIH (19), la majorité des internes travaillent bien au delà des 48 heures réglementaires, puisque 85% dépassent le seuil réglementaire avec un temps de travail de 60 heures en moyenne. De plus, nous pouvons aussi nous demander si l'allaitement est compatible avec l'internat quand, selon une étude nationale de 2011, 58,1% des internes en médecine générale présentent au moins un des paramètres du burn-out syndrome (18). Enfin, les internes en congé maternité n'ayant pas validé leur stage, perdent le classement obtenu à l'ECN, pour être classées dans une inter-promotion correspondant au nombre de semestres validés. Devant cette pénalisation dans leur cursus, reconnue par le Défenseur des Droits en 2012 comme étant « susceptible d'entrainer un désavantage particulier pour les femmes internes à raison de leur congé maternité ce qui pourrait être constitutif d'une discrimination » (20) (annexe 10 et 11), nous pouvons nous demander si ces dernières ne sont pas obligées d'écourter la durée de leur congé maternité afin de conserver leur classement initial, et si cela a une répercussion sur la durée de leur allaitement.

Cette étude a été mise en place pour évaluer la réussite, ou non, des projets d'allaitement maternel et décrire les causes déclarées de non-réussite du projet d'allaitement maternel. Les objectifs secondaires étaient d'estimer la durée de l'allaitement exclusif, décrire les types de stages effectués lors de la reprise des internes, définir l'environnement et les conditions d'allaitement après la reprise et déterminer la ou les personne(s) et/ou le(s) professionnel(s) de santé le plus fréquemment consulté(s) lors de difficultés rencontrées au cours de l'allaitement.

Matériels et méthodes

1. Schéma d'étude

L'étude était une enquête descriptive transversale et les données ont été recueillies du 26 mars au 1er juin 2013 inclus, par un questionnaire papier pour les facultés de médecine de Tours et Poitiers et par un questionnaire en ligne pour toutes les autres facultés de médecine de France métropolitaine.

2. Population de l'étude

La population cible de l'étude était l'ensemble des internes de France métropolitaine en cours de DES de médecine générale ayant au moins un enfant né. La population source était les internes de France métropolitaine en cours de DES de médecine générale ayant au moins un enfant né ayant répondu au questionnaire. Etaient exclues de l'étude, les étudiantes en médecine n'étant pas encore entrées dans le cursus du DES de médecine générale dans l'année 2012-2013, les internes ayant terminé leur cursus de DES de médecine générale et n'étant plus inscrites à la faculté pour l'année 2012-2013, et les internes en DES de médecine générale enceintes mais n'ayant pas encore accouché le 26 mars 2013.

3. Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était de décrire les causes déclarées de non-réussite du projet d'allaitement maternel ; la réussite du projet d'allaitement étant définie par la durée réelle d'allaitement conforme à la durée souhaitée à l'initiation de l'allaitement.

Les objectifs secondaires étaient de:

- estimer la durée de l'allaitement exclusif
- définir l'environnement et les conditions d'allaitement après la reprise
- décrire les types de stages effectués lors de la reprise des internes
- déterminer la ou les personne(s) et/ou le(s) professionnel(s) de santé le plus fréquemment consulté(s) lors de difficultés au cours de l'allaitement

4. Recueil des données

4.1. Elaboration du questionnaire

Un questionnaire a été élaboré afin :

- d'étudier les pratiques d'allaitement chez les internes en DES de médecine générale,
- d'évaluer la réussite des projets d'allaitement,
- de décrire les facteurs limitant et les facteurs facilitant ces projets.

Nous nous sommes aidées d'un tutoriel édité pour construire des enquêtes et questionnaires(21). A partir de différentes thèses traitant de la maternité en cours de DES de médecine générale(7)(6) , ou de l'allaitement chez les femmes actives (9)(10)(11)(22) ou encore des thèses traitant de la maternité dans le milieu hospitalier(8) , nous avons élaboré une première série de questions.

Le questionnaire a été soumis à un pré-test sur une population constituée d'une dizaine d'internes de Poitiers afin d'évaluer la compréhension des questions, rechercher d'éventuels oublis et évaluer le temps nécessaire pour l'effectuer. Au vu des remarques de plusieurs d'entre elles, nous avons revu la conception de certaines questions et réadapté les modalités pour d'autres.

Le questionnaire ainsi que la fiche de thèse ont été soumis au département de médecine générale de Poitiers, ce qui nous a amenées à modifier et corriger certaines parties afin d'aboutir à la version finale du questionnaire.

4.2. Le questionnaire

Le questionnaire papier était composé de trois pages. Les critères d'inclusion étaient précisés en début de questionnaire: « Enquête s'adressant à toutes les internes en cours de D.E.S. médecine générale ayant au moins un enfant ».

Le questionnaire comportait 22 questions, regroupées par thématique, avec des modalités de réponses variables : questions fermées à réponses uniques ou multiples, parfois questions ouvertes, ou demandes de données chiffrées.

La première partie du questionnaire, de la question 1 à 5, s'intéressait au profil de la population étudiée : âge, faculté, semestre actuel, nombre d'enfants et période au cours de laquelle le ou les enfant(s) est/sont né(s). A l'issue de cette première partie, les internes ayant eu plusieurs enfants étaient amenées à répondre à un questionnaire par enfant, en précisant le rang de l'enfant concerné. La deuxième partie, question 6, évaluait le souhait d'allaiter ou non, ainsi que les raisons de ce choix. La question 7, étape-clé du questionnaire, sélectionnait les internes devant poursuivre le questionnaire. Les internes n'ayant pas débuté un allaitement au cours de leur internat ou n'étant pas en cours d'allaitement au

début de leur internat, ne répondaient qu'à la première partie du questionnaire. La troisième partie, question 8 à 12 (sauf question 9), s'intéressait au projet et à la durée réelle de l'allaitement maternel. La quatrième partie, questions 9, 13, 16, 18, 19, 21 et 22, concernait les facteurs limitants, les obstacles et difficultés observées au cours de l'allaitement. La cinquième et dernière partie, question 14 à 17 et 20 à 22, s'intéressait à la compatibilité de l'allaitement maternel et la reprise de l'internat.

4.3. Envoi, distribution et recueil des questionnaires

Le questionnaire a été imprimé pour les facultés de Tours et de Poitiers et a été distribué lors du choix de stage à l'Agence Régionale de Santé (ARS) le 26 mars 2013 pour la faculté de médecine de Tours et le 29 mars 2013 pour la faculté de médecine de Poitiers. Ils ont été récupérés immédiatement après les choix de stage, à la sortie des internes de l'ARS.

Concernant les autres facultés de médecine, le questionnaire a été mis en ligne sur un site payant de recueil de questionnaires en ligne : http://onlinesurvey.fr, disponible du 26 mars au 1er juin 2013. Un mail explicatif avec le lien vers le questionnaire (annexe 2) a été envoyé aux scolarités des 30 facultés de médecine de France métropolitaine, ces dernières étant sollicitées pour diffuser l'information auprès de toutes les internes en cours de DES de médecine générale. En cas de refus ou de non-réponse de la part des scolarités, les corporations d'internes ont été sollicitées pour relayer l'information.

Concernant la faculté de Brest, ayant eu un refus de la part de la scolarité et n'ayant pas de réponse de la corporation d'internes, j'ai contacté le Dr G. Grémmo-Féger, responsable du DIU allaitement, pédiatre en néonatalogie et consultante en lactation au CHU de Brest, afin qu'elle puisse voir avec la scolarité comment transmettre l'information

aux internes brestoises. Suite à l'intervention du Dr Grémmo-Féger, la scolarité a accepté de diffuser le lien vers le questionnaire en ligne.

5. Analyse principale, analyses complémentaires et critères d'exclusion

Tous les questionnaires reçus ont été analysés sauf lorsque les questions 6 et 7 n'étaient pas renseignées ; le questionnaire était alors exclu de l'étude. Lorsque une même interne avait répondu à plusieurs questionnaires, les données du questionnaire rempli pour l'enfant né au rang 1 étaient sélectionnées pour l'analyse principale. Une première partie de l'analyse concernait l'ensemble des internes ayant répondu jusqu'à la question 7 incluse (réponse affirmative ou négative). Une deuxième partie de l'analyse concernait les internes ayant démarré un allaitement au cours des 6 derniers mois de leur externat avec allaitement poursuivi au cours de leur internat et les internes ayant démarré un allaitement au cours de leur internat (réponse affirmative à la question 7). Parmi celles-ci, celles n'ayant pas répondu à deux questions ou plus au reste du questionnaire étaient exclues de l'analyse.

Des analyses complémentaires ont été effectuées sur les situations d'allaitement concernant les questionnaires autres que ceux concernant les enfants nés au rang 1.

6. Analyses statistiques

Les variables quantitatives étaient présentées en moyenne et écart-type, les variables qualitatives étaient en effectifs et en pourcentages. Les données ont été saisies sous Excel® et les analyses statistiques effectuées sous SAS 9.3®.

Résultats

1. Généralités

Les analyses ont porté sur 365 questionnaires puisque 8 questionnaires ont été exclus de l'étude selon les critères d'exclusion. 313 internes ont été incluses pour l'analyse principale et 52 situations d'allaitement ne concernant pas les enfants nés au rang 1 ont été incluses pour l'analyse secondaire. (Schéma 1)

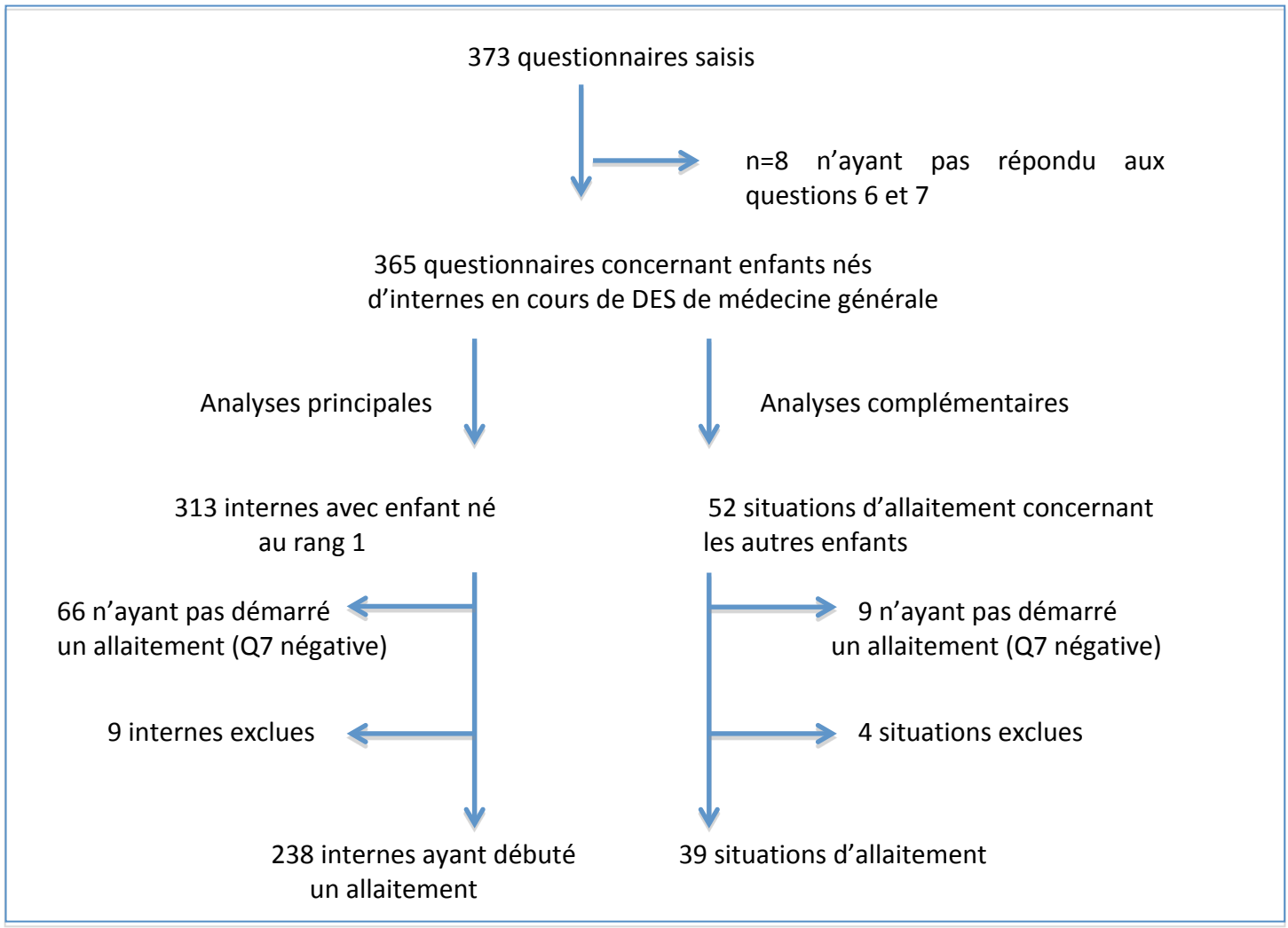


Schéma 1 : Flow chart

2. Profil des personnes interrogées

La première partie de l'analyse principale incluait une population de 313 internes âgées en moyenne de 28 ± 2 ans. 264 internes (84%) avaient un seul enfant, 42 (13,4%) avaient deux enfants, 6 (1,92%) en avaient trois, et 1 seule interne avait quatre enfants.

La représentativité de l'ancienneté des internes est indiquée dans la Fig. 1

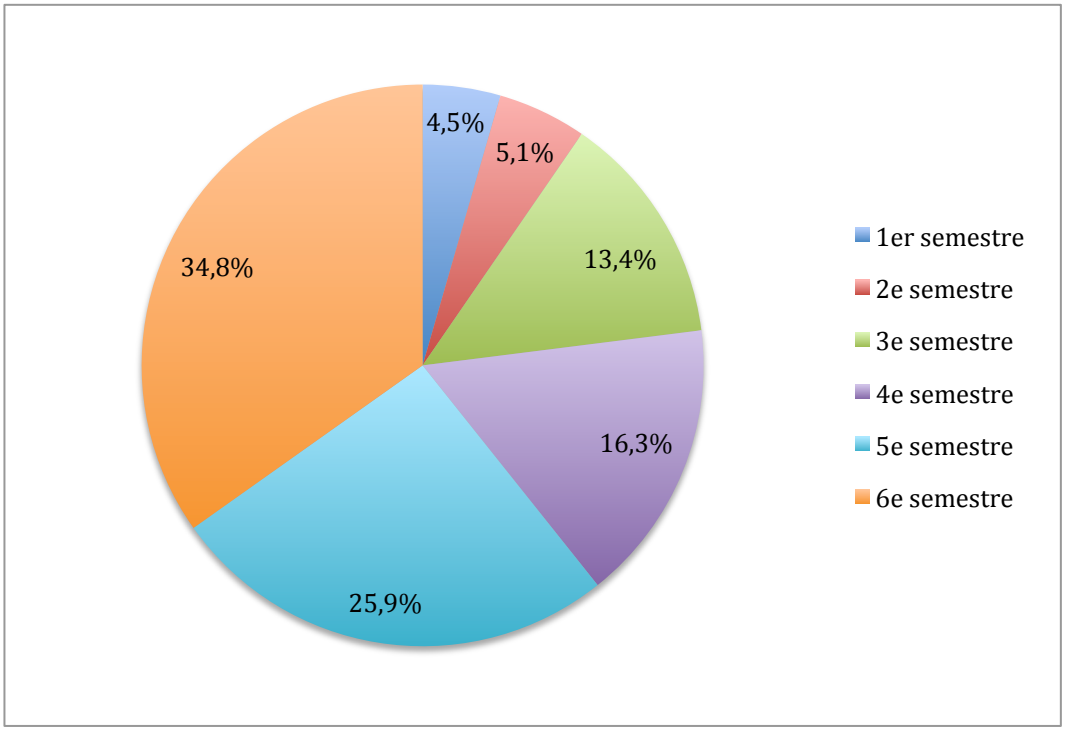


Figure 1 : Répartition par semestre

Sur les 30 facultés de médecine de France métropolitaine, 27 facultés sont représentées de manière plus ou moins importante (Tableau 1 et Fig. 2). Les facultés n'étant pas représentées, car n'ayant pas répondu au questionnaire, étaient les facultés d'Amiens, Nice et Paris VI (Pitié Salpêtrière).

Ville	Ville Fréquence	Pourcentage
Angers	24	7,7%
Besançon	2	0,6%
Bordeaux	3	1,0%
Brest	19	6,1%
Caen	18	5,8%
Clermont Ferrand	18	5,8%
Dijon	12	3,8%
Grenoble	4	1,3%
Lille	19	6,1%
Limoges	8	2,6%
Lyon	6	1,9%
Marseille	10	3,2%
Montpellier	2	0,6%
Nancy	12	3,8%
Nantes	21	6,7%
Paris 11	3	1,0%
Paris 12	11	3,5%
Paris 5	3	1,0%
Paris 7	23	7,3%
Poitiers	9	2,9%
Reims	5	1,6%
Rennes	17	5,4%
Rouen	12	3,8%
Saint Etienne	9	2,9%
Strasbourg	28	8,9%
Toulouse	6	1,9%
Tours	9	2,9%

Tableau 1 : Répartition des réponses selon les facultés de médecine en fréquence (n=313) et pourcentage

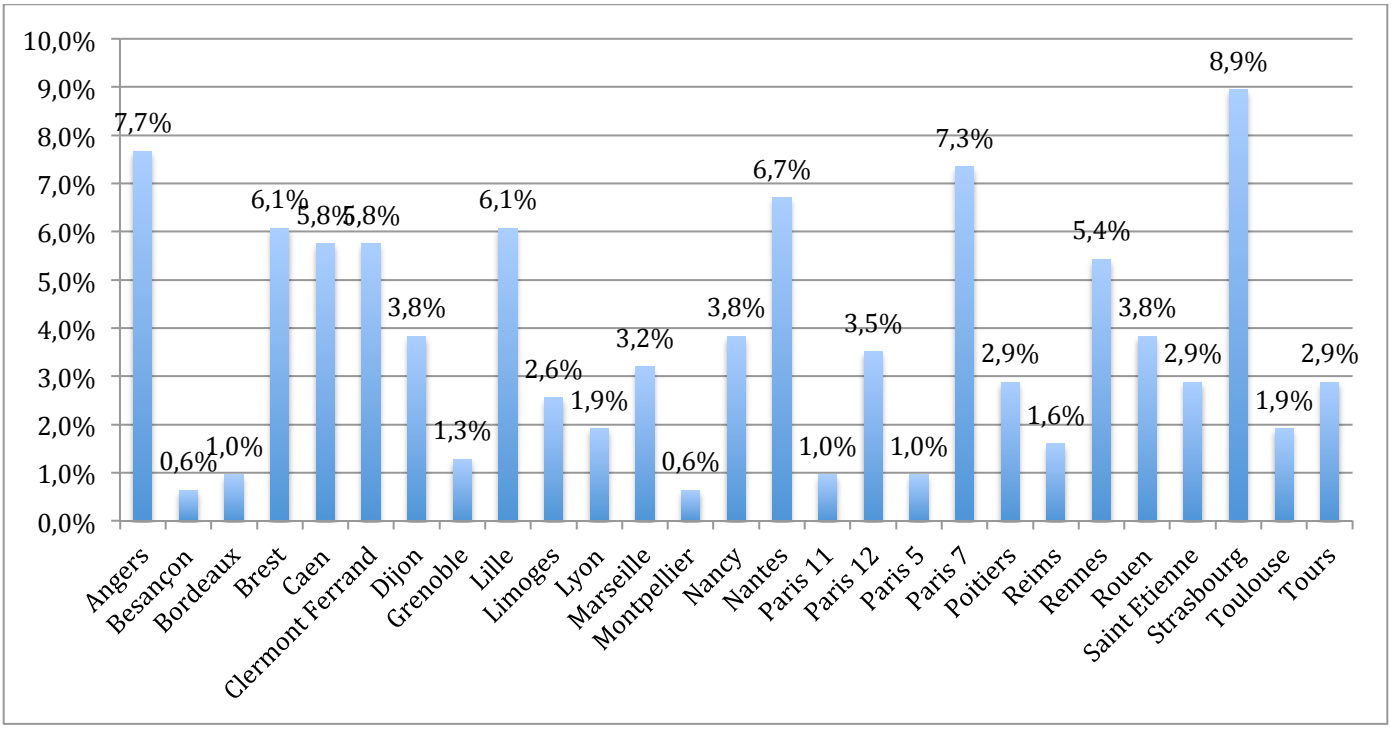


Figure 2 : Répartition des réponses selon les facultés de médecine en pourcentage (n=313)

La majorité des internes ont eu leurs enfants après avoir passé l'examen national classant (ECN) puisque 277 enfants (88,5%) sont nés au cours de l'internat, 45 (14,38%) sont nés au cours de l'externat et seulement 10 enfants (3,19%) sont nés avant l'externat.

3. Projet d'alimentation des internes pour leurs bébés

3.1 Allaitement maternel ou préparation pour nourrissons ?

La très grande majorité des internes interrogées souhaitaient allaiter leurs enfants puisque 288 (soit 92%) ont déclaré avoir souhaité allaiter leurs enfants et 247 (soit 79%) ont

débuté un allaitement les 6 derniers mois de leur externat (avec allaitement poursuivi jusqu'au début de l'internat) ou au cours de leur internat.

3.2 Raisons pour lesquelles les mères ont souhaité allaiter leur enfant

Sur les 288 mères ayant déclaré avoir souhaité allaiter leurs enfants, 276 ont déclaré avoir souhaité allaiter pour les bénéfices du lait maternel pour leur bébé (Fig. 3). La répartition des autres raisons citées dans le choix de l'allaitement maternel est représentée dans la Fig. 3.

13 internes ont déclaré que des pressions de l'entourage faisaient partie de l'une des 3 raisons dans leur choix d'allaiter.

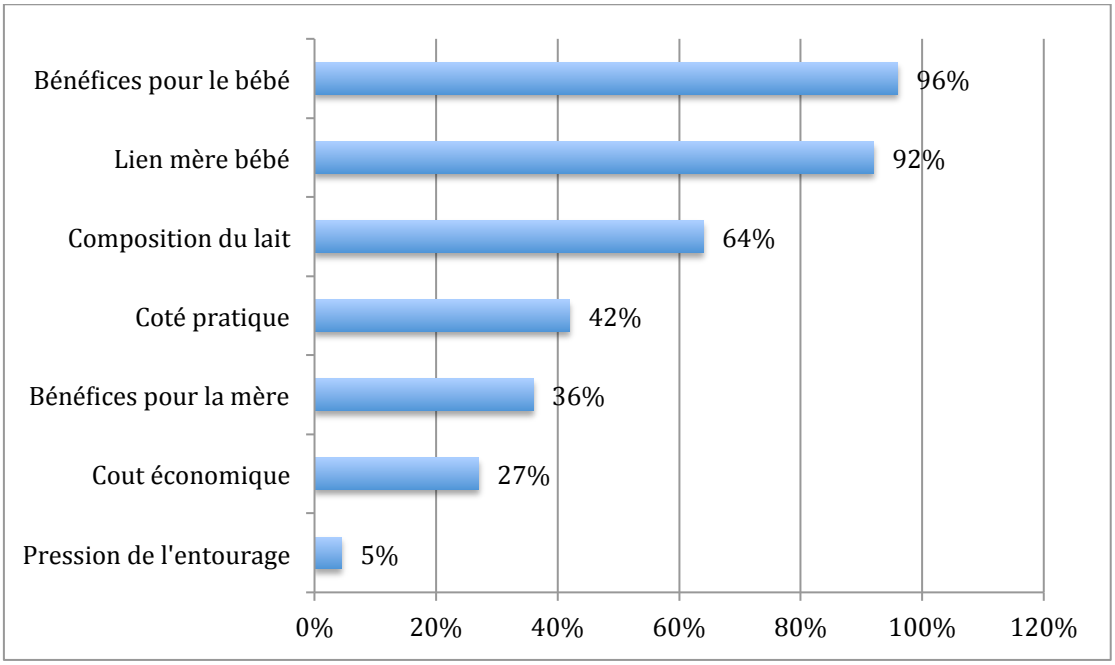


Figure 3 : Pourquoi les internes mères ont elles souhaité allaiter?

18 autres réponses ont été données.

Pour cinq d'entres elles, l'allaitement maternel leur semblait **quelque chose de naturel ou d'évident** (Int. 13 « produit naturel! », Int. 57 « évidence, suite naturelle et normale d'une grossesse », Int. 67 « évidence naturelle », Int. 190 « c'est normal ! », Int. 227 « naturel »), pour 2 autres, leur bébé était **né prématurément** ce qui a influencé leur choix en faveur de l'allaitement maternel (Int. 18 « mon enfant est né prématurément à 32 SA+2 jrs », Int. 274 « en plus de tout cela, bébé préma (28SA) »).

Pour 4 autres, elles ont choisi de découvrir l'allaitement maternel en tant que **nouvelle expérience** (Int. 139 « pour essayer », Int. 159 « pour découvrir l'allaitement tout simplement, essayer! », Int. 199 « pour voir si ca me plaisait ou non, plutôt que de dire non sans essayer », Int. 260 « curiosité »).

Quatre autres remarques rejoignent les raisons proposées dans le QCM telles que la **composition du lait** (Int. 61 « c'est le meilleur aliment !!! »), **les bénéfices** de l'allaitement maternel pour la mère (Int. 124 « bénéfice pour mère: diminution risque cancer du sein ») et la **pression de l'entourage** (Int. 262 « habitude familiale ») élargie à la société (Int. 58 « Pression sociétale »).

Trois autres raisons ont été données : Int. 44 « le plaisir! », Int. 102 « Nous sommes des mammifères », Int. 175 « pour donner un sens à mes seins ».

3.3 Raisons pour lesquelles les mères n'ont pas souhaité allaiter leur enfant

25 mères (60%) ont déclaré ne pas avoir souhaité allaiter. La raison principale donnée était le **sentiment d'exclusion du père** (Fig. 4). Les raisons pour lesquelles les mères n'ont pas souhaité allaiter sont représentées ci-après.

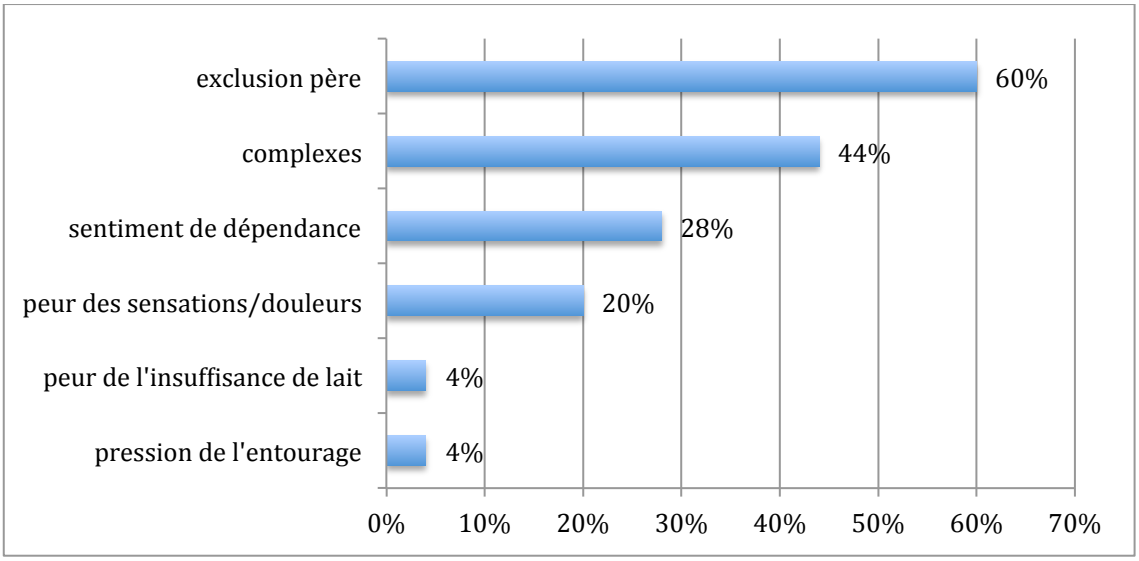


Figure 4: Pourquoi les internes mères n'ont elles pas souhaité allaiter?

13 autres réponses ont été données.

Pour deux d'entre elles, l'allaitement n'était **pas compatible avec l'activité professionnelle** (Int. 28 « peur d'une organisation trop difficile avec l'internat, le changement de ville... », Int. 71 « Reprise du travail et contraintes »).

Pour 3 autres, la **proximité mère-enfant** par l'allaitement leur était impossible (Int. 164 « PAS ENVIE DE FAIRE COMME LES VACHES », Int. 215 « répulsion physique (je ne me l'explique pas mais c'est ainsi !) », Int. 345 « Lien au sein non désiré »).

Deux autres ont déclarées ne pas avoir souhaité allaiter en raison d'un **traitement** (Int. 87 « médicament contre indication», Int. 104 « Ttt antibio post partum »).

Autres raisons données : Int. 41 « Grossesse et accouchement difficiles », Int. 112 « famille homoparentale et besoin de ma conjointe de trouver sa place de mère », Int. 155 « n'a pas réussi à prendre le sein », Int. 122 « Indécision », Int. 315 « pas envie d'être esclave », Int. 240 « bébé en bonne santé, à terme ».

4. Durée de l'allaitement maternel

78,9% (n=247) des internes interrogées ont déclaré avoir débuté un allaitement.

247 mères avaient répondu positivement à la 7e question, mais 9 mères ont été exclues de l'analyse, ces dernières n'ayant pas répondu à 2 questions ou plus à la suite de l'enquête. 238 internes, ayant démarré un allaitement et ayant répondu à l'ensemble de la seconde partie du questionnaire, ont donc été considérées pour la deuxième partie de l'analyse principale. Elles représentent 76% des internes (n=238).

4.1. Allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel était défini comme exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson recevait uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, définition de l'OMS (1) .

La durée médiane de l'allaitement maternel exclusif déclarée dans cette population était de 3 mois.

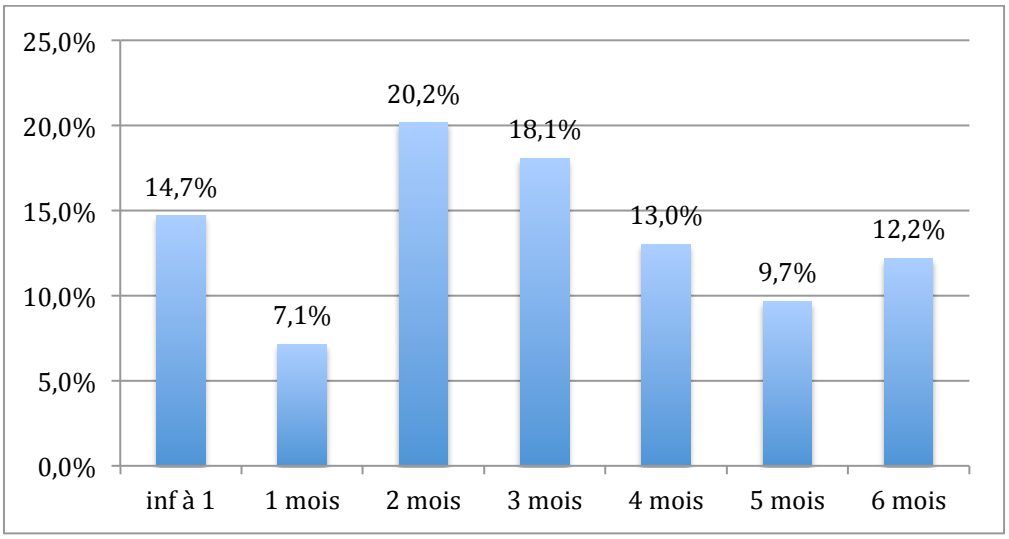


Figure 5: Durée allaitement exclusif

4.2. *Allaitement maternel poursuivi après la diversification alimentaire*

31,9% (n=76) ont poursuivi l'allaitement maternel après la diversification alimentaire.

18,9% (n=45) ont poursuivi leur allaitement après la diversification alimentaire pendant 6 mois à 1 an et 5,5% (n=13) ont allaité leur enfant pendant plus d'un an.

5. Facteurs limitants et difficultés rencontrées

5.1. *Le projet d'allaitement est il ressenti comme réussi ?*

Les internes en cours d'allaitement étaient exclues de cette question, l'analyse de cette question portait donc sur 213 internes (25 étant en cours d'allaitement).

52,1% (n=111) ont déclaré que la durée réelle de leur allaitement n'était pas en accord avec leur projet d'allaitement initial (Fig.6).

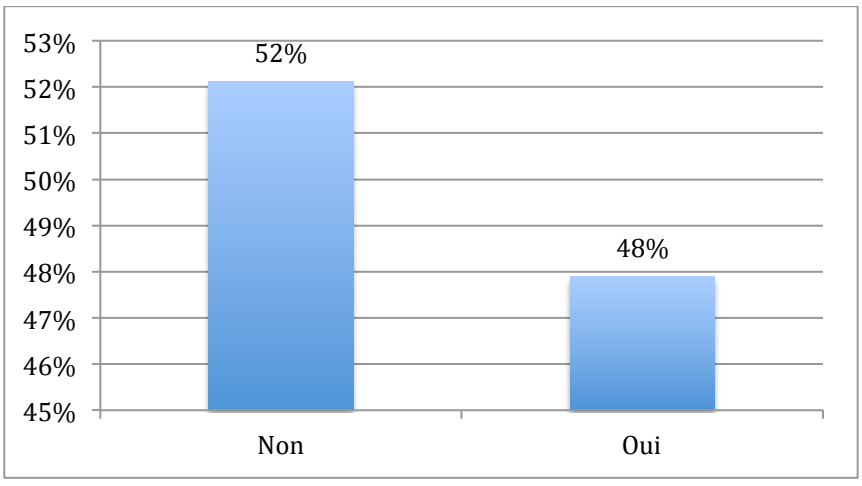


Figure 6: Réussite du projet d'allaitement maternel

5.2. *Causes de désaccord entre le projet d'allaitement initial et la durée réelle de l'allaitement*

La répartition des différentes causes déclarées de non-réussite du projet d'allaitement maternel est représentée dans la figure ci-après. (Fig. 7)

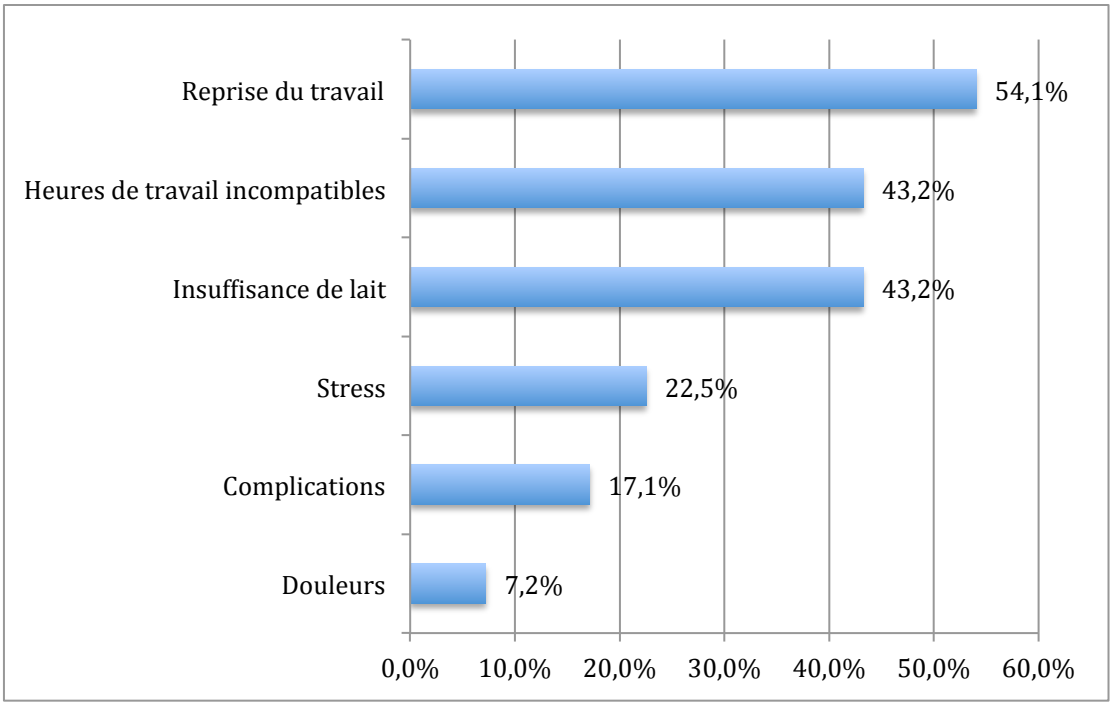


Figure 7: Répartition causes déclarées de non réussite du projet d'allaitement

D'autres causes de désaccord entre le projet d'allaitement initial et la durée réelle de l'allaitement ont été données :

- Pour sept d'entres elles, **la fatigue** était une cause de non-réussite de leur projet d'allaitement : Int. 15 « asthénie, tétées en continues, Reflux Gastro-Œsophagiens importants avec vomissements après tétées », Int. 24 « Fatigue », Int. 35 « fatigue », Int. 52 « Fatigue ++ », Int. 60 « un peu de stress avant la reprise de l'internat et le sevrage, en plus

de la douleur », Int. 177 « fatigue, contrainte », Int. 263 « fatigue », Int. 310 « fatigue la nuit »

- Pour quatre autres, **les conditions pour tirer leur lait** n'étaient pas réunies : Int. 58 « Remplacement d'un MG, impossible de tirer mon lait du fait des horaires », Int. 303 « pas le temps pour tirer le lait sur des journées de 12h donc diminution de production », Int. 336 « trop difficile de tirer son lait pendant les gardes », Int. 371 « Logistique compliquée pour tirer mon lait (dans les toilettes...) »

- Pour huit autres, leur bébé avait des **difficultés pour la prise du sein** avec des **tétées inefficaces** : Int. 20 « Difficultés pour la prise du sein pour mon fils, fatigue », Int. 58 « Perte de poids du bébé, proposition de DAL trop contraignant pour moi », Int. 133 « Bébé n'arrivait pas à téter et ne prenait pas assez de lait », Int. 168 « Tétée inefficace, mon bébé avait toujours faim et ne prenait pas assez de poids », Int. 329 « poids insuffisant », Int. 185 « problème succion pour bébé et perte de poids », Int. 191 « bébé refusait de téter ... on a essayé pendant 4 jours mais échec total », Int. 81 « Sevrage naturel précoce du bébé »

- Deux bébés ont présenté des **pathologies** ayant compromis l'allaitement : Int. 326 « problèmes médicaux chez bébé : chirurgie cardiaque à J3 (coarctation aorte), deux hospitalisations et prise de poids insuffisante », Int. 122 « ictère nucléaire. »

- **Allaitement mixte** ayant échoué pour deux mères : Int. 22 « Difficulté à prendre le biberon et le sein en alternance pour mon enfant », Int. 362 « Refus du bébé de prendre le biberon et le sein »

- **Pathologies maternelles** ou **traitement** jugé incompatible avec l'allaitement : Int. 173 « médicament », Int. 199 « douleurs abdominales, traitement incompatible avec allaitement », Int. 316 « accouchement difficile en réanimation », Int. 331 « Lait insuffisant a cause d'une dysthyroïdie »

- Deux internes ont allaité **plus longtemps que prévu dans leur projet d'allaitement initial**, soit par choix : Int. 93 « J'étais indécise et finalement j'ai adoré allaiter, allaitement beaucoup plus long que prévu ! », soit par nécessité pour leur bébé : Int. 346 « enfant allergique au lait de vache »

5.3. Reprise du travail

56,3% (n=134) ont repris l'internat à la fin du congé maternité (Fig. 7). Mais **5,5% (n=13) ont repris avant la fin du congé maternité** sous peine d'invalidation de stage : Int. 24 « pour pouvoir valider le stage », Int. 44 « pour pouvoir valider le stage et ne pas être déclassée », Int. 49 « validation de stage... », Int. 100 « Validation de mon semestre », Int. 140 « j'ai repris à 1,5 mois après accouchement pour valider mon stage », Int. 195 « Peur d'être invalidée au prochain semestre! », Int. 283 « validation stage », Int. 308 « pour pouvoir valider mon semestre », Int. 310 « Pouvoir faire un surnombre validant (4mois) au lieu de rester en congés 3 semaines de plus et perdre 6 mois », Int. 317 « Invalidation de stage », Int. 338 « validation du stage en 4 mois incompressible », Int. 338 « validation du stage en 4 mois ».

Deux autres raisons ont été mentionnées pour justifier la reprise avant la fin du congé maternité : Int. 263 « stage pris qui était avec charges lourdes de travail, pas envie d'imposer une surcharge de travail à mes collègues, gardes très régulières à assurer aussi », et Int. 287 « nécessité financière ».

3,4% (n=8) ont pris des congés annuels à la suite du congé maternité, **2,1% (n=5) des** congés sans **soldes, 25,2%% (n=60) ont pris une disponibilité et 1,7% (n= 4) ont pris un congé parental**.

Les autres cas de figure sont représentés dans la Fig. 8.

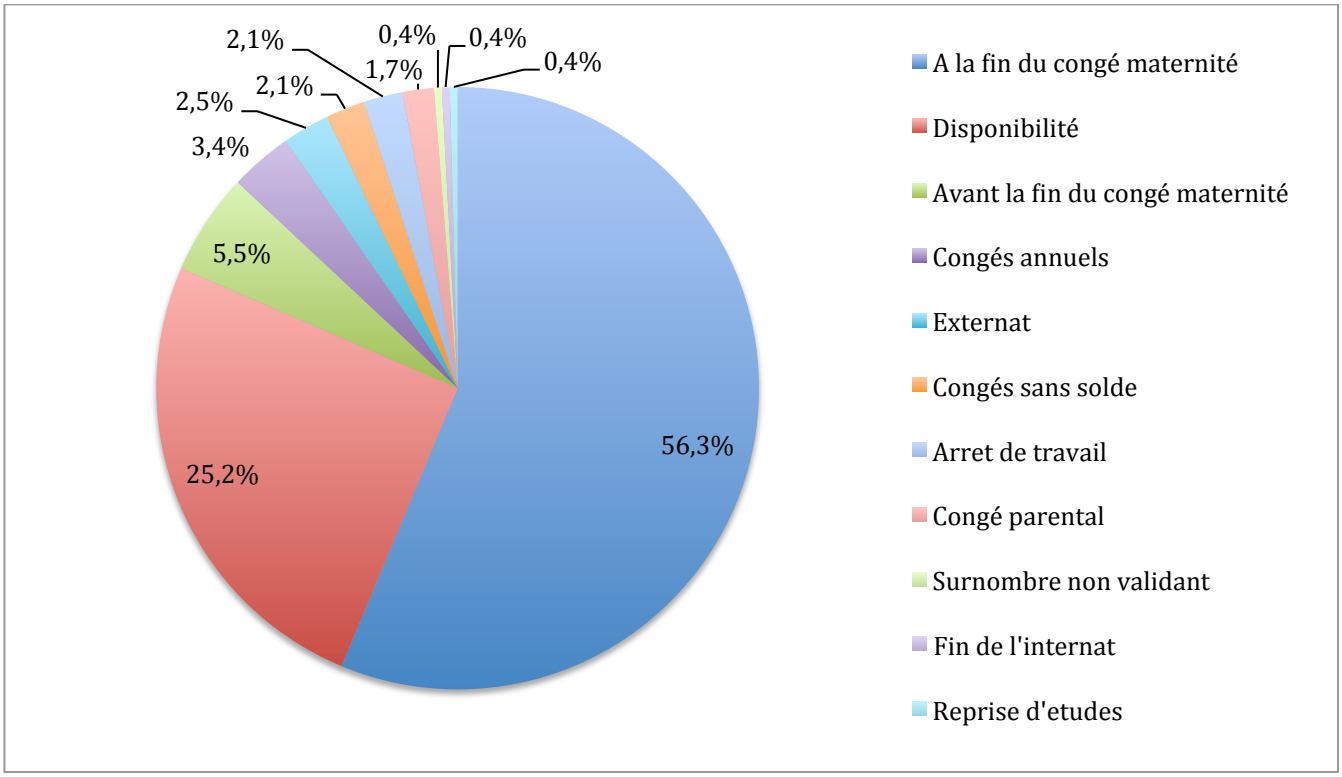


Figure 8: Cas de figure lors de la reprise de l'internat

44,1% (n=105) des internes ont dû interrompre leur allaitement maternel lors de la reprise du travail et 65,1% (n=155) auraient souhaité un congé maternité plus long.

5.4. Conditions de reprise

80% (n=84) des internes ayant dû interrompre leur allaitement lors de la reprise de l'internat (n=105) pensent que les conditions de travail faisant suite à leur congé maternité les ont incitées à interrompre leur allaitement.

5.5. Utilisation de compléments

43,3% (n=103) des internes déclarent avoir utilisé des compléments de lait artificiel au cours de l'allaitement maternel.

6. Etude entre le projet d'allaitement et le lieu de stage à la reprise

La répartition des stages lors de la reprise est représentée dans la Fig. 9.

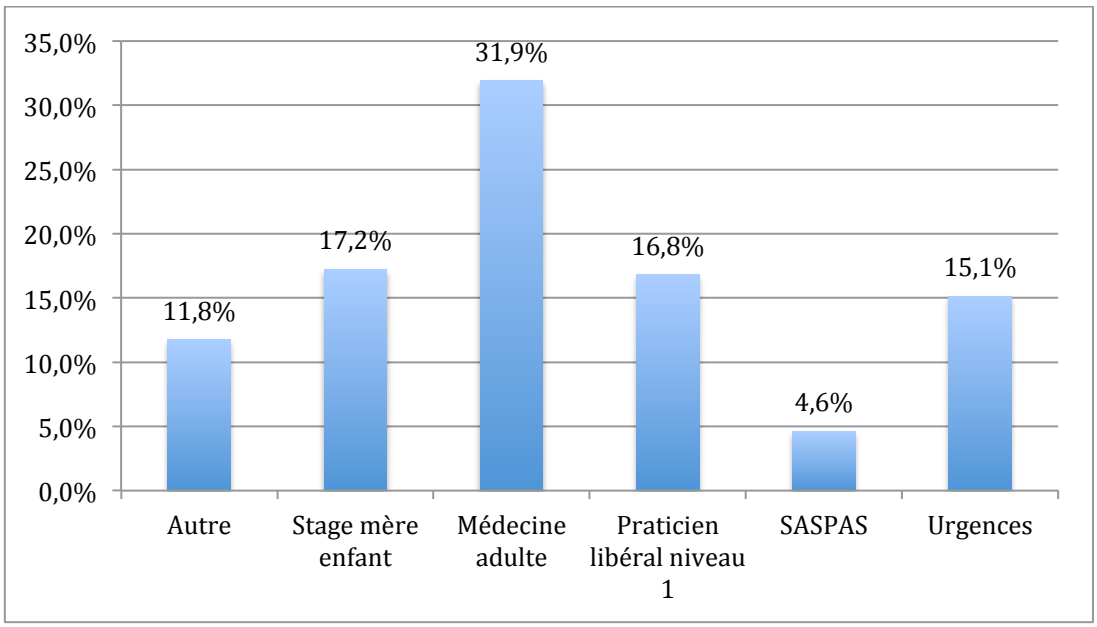


Figure 9: Répartition des stages à la reprise de l'internat après le congé maternité

Parmi les internes ayant considéré leur projet comme non réussi (n=111), 35% étaient en stage en médecine adulte. (Fig. 10)

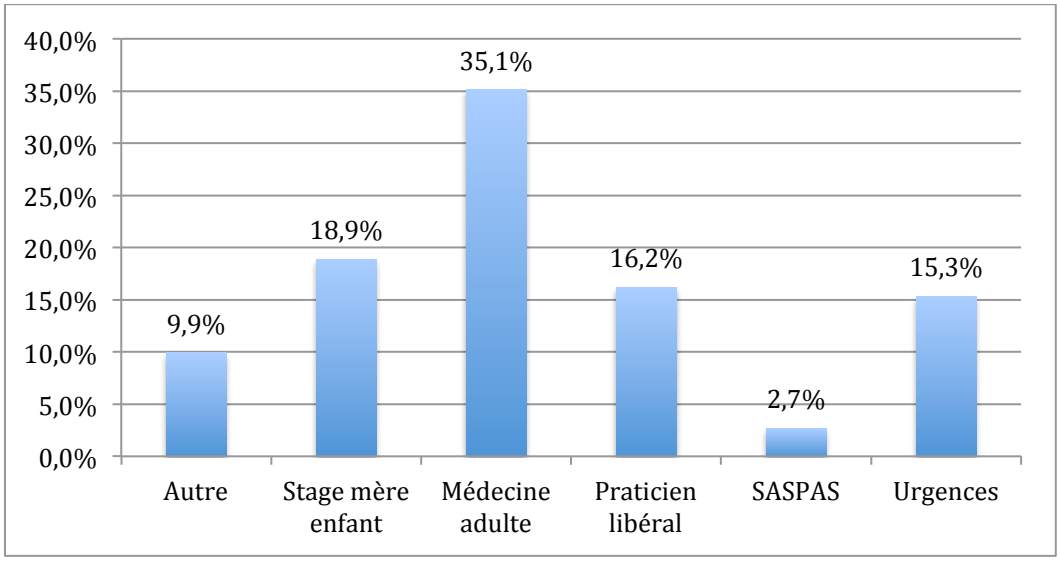


Figure 10: Répartition des stages lors de la reprise chez les internes considérant leur projet d'allaitement maternel comme non réussi

Parmi les internes ayant considéré leur projet comme réussi (n=102), 20,6% étaient en stage chez un praticien libéral niveau 1 et 6,9% étaient en Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS). (Fig. 11)

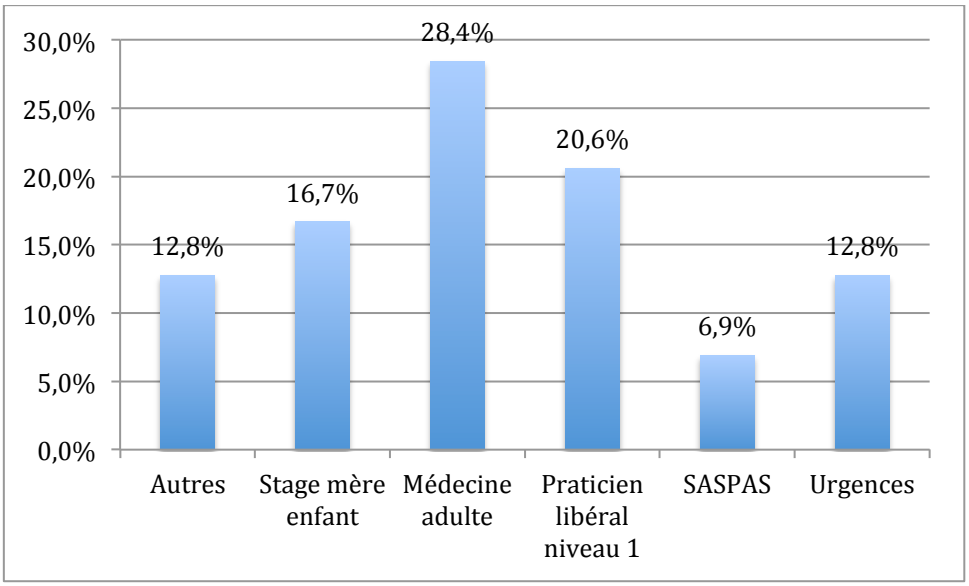


Figure 11: Répartition des stages lors de la reprise chez les internes considérant leur projet d'allaitement maternel comme réussi

7. Etude entre l'interruption de l'allaitement et l'invalidation de stage

Pour **57,56%** (n=137) des internes interrogées (n=313), la perte du classement obtenu à l'ECN en cas d'invalidation du stage, pour une absence supérieure à 2 mois au cours du semestre, est un **frein à la poursuite d'un allaitement.**

Pour 76,1% des internes interrogées, la perte du classement obtenu à l'ECN en cas d'invalidation du stage est un frein à la poursuite d'un allaitement car elle entraine un éloignement géographique de leur lieu de résidence et de leur famille. Et pour 71,8%, la perte du classement obtenu à l'ECN est un frein à la poursuite d'un allaitement car les stages auxquels elles ont accès sont plus difficiles en termes de rythme de travail, de charge de travail et de stress.

17 internes ont donné une autre réponse ou ont complété les réponses proposées :

- 10 précisaient que l'invalidation avec la perte du classement initial avait une **répercussion sur la formation théorique et pratique**: Int. 7 « perte de chance au niveau du choix de stage », Int. 18 « volonté par rapport à la maquette en fonction choix », Int. 38 « retarde la fin de l'internat », Int. 102 « intérêt moindre de certains stages », Int. 120 « Internat plus long », Int. 133 « Perte de chance », Int. 159 stages « moins intéressants », Int. 225 « frein à la réalisation de la maquette », Int. 300 « difficulté avec maquette », Int. 313 « Rallonge les études de 6 mois et moins de choix pour les stages », avec une précision sur des préoccupations matérielles pour l'interne 325 « Allongement de la durée des études et impact financier sur la famille »,

- 3 internes ont considéré que l'invalidation du stage avec des **conséquences sur la vie familiale** : Int. 49 « perte de la vie de famille », Int 161 « Séparation familiale! », Int. 310 « on reprend le stage avant la fin de l'allaitement, donc on n'est plus avec le bébé et difficile de tirer le lait à cause du volume de travail et le volume horaire »,

- 2 internes ont précisé que la **fatigue** en lien avec la perte du classement était un frein à la poursuite de l'allaitement: Int. 43 « fatigue », Int. 44 « assiduité en stage indispensable, avec fatigue peu compatible avec l'allaitement »,

- 1 dernière a évoqué une **organisation difficile** : Int. 95 « organisation difficile car choix de stage 15 jours seulement avant la reprise ».

Chez les internes ayant dû interrompre leur allaitement lors de la reprise du travail (n=105), **67,62%** (n=71) pensent que la perte du classement obtenu à l'ECN en cas d'invalidation du stage, pour une absence supérieure à 2 mois au cours du semestre, **est un frein à la poursuite d'un allaitement**.

8. Etude entre la réussite du projet d'allaitement et les différentes facultés

La répartition des projets d'allaitements considérés comme non réussis est représentée dans la figure 12.

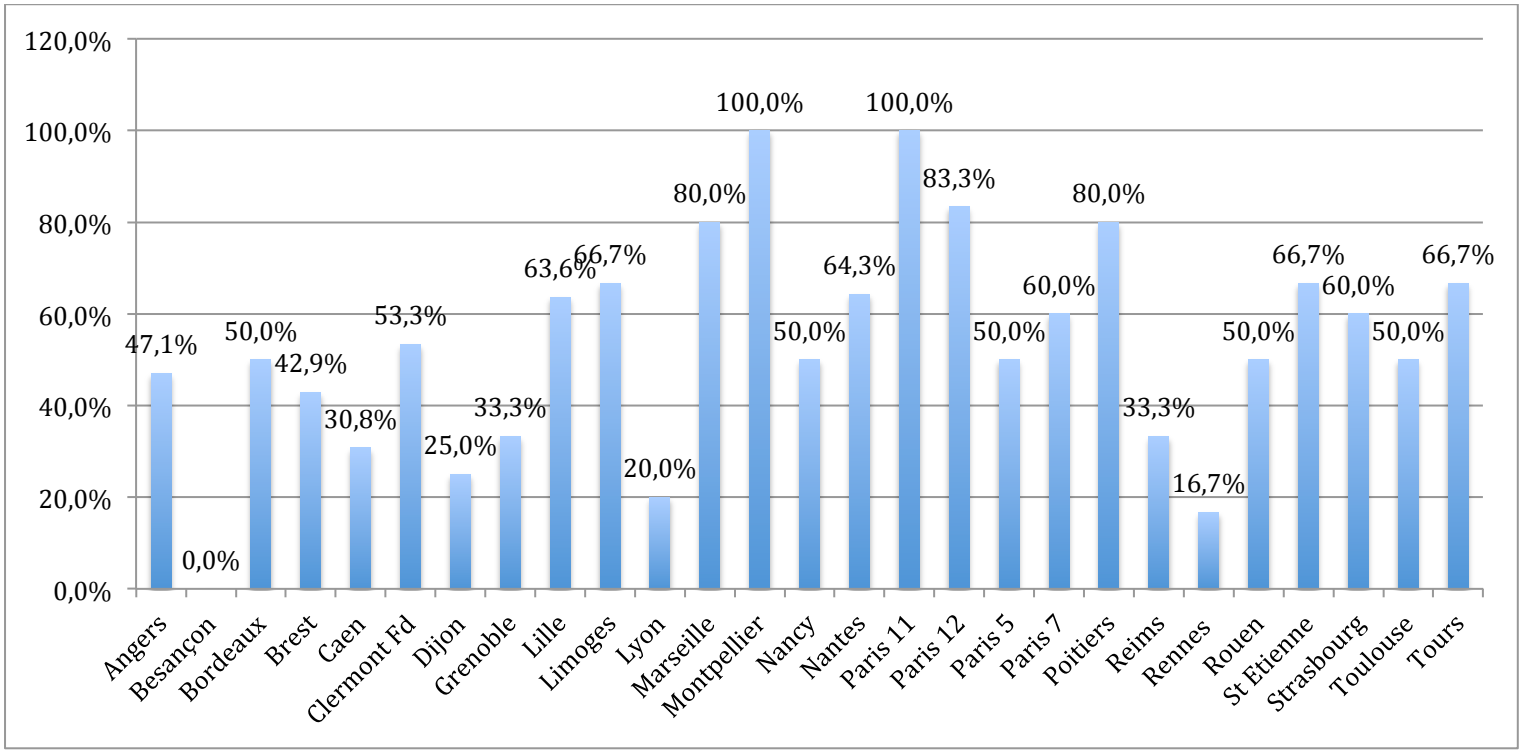


Figure 12: Répartition des projets d'allaitement maternel considérés comme non réussis en fonction des facultés

9. Aides et soutien

9.1. Personnes contactées en cas de difficultés

59,7% (n=142) des internes-mères ont ressenti des difficultés à un moment donné de leur allaitement.

95% ont trouvé quelqu'un pour les aider (Fig. 12) et 5% (n=12) d'entre elles ont déclaré ne se faire aider par personne.

Les sages-femmes ont été consultées en cas de difficultés dans 29% (n=70) des cas et 19% (n=46) des internes ont déclaré avoir trouvé de l'aide auprès de leur conjoint en cas de difficultés.

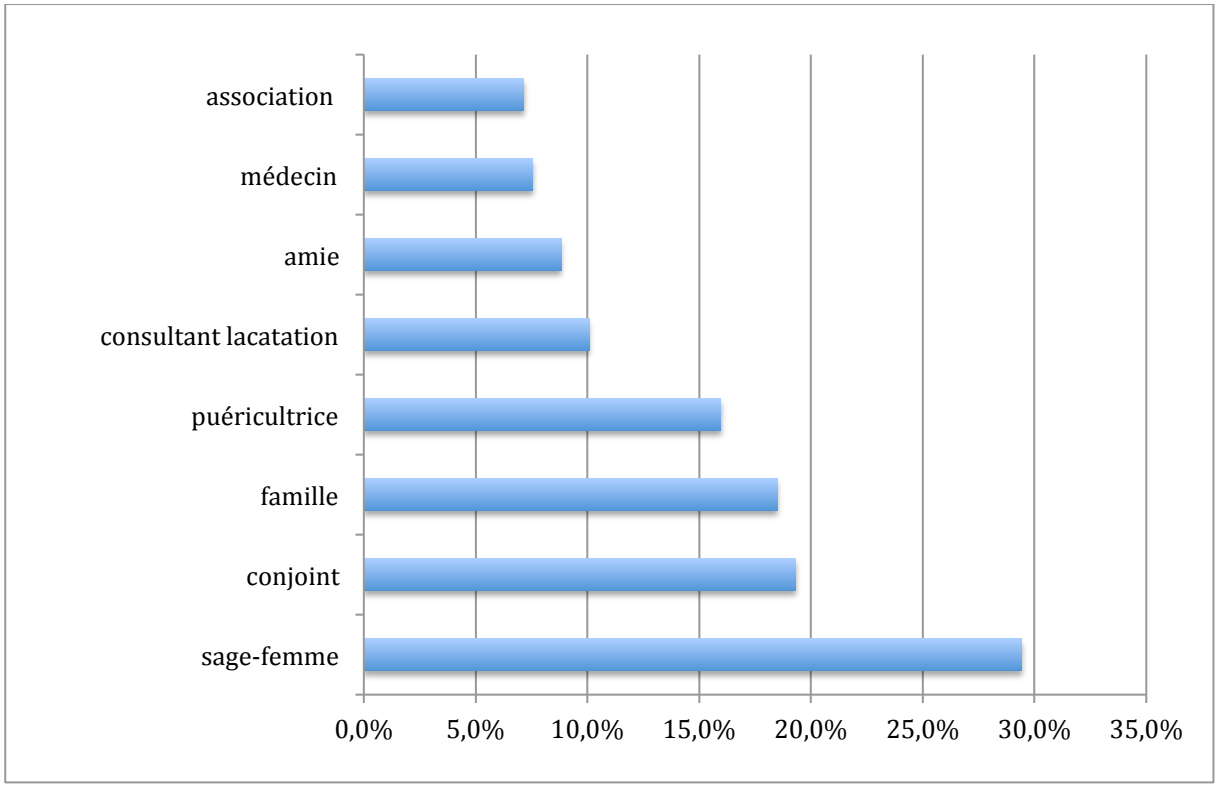


Figure 13: Aidants interpellés en cas de difficultés.

9.2. Soutien dans l'entourage professionnel, après la reprise

Le soutien apporté aux mères, concernant l'allaitement maternel lors de la reprise des stages, par les médecins seniors, chef de service et/ou maitre de stage a été décrit comme inexistant dans 34,6% des cas (n=46) (figure 14).

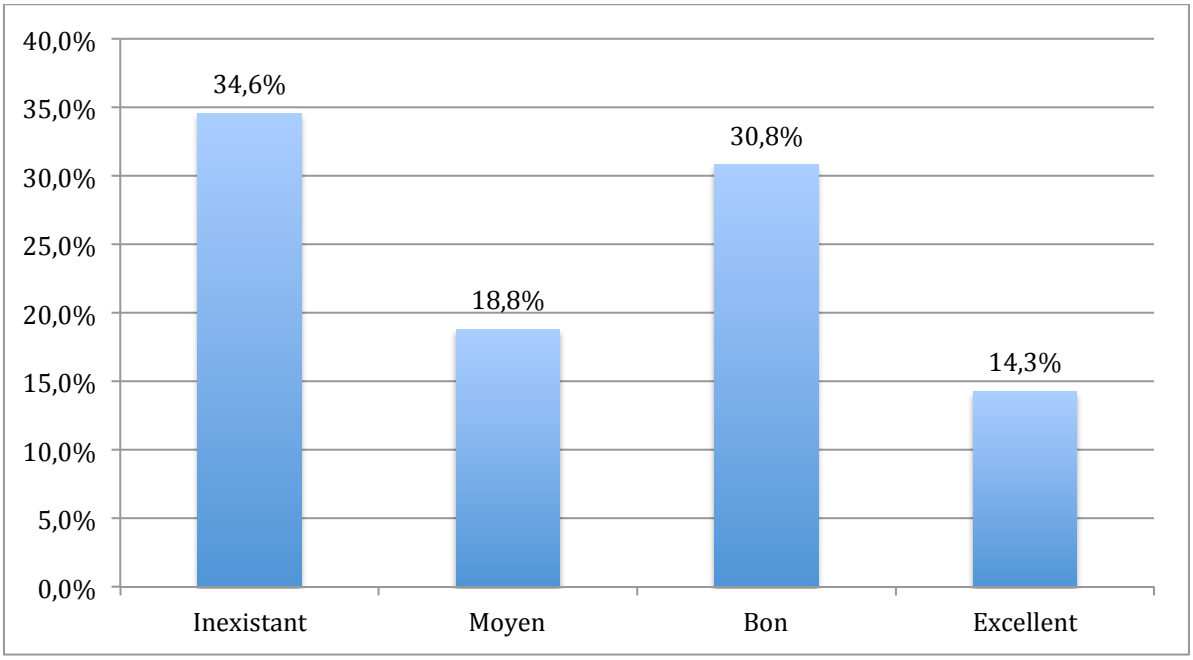


Figure 14: Soutien de l'entourage professionnel à la reprise

Le total des réponses n'est pas égal à 100% car il y a 2 valeurs manquantes car 2 internes n'ont pas répondu à cette question.

10. Lait tiré après la reprise professionnelle

Chez les internes-mères ayant poursuivi leur allaitement après la reprise (n=133), 63,9% (n=85) ont déclaré n'avoir pas pu bénéficier de l'heure légale pour tirer leur lait.

Chez celles ayant pu tirer leur lait (n=48), 13 ont eu des réflexions et des commentaires sur le fait qu'elles tiraient leur lait ; 9 ont eu des réflexions positives et 4 ont eu des réflexions négatives. Aucune n'a apporté de précisions sur les différentes réflexions positives ou négatives qu'elles ont eues.

11. Analyses complémentaires

Les analyses complémentaires ont porté sur 39 questionnaires renseignés pour les situations d'allaitement où les enfants n'étaient pas placés au rang 1. Les données exclues de l'analyse correspondaient à 9 enfants pour lesquels un allaitement n'a pas été démarré et à 4 autres situations d'allaitement pour lesquelles 2 questions ou plus étaient non renseignées dans la seconde partie du questionnaire. (Schéma 1)

La durée médiane déclarée de l'allaitement exclusif dans ce sous-groupe était de 3 mois. La répartition des durées de l'allaitement exclusif est indiquée dans la Fig. 15.

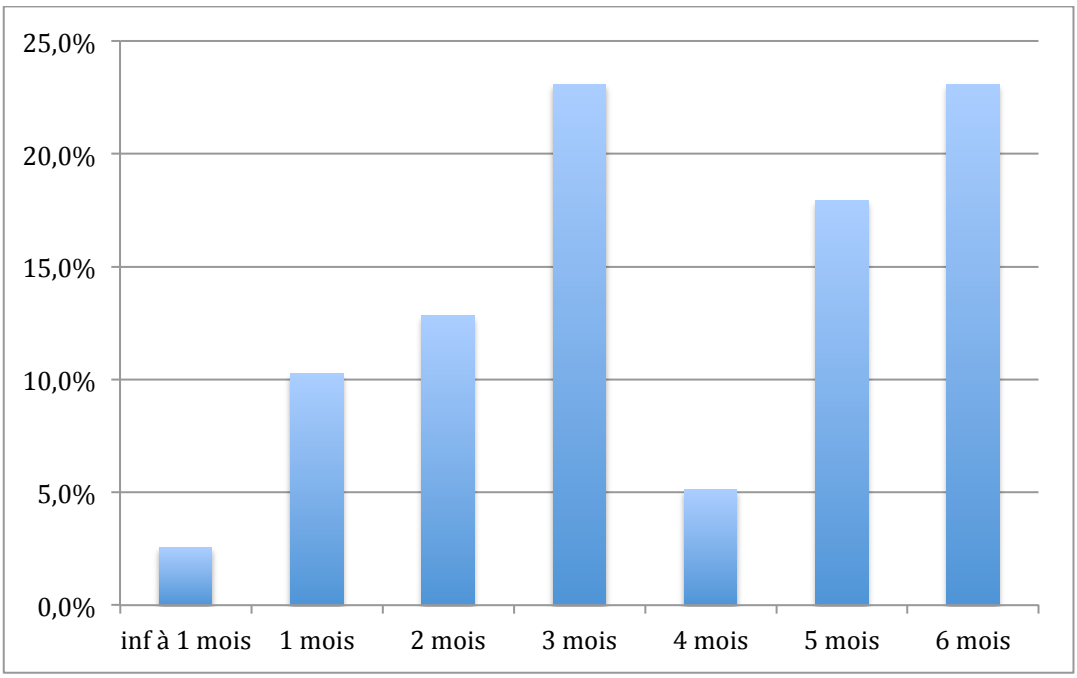


Figure 15: Durée allaitement exclusif

20,5% (n=8) des bébés ont été allaité pendant 6 mois à 1 an après la diversification alimentaire et 10,3% (n=4) l'ont été pendant plus d'un an.

Concernant le ressenti de la réussite du projet de l'allaitement, les internes en cours d'allaitement étaient exclues de cette question, l'analyse de cette question portait donc sur 30 internes (9 étant en cours d'allaitement). La moitié des situations d'allaitement a été considérée comme un projet d'allaitement non réussi (n=15). La répartition des causes déclarées de non-réussite d'allaitement dans ce sous-groupe est représentée dans la Fig. 16.

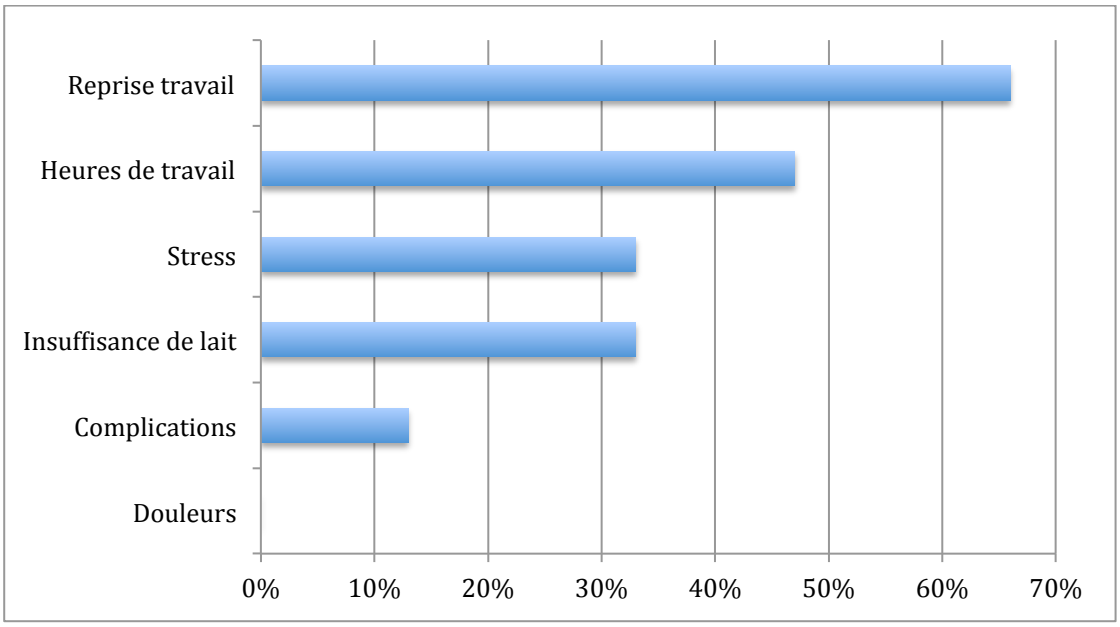


Figure 16: Répartition des causes déclarées de non réussite d'allaitement

Discussion

1. Principaux résultats de l'étude

Plus de la moitié, **52,1%** des internes-mères ont déclaré que **la durée réelle de leur allaitement n'était pas en accord avec leur projet d'allaitement** initial et les **3 premières causes** déclarées de cet échec sont **la reprise du travail** (44,1% ont dû interrompre leur allaitement maternel lors de la reprise et **5,5%** des internes interrogées ont **repris avant la fin du congé maternité** sous peine d'**invalidation de stage**), **les horaires de travail incompatibles avec l'allaitement** et la perception d'une **insuffisance de lait**. Or, comme le rappellent les experts, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit (23). L'insuffisance de lait primaire est rare. Il s'agit en réalité, dans la majorité des cas, d'une perception d'une insuffisance de lait qui pourrait être liée à un manque de confiance en soi de la mère ou bien d'une insuffisance de lait secondaire à un allaitement mal géré (suite à une fréquence ou à une durée des tétées inadéquates, par exemple). Cette seconde hypothèse vient corroborer les deux premières causes évoquées : reprise du travail et horaires ne permettant pas un allaitement à la demande et sans possibilité de tirer son lait régulièrement.

57,6% des internes interrogées pensent que la perte du classement, à leur retour de congé maternité en cas de stage invalidé, est un **frein à la poursuite d'un allaitement, et chez les internes ayant dû interrompre leur allaitement lors de la reprise**, **67,6%** pensent que la perte du classement **est un frein à la poursuite d'un allaitement**.

Enfin, chez les internes-mères ayant poursuivi leur allaitement, **63,9%** ont déclaré n'avoir **pas pu bénéficier de l'heure légale pour tirer leur lait**.

2. Limites et points forts de l'étude

2.1 **Limites de l'étude**

Le taux d'initiation de l'allaitement est plus élevé dans notre étude (76%) que la moyenne nationale. En 2012, l'étude EPIFANE a montré que 69% des nourrissons français recevaient du lait maternel à la maternité (60% de façon exclusive, 9% en association avec des formules lactées)(24). On peut alors se demander s'il n'y a pas un **biais de sélection** et si les internes-mères se sentant plus concernées par le sujet de l'étude ont répondu plus facilement aux questionnaires. Pourtant, les critères d'inclusion étaient bien explicités et incluaient toutes les internes de France métropolitaine en cours de DES de médecine générale ayant au moins un enfant né, qu'il ait été allaité ou non. (cf annexes 1 et 2). En outre, les critères socio-démographiques étant en faveur des internes-mères en ce qui concerne le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel, on peut se demander s'il existe réellement un biais de sélection, et si le fort taux d'initiation n'est pas la conséquence de ces critères socio-démographiques.

Une autre limite de notre étude est que **le taux de réponses n'a pas pu être calculé** étant donné que le questionnaire a été envoyé à une population plus large que la population de l'étude. En effet, le questionnaire a été diffusé via les scolarités pour toutes les facultés de France métropolitaine (cf Annexe 2), à l'exception de Poitiers et Tours où grâce à la distribution des questionnaires lors des choix de stage, toutes les internes concernées ont répondu au questionnaire. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avions choisi cette méthode de diffusion, afin de recueillir le plus fort taux de réponses dans les facultés de proximité où ce recueil pouvait être effectué. Concernant les autres facultés, les scolarités,

ou le cas échéant, les corporations d'internes, ont diffusé le questionnaire à tous les internes par courrier électronique via leur listing d'adresses mails. A la lecture des critères d'inclusion, « toutes les internes en cours de D.E.S. médecine générale ayant au moins un enfant », les internes ont choisi ou non de répondre au questionnaire. On ne sait donc pas si toutes les internes concernées ont pris le temps de répondre au questionnaire. Cependant, le grand nombre de réponses pour cette étude descriptive pilote est très encourageant.

Il existe également un **biais de mémorisation** puisque c'est une **étude descriptive rétrospective**. En effet, les internes-mères ayant répondu au questionnaire de manière rétrospective, soit *a posteriori* des faits, ces dernières peuvent avoir oublié la durée réelle de leur allaitement. De plus, avec le temps, le sentiment de réussite ou de non-réussite de leur projet d'allaitement maternel peut s'être amplifié ou bien atténué. A l'avenir, il serait intéressant de réaliser une étude prospective, en incluant toutes les internes dès le début de leur cursus (lors de leur premier choix de stage à l'ARS), quels que soient soit leur statut matrimonial et leur parité, et de les suivre jusqu'au terme de leur D.E.S (diplôme d'étude spécialisé) afin d'évaluer leur maternité et la **conduite de leur projet d'allaitement maternel tout au long de leur internat de manière prospective**.

Les durées moyennes de l'allaitement maternel chez les internes interrogées n'ont pas pu être calculées, la variable « inférieure à 1 mois » n'étant pas une donnée quantitative permettant le calcul de la durée moyenne. Afin de pouvoir comparer la durée moyenne d'allaitement maternel chez les internes en médecine générale à la durée moyenne dans la population générale, il aurait fallu exprimer la durée de l'allaitement maternel en nombre de semaines, avec un suivi prospectif pour éviter un biais de mémoire. Cependant, d'après

l'étude de 2008 effectuée dans la région Rhône-Alpes(22), même dans la population générale, la durée moyenne de l'allaitement maternel est méconnue, car les données concernant l'allaitement maternel, renseignées dans les certificats médicaux du 9e et 24e mois, sont mal, voire pas, renseignées. Selon les documents de travail de la DREES de 2012 concernant les certificats de santé de l'enfant aux 9e et 24e mois (25), on observe que les taux de remplissage en ce qui concerne le taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel peuvent varier de 0 à 100% d'un département à un autre. La durée médiane de l'allaitement maternel a été évaluée à 16 semaines par l'étude de 2008 de la DRASS Rhône-Alpes.

Tous les questionnaires n'ont pas pu être utilisés pour l'analyse principale car les internes ayant eu plusieurs enfants n'avaient pas toutes rempli un questionnaire par enfant et la réponse à la question 22 « Pensez-vous que la perte du classement obtenu à l'ECN en cas d'invalidation du stage, pour une absence supérieure à 2 mois au cours du semestre, est un frein à la poursuite d'un allaitement ? » aurait été comptabilisée plusieurs fois pour les mères multipares alors qu'elle ne concerne qu'une seule interne. Afin de ne perdre aucune donnée, nous avons conservé les questionnaires ne concernant pas les enfants nés au rang 1 pour des analyses complémentaires. L'unité statistique n'était pas la même : l'unité statistique pour l'analyse principale était l'interne alors que l'unité statistique pour les analyses complémentaires était la situation d'allaitement.

Concernant le questionnaire, plusieurs internes ont fait remarquer qu'elles auraient souhaité s'exprimer davantage dans des commentaires libres. Cela est très encourageant, et peut-être qu'une étude qualitative par des entretiens semi-dirigés avec des internes

considérant leur projet d'allaitement réussi ou non réussi pourrait être très informative et compléterait bien les premiers résultats de cette étude.

Enfin, la question 18 était mal posée ou incomplète puisqu'elle était intitulée ainsi : « Avez-vous pu bénéficier de l'heure légale pour tirer votre lait lors du stage immédiatement après votre reprise ? ». Ainsi, on ne sait pas si les internes ont tiré leur lait en dehors de l'heure légale prévue par la législation. Par contre, le résultat est alarmant quand **63,9% ont déclaré n'avoir pas pu bénéficier de cette heure prévue par la législation**. Cela peut donc être une première piste de réflexion pour aider les internes à poursuivre leur allaitement après la reprise de leur travail. En effet, si elles le souhaitent, toutes les conditions devraient être réunies pour qu'elles puissent s'isoler au cours de leur stage, 30 minutes le matin et l'après-midi pour tirer leur lait, comme cela est prévu dans la législation du code du travail (Article L1225-30).

2.2 **Avantages - Points forts**

Il s'agit d'une **première étude pilote**, puisque l'allaitement chez les internes en médecine n'avait jamais été exploré. L'effectif est très correct pour une étude descriptive, ce qui est très encourageant.

La **représentativité** est variée et la population est bien représentée. La représentativité géographique (quasiment toutes les facultés de médecine de France métropolitaine sont représentées, vingt-sept sont représentées sur les trente), les représentativités quant à l'ancienneté (internes de tous les semestres représentées) et la

représentativité quant au nombre d'enfants (de un à quatre enfants) sont très bonnes. De nombreuses internes-mères se sont senties concernées, les primipares et les mères de famille nombreuse. Ces dernières ont d'ailleurs pris le temps de répondre à plusieurs questionnaires ; une interne a même rempli rigoureusement jusqu'à 4 questionnaires. Cela laisse à penser que la problématique intéresse la population de l'étude et qu'il y a encore de nombreuses choses à faire.

L'ensemble des données a été exploité à travers des analyses principales et des analyses secondaires, ce qui fait que peu de questionnaires ont été exclus de l'étude. Seulement 15 questionnaires étaient non exploitables.

Enfin, les résultats de l'analyse principale ont été présentés sous forme d'un mémoire, intitulé *« L'Allaitement chez les internes de médecine générale: comment concilier l'allaitement maternel après le retour au travail ? Enquête descriptive et transversale en France métropolitaine »,* pour la validation du Diplôme inter-universitaire « Lactation humaine et Allaitement maternel » (DIULHAM), pour l'année universitaire 2012-2013, à Grenoble.

3. Déterminants de la réussite de l'allaitement

Le but de notre étude était d'évaluer la réussite, ou non, des projets d'allaitement maternel et de décrire les causes déclarées de non-réussite du projet d'allaitement maternel.

Selon une étude suédoise de 2001 (15), et selon un dossier de l'Ecole de Santé Publique de 2006(16), les déterminants de la réussite de l'allaitement peuvent être classés en plusieurs catégories :

3.1 Facteurs liés à la mère

3.1.1 **Emploi - Allaitement et travail**

3.1.1.1 Confrontation des résultats de l'étude aux données de la littérature

Les résultats de notre étude sont tout à fait en accord avec la littérature puisque malgré l'intention de nombreuses femmes de continuer d'allaiter après le retour au travail, l'emploi de la mère constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce (26)(16)(27)(28). Dans l'étude de Scott menée en Australie (27), les mères qui étaient retournées au travail avant 6 mois allaitaient moins à 6 mois (allaitement exclusif) et à 12 mois (allaitement partiel) que celles qui étaient retournées au travail entre 6 et 12 mois. Une autre étude portant sur l'expérience d'allaitement des mères après le retour au travail a été menée auprès de 50 femmes primipares américaines qui avaient planifié d'allaiter leur bébé et de retourner travailler après la naissance (28). Ces mères ont décrit une certaine détresse psychologique résultant du conflit entre les exigence du travail et l'allaitement. Enfin, selon la récente cohorte française « EDEN mother-child cohort » (26), la reprise du travail maternel était un facteur prédictif majeur pour un sevrage précoce. Les mères qui reprenaient le travail le plus tôt étaient celles qui allaitaient le moins leur bébé à 4 mois, indépendamment d'un emploi à temps plein ou à temps partiel.

Le **temps de travail** a également un impact sur la durée de l'allaitement : les mères qui travaillent plus de 20 heures par semaine sèvrent leur bébé plus précocement que celles qui travaillent moins de 20 heures par semaine (16). Ce résultat est également retrouvé dans une étude américaine de 2006 où les mères qui travaillaient à temps partiel avaient un taux d'allaitement significativement ($p<0,05$) plus élevé (68,8%) que celles qui travaillaient à temps plein (65,5%)(29). On comprend donc aisément que 80% des internes ayant dû interrompre leur allaitement pensent que les conditions de travail faisant suite à leur congé maternité les ont incitées à interrompre leur allaitement. En effet, le **temps de travail moyen de l'interne** en médecine générale est de **48,9 heures par semaine** (18), et même évalué plus récemment par la Commission européenne (30)(annexe 12) **à 83,5 heures hebdomadaires**, soit 35,5 heures au-dessus de la limite autorisée par le droit communautaire. Il existerait un éventuel non-respect de la directive 2003/88/CE (31) qui stipule une limite moyenne de 48 heures de travail hebdomadaires. La France disposait de 2 mois à compter du 20 juin 2013 pour répondre aux interrogations de la Commission européenne. Le dossier est toujours en cours de discussion.

L'environnement de travail joue également un rôle important. 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**, le **manque de lieu** disponible pour **tirer son lait**, l'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait, et le **manque de flexibilité horaire** pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail (16). Dans notre étude, on retrouve que le soutien apporté aux mères par les médecins seniors, chef de service et/ou maitre de stage a été décrit comme excellent dans 14,3% des cas, bon dans

30,8% des cas, moyen dans 18,8% des cas et inexistant dans 34,6% des cas. **Dans plus de la moitié des cas**, (54,2%) le **soutien n'était pas favorable à l'allaitement maternel**.

Les internes incluses dans notre étude ont également fait part de leurs difficultés à tirer leur lait sur leur lieu de travail avec 63,9% des internes interrogées qui ont déclaré n'avoir pas pu bénéficier de l'heure légale pour tirer leur lait et le témoignage d'une interne qui a tiré son lait dans les toilettes.

Concernant les stages lors de la reprise, notre étude n'étant que descriptive, les effectifs n'étaient pas calculés pour étudier s'il existait ou non une différence significative entre les différents stages en fonction de la réussite ou non des projets d'allaitement maternel. Nous ne pouvons qu'observer la répartition des stages lors de la reprise en fonction de la réussite ou non des projets d'allaitement maternel. Ces dernières semblent similaires et superposables à la répartition globale.

Selon deux dossiers de la revue « Allaiter aujourd'hui » (32)(33), le travail des femmes n'est pas un phénomène nouveau. De tout temps, les femmes ont accompli des tâches variées en plus de leur travail domestique. Mais ces tâches s'effectuaient en général à domicile ou non loin de la maison. Dans ces cas, le bébé pouvait rester avec sa mère et le travail de celle-ci n'était pas un obstacle à l'allaitement.

Le problème a commencé à se poser quand les femmes sont devenues massivement des travailleurs salariés dont le travail impliquait une absence prolongée de la maison.

Aujourd'hui, même si les informations sont de plus en plus nombreuses concernant la possibilité de reprendre le travail tout en continuant à allaiter leur bébé, encore trop de

mères se plient à « des plans de sevrage » visant à supprimer une tétée après l'autre de telle façon que le bébé soit entièrement au biberon à la reprise du travail.

Toutes les raisons qui ont fait préférer l'allaitement maternel à la naissance sont toujours valables quand le bébé a 3 ou 6 mois. Le lait maternel reste l'aliment le mieux adapté au bébé : meilleure digestibilité, meilleure protection contre les affections ORL récidivantes, bienfaits à long terme… Allaiter longtemps comporte aussi des avantages pour la santé de la mère : la perte de poids, la protection contre le cancer du sein, le cancer de l'utérus… Enfin, cela pourrait paraître paradoxal mais l'allaitement maternel présente également des avantages pour l'employeur. Les enfants allaités étant moins sujets aux infections saisonnières, leur mère aura moins besoin de s'absenter pour les soigner.

Le Code du Travail français prévoit différentes dispositions destinées à faciliter l'allaitement par les mères qui ont repris leur emploi à l'issue du congé maternité (annexe 9). « Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail », Art. L1225-30. Cette heure prévue est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi.

Dans une société où l'allaitement maternel n'est pas la norme, les femmes ont beaucoup de difficultés à concilier le travail et l'allaitement maternel. Des actions spécifiques doivent être développées pour les mères allaitantes qui retournent travailler, et les dispositions déjà existantes, telle que l'heure d'allaitement sur le lieu de travail, doivent être appliquées.

3.1.1.2 Statut particulier de l'interne

3.1.1.2.1 Législation concernant le statut de l'interne et le congé maternité

Selon le Code de la Santé Publique, l'interne est un praticien en formation spécialisée : à la fois professionnel de santé et étudiant en formation. Il consacre la totalité de son temps à ses activités médicales et à sa formation. Hormis les absences légales prévues par le statut (congés annuels, maternité, disponibilité), aucune interruption des fonctions n'est possible en cours de semestre (34). Le congé maternité chez l'interne répond à la même législation que le régime général soit 16 semaines. Or, selon l'article R. 6153-20 du Code de la Santé Publique « lorsqu'un interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois, (…) le stage n'est pas validé », entraînant alors par la suite un déclassement dans une promotion intermédiaire correspondant au nombre de semestres validés. En effet, les choix de stages s'effectuent par ordre d'ancienneté (nombre de semestres validés) puis au sein d'une même promotion annuelle, suivant le rang de classement des internes obtenu à l'ECN (35)(36)(37). Pour **57,56%** des internes interrogées, la perte du classement est un **frein à la poursuite d'un allaitement.** Parmi les autres, beaucoup ont précisé, par l'envoi de mails explicatifs (coordonnées fournies avec le questionnaire), que la perte du classement n'était pas un frein à la poursuite de leur allaitement maternel car elles ne perdaient pas leur rang de classement. En effet, dans certaines facultés, il existe des « pré-choix » où les internes sont reclassées à leur rang de classement initial au retour de leur congé maternité. Ces procédures ont lieu quelques jours avant les choix de stage officiels de l'ARS, et représentent un accord tacite entre tous les internes des facultés concernées. Ainsi, lors des choix de stage officiels à l'ARS, tous les internes respectent le stage qu'ils ont choisi lors des « pré-

choix » et les internes au retour de leur congé maternité peuvent ainsi accéder à des stages auxquels elles n'auraient pas officiellement accès.

3.1.1.2.2 Retour des internes après un congé maternité

Il existe une **grande disparité entre les différentes facultés** concernant la gestion du retour des internes après un congé maternité comme en témoignent de nombreuses discussions en conseil d'administration des différentes associations d'internes (ISNIH, ISNAR-IMG…) (38). De ce fait, la gestion de l'allaitement chez les internes peut être très différente d'une faculté à une autre (figure 12 p31). Ainsi, aucune interne des facultés de Montpellier et Paris 11 n'a considéré que son projet d'allaitement était réussi alors que toutes les internes de Besançon ont considéré leur projet d'allaitement comme réussi. Ces résultats sont à prendre en considération avec beaucoup de prudence, le taux de réponses n'étant pas connu et le nombre d'internes ayant répondu étant différent pour chaque faculté. En effet, pour ces trois facultés où les résultats sont extrêmes, le nombre d'internes ayant répondu est très faible (tableau 1 p17) : trois internes pour la faculté de Paris 11, deux internes pour la faculté de Montpellier et deux internes pour la faculté de Besançon.

Ces résultats ne peuvent nous donner qu'une certaine tendance, qu'il serait nécessaire d'approfondir par la suite dans une autre étude.

Le débat concernant la politique de déclassement/reclassement des internes-mères à leur retour de congé maternité est récurrent et un consensus est difficile à trouver afin de ne pas créer de discrimination envers chaque interne (39).

Il n'existe aucun document officiel recensant les reclassements/déclassements effectués par chaque faculté. Les informations connues reposent uniquement sur les témoignages des internes concernées sur différents forums d'étudiants en médecine, les discussions au cours de différents conseils d'administration (38) ou encore via les plaintes déposées auprès de la HALDE de 2010 à 2012. En effet, 57 internes déclassées à leur retour de congé maternité, ayant jugé leurs situations discriminantes, ont saisi le Défenseur des Droits (anciennement la HALDE, Haute autorité de Lutte contre les Discriminations et pour l'Egalité). Ce dernier a reconnu par la décision du 20 décembre 2012 (20) que « le dispositif actuel de choix des stages agréés est susceptible d'entrainer un **désavantage particulier pour les femmes internes** en raison de leur congé maternité ce qui **pourrait être constitutif d'une discrimination** ». Très récemment, le Défenseurs des Droits a réaffirmé sa position de défendre les mères étudiantes en médecine, par la parution d'un article le 7/03/2014.(40)

3.1.2 Facteurs socio-démographiques et culturels, et expériences précédentes

Selon les critères socio-démographiques, les mères qui allaitent le plus longtemps sont les mères plus âgées (27)(41), mariées (42), multipares (15), d'un niveau de scolarité supérieur (41) et socio-économiquement plus favorisées (15). Ce qui pourrait expliquer que dans notre étude 92% des internes ont déclaré avoir souhaité allaiter leurs enfants et avec un taux d'initiation plus élevé (76%) que la moyenne nationale (69% selon l'étude de 2012 (24)). Cette différence entre le souhait et le taux d'initiation mesuré dans notre étude s'explique par le fait que les allaitements débutés avant l'internat ou n'ayant pas été poursuivis pendant l'internat n'ont pas été comptabilisés dans le taux d'initiation. L'écart entre le taux d'initiation dans notre étude et la moyenne nationale semble donc minoré.

Le questionnaire avait été étudié pour que les internes ayant plusieurs enfants répondent à un questionnaire par enfant. En effet, les situations d'allaitement sont toutes différentes y compris pour une même mère avec chacun de ses enfants. D'autant plus, comme décrit ci-dessus, les mères multipares allaitent plus longtemps que les mères primipares. Or, les internes ayant plusieurs enfants n'ont pas toutes répondu à un questionnaire par enfant et le premier questionnaire rempli ne correspondait pas forcément au premier enfant. En outre, pour ne pas comptabiliser plusieurs fois les réponses concernant le point de vue de l'interne par rapport à la compatibilité de l'allaitement avec l'internat, nous avons préféré inclure uniquement le questionnaire concernant les enfants nés au rang 1, dans l'analyse principale. Il y a ainsi, une meilleure lisibilité et une homogénéisation des résultats. Afin de ne pas laisser de côté les 52 questionnaires qu'avaient pris la peine de remplir les internes ayant plusieurs enfants, nous les avons utilisés pour une analyse complémentaire. La durée médiane déclarée de l'allaitement exclusif dans ce sous-groupe était identique à celle de l'analyse principale, 3 mois. Le projet d'allaitement maternel est considéré comme non réussi dans la moitié des cas. Et les trois principales causes déclarées de non-réussite d'allaitement sont les mêmes : reprise du travail, horaires de travail incompatibles et sensation d'insuffisance de lait (4e cause ex æquo : le stress). En contradiction avec les données de la littérature, la parité n'a donc pas, ou peu influé, sur les résultats de notre étude. Cette variation pourrait être liée à la non-adéquation du nombre de questionnaires pour l'analyse complémentaire par rapport à l'analyse principale (39 questionnaires pour l'analyse complémentaire versus 238 pour l'analyse principale)

3.1.3 **Connaissances, croyances, représentations**

Le niveau de connaissance des mères concernant l'allaitement est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue (16)(41)(43)(44). Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissance élevé chez les mères primipares est associé à une durée d'allaitement prolongée mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares.

Dans l'étude de Kronborg (41), les auteurs ont cherché à déterminer quels facteurs psychologiques pouvaient influencer sur la durée de l'allaitement maternel. Cette cohorte de mères danoises ayant donné naissance à un enfant, a été suivie pendant 4 mois. A l'aide d'une régression de Cox, la durée d'allaitement maternel a montré une association positive avec le niveau scolaire des mères ($p=0,002$), son intention d'allaiter ($p=0,001$), leurs expériences précédentes avec l'allaitement ($p<0,001$), leur confiance en l'allaitement maternel ($p=0,012$) et leurs connaissances à propos de l'allaitement maternel ($p=0,001$).

On pourrait croire que, grâce à leur formation, les connaissances des internes par rapport à l'allaitement soient plus importantes que dans la population générale. Cependant, il n'y a qu'un seul item au programme de la formation des internes à propos de l'allaitement à l'ECN: Item 24 « Allaitement et complications ». En outre, selon un article intitulé « Allaitement maternel chez les étudiants en médecine » reprenant les réponses données par les étudiants ayant passé l'ECN en 2011, à propos d'une question portant sur l'allaitement maternel, le nombre de réponses inappropriées, voire aberrantes, étaient nombreuses (45). On pourrait s'attendre à ce que la formation médicale des internes leur apporte des connaissances plus approfondies en ce qui concerne l'allaitement maternel par rapport à la population générale, mais en réalité, les internes ne semblent pas avantagées.

3.2 Facteurs liés aux politiques de santé publique

3.2.1 **Politique d'emploi- congés maternité**

Alors que la promotion de l'allaitement maternel fait partie des objectifs du Programme National Nutrition Santé (PNNS)(2)(46), sa pratique en France est très inférieure aux taux rapportés dans d'autres pays européens, tels que les pays nordiques (47). Selon une revue de la littérature de 2011(48), la Norvège, le Danemark et le Japon présentaient les taux les plus élevés d'initiation de l'allaitement maternel exclusif (respectivement 99, 98,7 et 98,3%); le Royaume-Uni, les Etats-Unis et la France avaient les taux les plus bas (respectivement 70, 69,5 et 62,6%). (Annexe 3)

Les pays permettant aux mères d'avoir accès à un **congé maternité rémunéré prolongé** (tels que les pays scandinaves) (Annexe 8) montrent des taux d'allaitement supérieurs. En France, le congé maternité est de 16 semaines (31)(49)(50). 65,1% des internes interrogées auraient souhaité un congé maternité plus long. **56,3**% ont repris l'internat **à la fin du congé maternité** mais **5,5%** ont **repris avant la fin du congé maternité** sous peine d'**invalidation de stage. 25%** ont pris une **disponibilité** à la suite de leur congé maternité et ont donc fait le choix de rester six mois supplémentaires, non rémunérés, auprès de leur bébé. En effet, selon l'article R6153-26 du Code de la Santé Publique (51), « l'interne peut être mis en disponibilité par le directeur général du centre hospitalier régional de rattachement dans l'un des cas suivants : accident ou maladie grave du conjoint ou d'un enfant, études ou recherches présentant un intérêt général, stage de formation ou de perfectionnement en France ou à l'étranger, ou convenances personnelles, dans la limite d'un an renouvelable une fois ». Dans les autres cas, 2,1% ont pris un congé sans solde, 3,4% ont posé des congés annuels, 1,7% ont pris un congé parental et 0,4% ont pris un surnombre

non validant. Au total, **dans 32,4% des cas**, les internes ont prolongé la durée de leur présence auprès de leur bébé à la suite du congé maternité.

4. Autres déterminants de la réussite de l'allaitement

Afin de répondre à notre problématique, nous avons gardé comme axe de recherche **l'environnement et les conditions de reprise de travail pouvant avoir un impact sur la durée de l'allaitement maternel** chez les internes. Plusieurs facteurs ayant un impact sur la durée de l'allaitement n'ont pas été étudiés dans notre étude tels que d'autres facteurs liés à la mère comme **la préparation à la naissance et le tabagisme,** les facteurs liés à l'accouchement (**mode d'accouchement, analgésie péridurale**) ou encore des facteurs liés au bébé et à son état de santé (**enfants prématurés, faible prise de poids du bébé, technique de succion**), les facteurs liés au système de santé (**pratiques hospitalières** : contact précoce avec la mère en peau à peau, mise au sein précoce, allaitement fréquent à la demande ou à l'éveil, sans restriction d'horaire et de durées, présence du bébé la nuit avec sa mère/ allaitement à horaires fixes, utilisation d'une tétine ou d'une sucette, recours aux compléments ; **publicité sur les substituts de lait** dans les maternités et distribution d'échantillons gratuits de lait) **, et l'initiative « Hôpital Ami des Bébés » (IHAB).**

5. Perspectives

On dispose d'outils juridiques (nationaux et internationaux) permettant de s'organiser pour reprendre une activité professionnelle sans avoir à mettre fin à un allaitement. Selon un article du CoFAM , ces outils juridiques pourraient être améliorés et complétés pour toutes les mères allaitantes en :

- allongeant la durée du congé maternité,

- prévoyant que l'heure d'allaitement soit indemnisée par la sécurité sociale et non par l'employeur,

- augmentant l'allocation versée par la CAF aux mères interrompant ou réduisant leur activité professionnelle jusqu'au premier anniversaire de l'enfant.

Pour les mères-étudiantes en médecine, leur formation médicale est difficile et la parentalité est une responsabilité à temps plein. Trouver un équilibre familial avec les demandes importantes de la faculté de médecine est une tâche ardue. Il existe peu de recherches disponibles pour guider les étudiants, les professeurs, la scolarité ou l'administration des affaires médicales. Une étude américaine récente de mars 2013 (14), étudie le cas d'une faculté de médecine aux États-Unis, et fournit :

- une vue d'ensemble des défis personnels et professionnels auxquels les mères-étudiantes en médecine sont confrontées au cours de leur formation médicale de premier cycle tels que :
    - le meilleur moment pour programmer leur grossesse au cours de leur cursus,
    - le suivi médical à l'extérieur des structures universitaires afin de bien dissocier leur statut de patiente et de personnel médical au sein des CHU
    - concilier les cours universitaires avec les rythmes de vie de leurs bébés
    - les difficultés à tirer leur lait par le manque de moyens : temps et locaux
- des stratégies pratiques et des ressources utiles afin de relever ce défi.

Cet article est une ressource intéressante afin de guider les professeurs et les administrations qui enseignent, conseillent et encadrent les étudiants en médecine-parents.

L'article propose des suggestions permettant de mieux prévenir les problèmes de santé des étudiants en médecine-parents et de soutenir leur expérience éducative avec :

1) un réseau de conseillers de carrière,

2) une flexibilité de programmation des cours et le travail des cours théoriques à privilégier à la maison

3) une politique d'allaitement maternel avec un soutien adapté dans le milieu professionnel, des plages horaires quotidiennes systématiques réservées à l'allaitement de leur bébé ou pour tirer leur lait dans des locaux adaptés,

4) un soutien institutionnel de garde d'enfants,

5) l'opportunité de montrer l'impact positif des parents-étudiants en médecine dans une organisation de soins, qui pourraient être des personnes ressources en allaitement

Conclusion

Plus de la moitié des internes-mères ont déclaré que **la durée réelle de leur allaitement n'était pas en accord avec leur projet d'allaitement** initial et les **3 premières causes** déclarées de cet échec sont **la reprise du travail, les horaires de travail incompatibles avec l'allaitement** et la perception d'une **insuffisance de lait**.

44,1% des internes interrogées ont dû interrompre leur allaitement maternel lors de la reprise. **5,5%** ont **repris avant la fin du congé maternité** sous peine d'**invalidation de stage.**

Sur la population totale de l'étude, plus de la moitié des internes interrogées pensent que la perte du classement est un **frein à la poursuite d'un allaitement. Et chez les internes ayant dû interrompre leur allaitement lors de la reprise**, 2/3 pensent que la perte du classement est un **frein à la poursuite d'un allaitement**.

Enfin, chez les internes-mères ayant poursuivi leur allaitement, 2/3 ont déclaré n'avoir pas pu bénéficier de l'heure légale pour tirer leur lait.

Il existe une **grande disparité entre les différentes facultés** concernant la gestion du retour des internes après un congé maternité, et c'est un sujet récurrent et sensible parmi les internes de toutes spécialités confondues. De ce fait, la gestion de l'allaitement chez les internes peut être très différente d'une faculté à une autre. Le but de cette étude n'était pas de raviver la polémique sur le reclassement ou non des internes-mères après leur retour de congé maternité mais bien d'évaluer la réussite des projets d'allaitement maternel. Dans cette optique-là, nous ne pouvions pas ne pas parler des conditions de travail chez les

internes étant donné que le retour au travail est bien la première cause de sevrage dans la population générale.

Le Défenseur des Droits a reconnu en décembre 2012 que « ce dispositif est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour les femmes internes à raison de leur congé maternité ce qui pourrait être constitutif d'une discrimination ». La ministre des affaires sociales et de la santé a pris acte de cette analyse en précisant qu'elle envisageait « de mener des concertations avec les acteurs concernés (agences régionales de santé, directeurs des unités de formation et de recherches médicales, enseignants de médecine, associations et syndicats d'internes, ministère chargé de l'enseignement supérieur) afin d'analyser les solutions permettant de faire évoluer cette situation ».

Grâce aux études menées sur les grossesses chez les internes et aux nombreuses réflexions des organismes compétents, des avancées pour ces internes-mères ont pu être observées telles que le stage en « surnombre » validant/ou non validant, qui permet aux internes de mener leur grossesse sereinement sans pénaliser le fonctionnement des services. De la même manière, des solutions concernant leur retour à la suite de leur congé maternité, doivent être possibles. Plusieurs facultés ont déjà donné **des pistes de réflexion** telles qu'un réseau de conseillers de carrière, une flexibilité de programmation des cours, une politique d'allaitement maternel avec un soutien adapté dans le milieu professionnel, et un soutien institutionnel de garde d'enfants.

Il s'agit d'une **étude pilote exploratoire descriptive**. Le but n'était pas de faire des analyses comparatives. A l'avenir, il serait intéressant de mettre en place une étude analytique prospective dans le but de comparer les internes qui ont réussi et celles n'ayant pas réussi leur projet d'allaitement maternel afin de pouvoir accompagner au mieux les internes ayant des difficultés pour poursuivre leur allaitement maternel après leur retour au

travail et d'envisager des pistes de réflexion sur des aménagements concrets possibles à mettre en place. L'une des premières pistes de réflexion serait de **réunir toutes les conditions** pour qu'elles puissent s'isoler au cours de leur stage, 30 minutes le matin et l'après-midi pour **tirer leur lait**, comme cela est prévu dans **la législation du code du travail (Article L1225-30).**

De même, la population de notre étude ne comprenait que les internes de médecine générale, il serait intéressant d'élargir la population de l'étude à toutes les spécialités, en particulier aux internes de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, spécialités hautement chronophages et pourvoyeuses de stress comme le montre l'enquête nationale de l'ISNIH (19).

Une valorisation des résultats est prévue à la demande des internes ayant répondu au questionnaire ainsi que pour le congrès du CNGE (Collège National des Généralistes Enseignants). Notre étude y sera présentée cette année, sous forme d'abstract.

Annexes

Annexe 1 :

Questionnaire : Enquête sur les pratiques d'allaitement au cours de l'internat de médecine générale

Annexe 2 : Message adressé aux scolarités de toutes les facultés de médecine de France métropolitaine

Annexe 3 : Taux d'initiation de l'allaitement maternel et taux d'allaitement maternel à 6 mois dans quelques pays européens (EU Project 2004)

Annexe 4 : Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement

Annexe 5 : Les grandes phases de la diversification alimentaire de 0 à 3 ans
Programme National Nutrition Santé

Annexe 6 : Facteurs associés à un allaitement prolongé

Annexe 7 : Législation concernant le congé maternité en France

Annexe 8 : Congé maternité légal : durée et rémunération, dans différents pays européens.

Annexe 9 : Législation concernant l'allaitement au travail en France

Annexe 10 : Décision du défenseur des droits n°MLD 2012-165 du 20 décembre 2012

Annexe 11 : Article du 07/03/2014 du défenseur des droits

Annexe 12 : Mise en demeure Commission Européenne – 20 juin 2013

Annexe 1 : Questionnaire

Enquête sur les pratiques d'allaitement au cours de l'internat de médecine générale
Enquête s'adressant à toutes les internes en cours de D.E.S. médecine générale ayant au moins un enfant.

1) Vous êtes interne de médecine générale en:
□ 1er semestre □ 2e semestre □ 3e semestre □ 4e semestre □ 5e semestre □ 6e semestre

2) Dans quelle faculté êtes vous en train d'effectuer votre internat ?
…….

3) Quel âge avez vous? …….

4) Combien avez vous d'enfant ? ……

5) Vous avez eu vos enfants :
□ Avant l'externat
□ Au cours de votre externat :
□ DCEM2 □ DCEM3 □ DCEM4
□ Au cours de votre internat
□ 1er semestre □ 2e semestre □ 3e semestre □ 4e semestre □ 5e semestre □ 6e semestre

Dans le cas où vous auriez eu plusieurs enfants, merci de répondre à un questionnaire par enfant.
Dans ce cas, ce questionnaire concerne lequel de vos enfants ? (1er, 2e…) ……..

6) Avez-vous souhaité allaiter ?
☐ Oui ☐ Non

Si oui, pourquoi ? Cochez la ou les propositions qui vous paraissent les plus exactes dans votre situation (3 réponses maximum) :

☐ Bénéfices attendus pour le bébé (diminution de l'incidence et de la gravité des infections digestives, ORL et respiratoires, prévention de l'obésité, prévention des allergies…)
☐ Composition évolutive du lait, adaptée aux besoins et au terme de l'enfant
☐ Lien mère-bébé
☐ Coût économique
☐ Côté pratique, déplacements faciles sans biberon, poudre de lait, ni chauffe biberons.
☐ Bénéfices attendus pour la mère (suites de couche facilitées, perte de poids plus rapide…)
☐ Pressions de l'entourage
☐ Autre : ……

Si non, pourquoi ? Cochez la ou les propositions qui vous paraissent les plus exactes dans votre situation (3 réponses maximum) :

☐ Sentiment d'exclusion du père
☐ Complexes, pudeur d'un allaitement en public
☐ Pressions de l'entourage
☐ Peur de sensations désagréables et/ou douleurs
☐ Sentiment de dépendance, besoin d'indépendance
☐ Peur de ne pas avoir assez de lait
☐ Autre : ……

7) Concernant cet enfant, avez-vous démarré un allaitement au cours des six derniers mois de votre externat (avec allaitement poursuivi jusqu'au début l'internat) ? ☐ Oui ☐ Non
Avez-vous démarré un allaitement au cours de votre internat? ☐ Oui ☐ Non

Si les 2 réponses négatives, merci d'avoir pris le temps de répondre à cette 1ère partie de l'enquête. Votre travail s'arrête là !

*****

8) Quelle a été la durée de votre allaitement exclusif ? (l'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide)
☐ Uniquement tétée d'accueil
☐ Moins d'une semaine
☐ Entre 1 semaine et 1 mois
☐ 1 mois
☐ 2 mois
☐ 3 mois
☐ 4 mois
☐ 5 mois
☐ 6 mois
□ Allaitement exclusif en cours :
Précisez à quelle durée en êtes vous : ……..

9) Avez vous utilisé des compléments de lait artificiel au biberon au cours de votre allaitement?
☐ Oui ☐ Non

10) Avez vous poursuivi votre allaitement après la diversification alimentaire ?
☐ Oui ☐ Non

11) Quelle a été la durée totale de votre allaitement (allaitement exclusif +/- compléments de lait artificiel et +/- après diversification alimentaire) ?
☐ Uniquement tétée d'accueil
☐ Moins d'une semaine
☐ Entre 1 semaine et 1 mois
☐ Entre 1 et 3 mois
☐ Entre 3 et 6 mois
☐ Entre 6 mois et un an
☐ Plus d'un an
□ Allaitement en cours :
Précisez à quelle durée en êtes vous : ……..

Si allaitement en cours, passez directement à la question 13.

12) La durée réelle de votre allaitement était elle en accord avec votre projet d'allaitement ?

☐ Oui ☐ Non

Si non, pourquoi ? Cochez la ou les propositions qui vous paraissent les plus exactes dans votre situation (3 réponses maximum):

☐ Reprise du travail
☐ Complications (engorgement, crevasses)
☐ Douleurs
☐ Insuffisance de lait
☐ Heures de travail incompatibles
☐ Stress
☐ Autres : ……

13) Avez vous eu des difficultés au cours de votre allaitement ?

☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui vous a aidé ? Plusieurs réponses possibles.

☐ Sage femme
☐ Libérale ☐ PMI ☐ En structure hospitalière
☐ Puéricultrice
☐ PMI ☐ En structure hospitalière
☐ Médecin
☐ Consultant(e) en lactation
☐ Association de mères allaitantes : ……..
☐ Conjoint
☐ Famille (mère, père… ?) : ……..
☐ Ami(e)
☐ Personne

14) Concernant votre reprise, avez vous :

☐ repris l'internat avant la fin du congé maternité légal ?

En cas de reprise anticipée, quelle en était la raison ? ……
……
……

☐ repris l'internat à la fin du congé maternité légal ?
☐ pris une disponibilité à la suite du congé maternité ?
□ autre ?……
……
……

15) Quel a été le stage suivant immédiatement votre reprise ? (2 réponses attendues si stage au CHU)

☐ médecine adulte : ……..
☐ urgences
☐ pédiatrie
☐ gynécologie
☐ praticien libéral
☐ autre : ……..
☐ CHU

16) Avez vous dû interrompre votre allaitement lors de la reprise ?
☐ Oui ☐ Non

17) Auriez vous souhaité un congé maternité plus long pour pouvoir poursuivre votre allaitement?
☐ Oui ☐ Non

Si vous avez interrompu votre allaitement avant votre reprise, merci de passer à la question 21.

18) Avez vous pu bénéficier de l'heure légale pour tirer votre lait lors du stage immédiatement après votre reprise ?
☐ Oui ☐ Non

19) Si oui, avez vous eu des réflexions sur le fait que vous tiriez ou vouliez tirer votre lait?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, ☐ positives ? ☐ négatives ?
Exemple :……
……
……

20) Concernant votre allaitement, que pensez vous du soutien que vous avez eu dans votre stage à votre reprise (chef de service et séniors)?
□ Excellent
□ Bon
□ Moyen
□ Inexistant

21) Les conditions de travail faisant suite à votre congé de maternité vous ont-elles incitées à arrêter votre allaitement?
☐ Oui ☐ Non

22) Pensez vous que la perte du classement obtenu à l'ECN en cas d'invalidation du stage, pour une absence supérieure à 2 mois au cours du semestre, est un frein à la poursuite d'un allaitement ?
☐ Oui ☐ Non
Si oui, pourquoi ? Plusieurs réponses possibles.
☐ Eloignement géographique
☐ Stage plus difficile (stress, horaires…)
☐ Autre :……

Annexe 2 : Message adressé aux scolarités

Hélène Poujol-de Rouffignac
helene_derouffignac@hotmail.fr
06 82 24 37 52

Jardres,
le 01/04/2013,

Mesdames, Messieurs les responsables de la scolarité de 3e cycle et du DES de médecine générale,

Interne en médecine générale à Poitiers, je me permets de solliciter votre aide dans le cadre de ma thèse. En effet, je cherche à étudier la maternité, et plus particulièrement, l'allaitement chez les internes en médecine générale en France métropolitaine.
Vous serait-il possible de transférer le mail ci-après à tout votre listing d'internes en médecine générale sur les promotions en cours?

Je vous prie de m'excuser d'ores et déjà, si vous n'êtes pas concernés par ce mail, mais il est vrai que j'ai eu parfois du mal à trouver les adresses mail des responsables de la scolarité du DES de médecine générale sur les sites de chaque faculté. J'ai d'ailleurs parfois envoyé ce mail à plusieurs personnes d'une même faculté n'étant pas sûre du destinataire.
Si vous n'étiez pas concerné, vous serait-il possible de transférer ce mail aux personnes ayant accès au listing des internes de médecine générale, s'il vous plait.

Je vous remercie de l'aide que vous pourrez m'apporter.
Bien cordialement,

Hélène de Rouffignac

Mail à transférer aux internes de médecine générale:

Chères co-internes de France et de Navarre,

Interne en médecine générale à Poitiers, je cherche à étudier dans le cadre de ma thèse, la maternité, et plus particulièrement l'allaitement, chez les internes en médecine générale de France métropolitaine et de déterminer les obstacles ou les facteurs facilitants à l'allaitement dans cette population.

Vous êtes une interne de médecine générale et avez au moins un enfant (allaité ou non), merci de remplir ce questionnaire en ligne. ça ne vous prendra que 3 minutes! (testé et chronométré par internes à Poitiers!)
http://onlinesurvey.fr/surveys/index.php?sid=49199&lang=fr

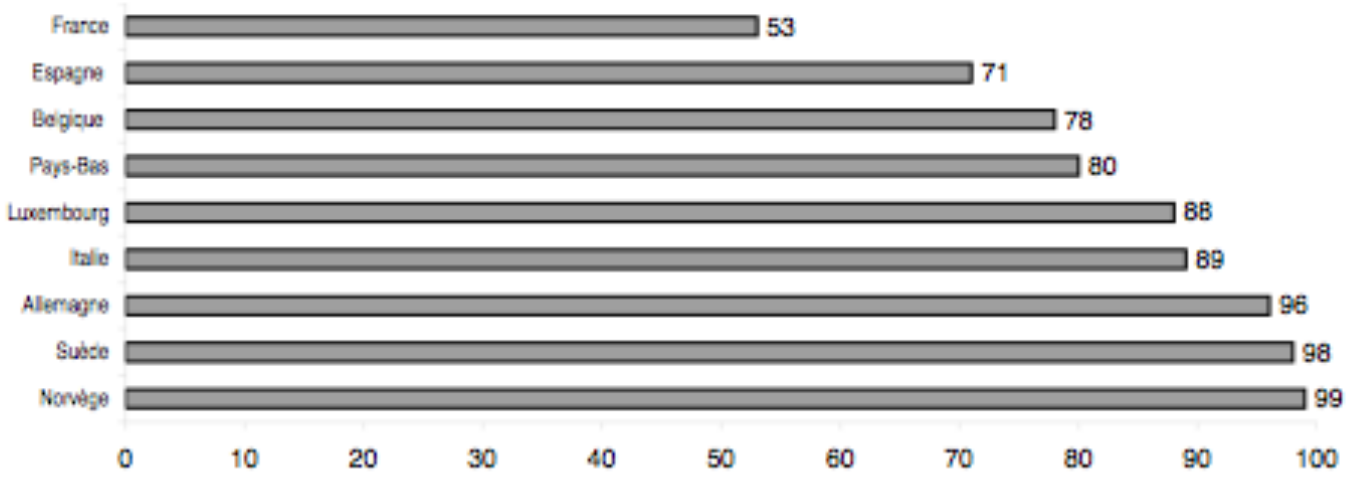
Merci beaucoup de l'intérêt que vous porterez à ma thèse.

Suivez le lien et à vos claviers dès que possible (pourquoi pas dès maintenant!) pour ne pas oublier!

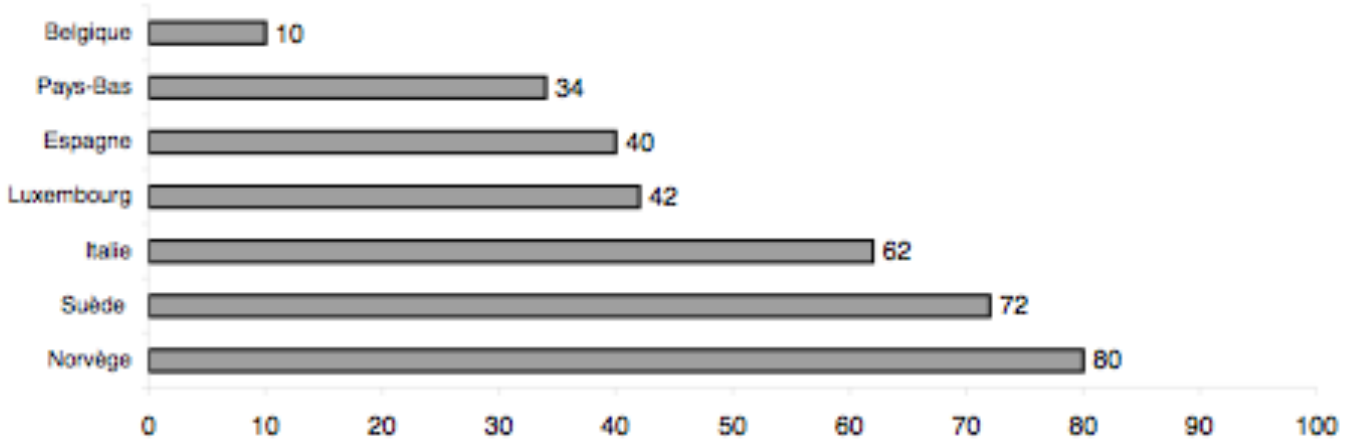
Hélène, interne MG Poitiers

Annexe 3 : Taux d'initiation de l'allaitement maternel et taux d'allaitement maternel à 6 mois dans quelques pays européens (EU Project 2004)

Taux d'initiation de l'allaitement maternel dans quelques pays européens (EU Project 2004, BDMS 2004) :



Taux d'allaitement maternel à 6 mois dans quelques pays européens (EU Project 2004) :



Annexe 4 : Données scientifiques relatives aux Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement
Organisation mondiale de la Santé - Genève - 1999

Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.

9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Annexe 5 : Les grandes phases de la diversification alimentaire de 0 à 3 ans
Programme National Nutrition Santé
Extrait du site http://www.mangerbouger.fr, en février 2014

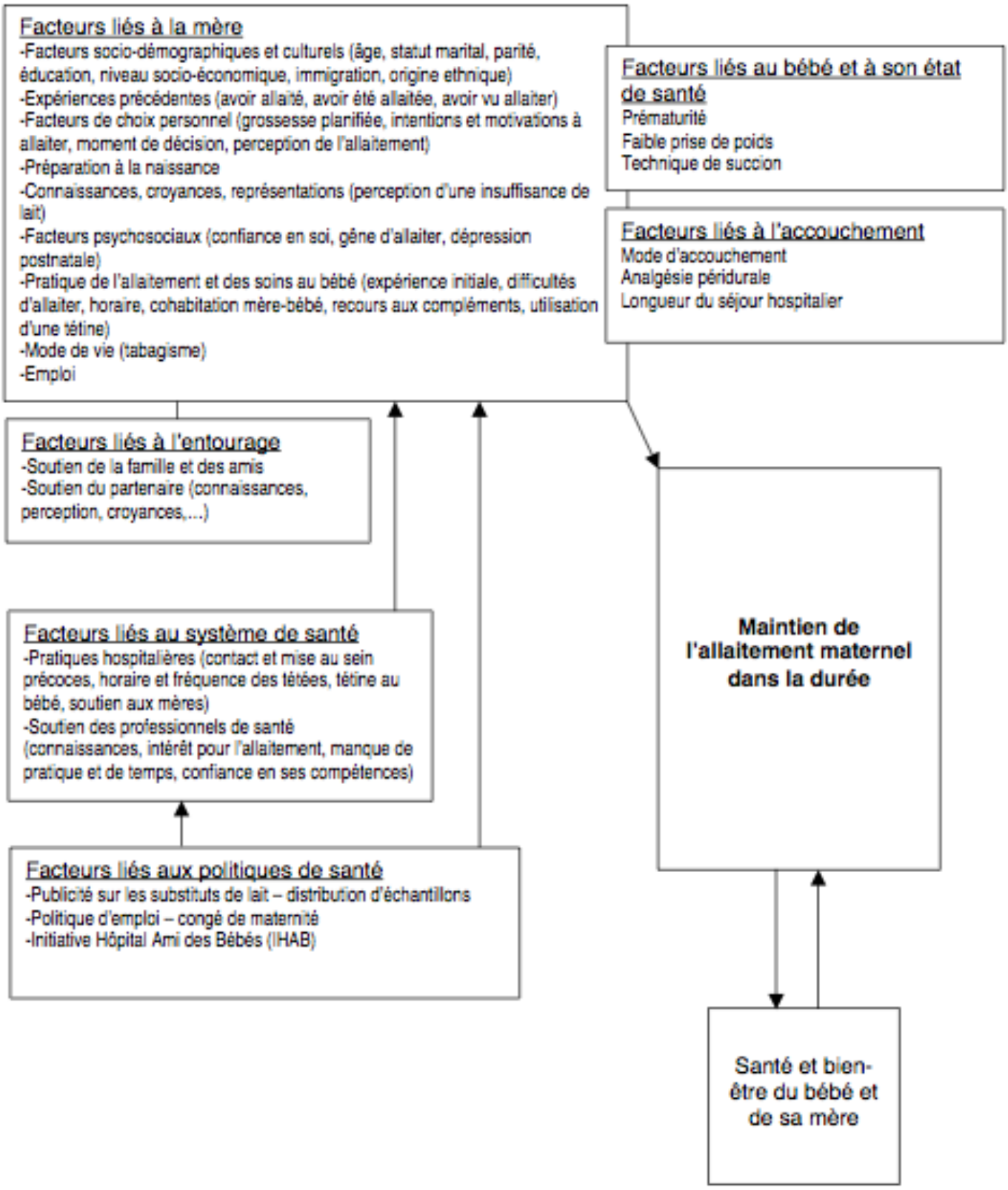
MANGER BOUGER
PROGRAMME NATIONAL NUTRITION SANTÉ

Enfants : les grandes phases de la diversification alimentaire

	1er MOIS	2e MOIS	3e MOIS	4e MOIS	5e MOIS	6e MOIS	7e MOIS	8e MOIS	9e MOIS	10e MOIS	11e MOIS	12e MOIS	2e ANNÉE	3e ANNÉE
Lait	Lait maternel exclusif ou						Lait maternel exclusif ou							
	Lait 1er âge exclusif				Lait 1er ou 2e âge		Lait 2e âge ≥ 500ml/J						Lait 2e âge ou de croissance	
Produits laitiers					Yahourt		ou fromage -> Fromage blanc nature							
Fruits					Tous : très murs		ou cuits, mixés, texture homogène lisse -> crus, écrasés						en morceaux, à croquer	
Légumes					Tous : purée, lisse ----------> petits morceaux									
Pomme de terre					Purée,		lisse ----------> petits morceaux							
Légumes secs													15-18 mois : en purée	
Farines infantiles (céréales)					Sans gluten		Avec gluten							
Pain, produits céréaliers							Pain, pâtes, semoule, riz							
Viandes; poissons					Tous		10g/j (2cc)		Hachès : 20g/j (4cc)				30g/j (6cc)	
Oeuf							1/4 (dur)		1/3 (dur)				1/2	
M.G. ajoutées							Huile (olive, colza...) ou beurre (1cc d'huile ou noisette de beuure au repas)							
Boissons	Eau pure : proposer en cas de fièvre ou de forte chaleur						Eau pure							
Sel													Peu pendant la cuisson, ne pas resaler à table	
Produits sucrés							Sans urgence, à limiter							

Annexe 6 : Facteurs associés à un allaitement prolongé

Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M-I, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée: quels sont les facteurs en jeu? UCL - RESO Unité D'Education Pour Santé Ecole Santé Publique – Cent Rech En Systèmes Santé ». juill 2006



Annexe 7 : Législation concernant le congé maternité en France

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

Sous-section 3 : Autorisations d'absence et congé de maternité.

Article L1225-16

La salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par l'article L. 2122-1 du code de la santé publique dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement.

Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération et sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits légaux ou conventionnels acquis par la salariée au titre de son ancienneté dans l'entreprise.

Article L1225-17, Modifié par LOI n°2008-67 du 21 janvier 2008 - art. 3

La salariée a le droit de bénéficier d'un congé de maternité pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci.

A la demande de la salariée et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite d'une durée maximale de trois semaines. La période postérieure à la date présumée de l'accouchement est alors augmentée d'autant.

Lorsque la salariée a reporté après la naissance de l'enfant une partie du congé de maternité et qu'elle se voit prescrire un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date

présumée de l'accouchement, ce report est annulé et la période de suspension du contrat de travail est décomptée à partir du premier jour de l'arrêt de travail. La période initialement reportée est réduite d'autant.

Article L1225-18

Lorsque des naissances multiples sont prévues, la période de congé de maternité varie dans les conditions suivantes :

1° Pour la naissance de deux enfants, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. La période de suspension antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines. La période de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant ;

2° Pour la naissance de trois enfants ou plus, cette période commence vingt-quatre semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement.

Article L1225-19, Modifié par LOI n°2008-67 du 21 janvier 2008 - art. 3

Lorsque, avant l'accouchement, la salariée elle-même ou le foyer assume déjà la charge de deux enfants au moins ou lorsque la salariée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables, le congé de maternité commence huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix-huit semaines après la date de celui-ci.

A la demande de la salariée et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite d'une durée maximale de trois semaines. La période postérieure à la date présumée de l'accouchement est alors augmentée d'autant.

Lorsque la salariée a reporté après la naissance de l'enfant une partie du congé de maternité et qu'elle se voit prescrire un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date

présumée de l'accouchement, ce report est annulé et la période de suspension du contrat de travail est décomptée à partir du premier jour de l'arrêt de travail. La période initialement reportée est réduite d'autant.

La période de huit semaines de congé de maternité antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines. La période de dix-huit semaines postérieure à la date de l'accouchement est alors réduite d'autant.

Article L1225-20

Lorsque l'accouchement intervient avant la date présumée, le congé de maternité peut être prolongé jusqu'au terme, selon le cas, des seize, vingt-six, trente-quatre ou quarante-six semaines de suspension du contrat auxquelles la salariée a droit, en application des articles L. 1225-17 à L. 1225-19.

Article L1225-21

Lorsqu'un état pathologique est attesté par un certificat médical comme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, le congé de maternité est augmenté de la durée de cet état pathologique dans la limite de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement et de quatre semaines après la date de celui-ci.

Article L1225-22

Lorsque l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, la salariée peut reporter à la date de la fin de l'hospitalisation tout ou partie du congé auquel elle peut encore prétendre.

Article L1225-23, Modifié par LOI n°2008-67 du 21 janvier 2008 - art. 3

Lorsque l'accouchement intervient plus de six semaines avant la date prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, le congé de maternité est prolongé du nombre de

jours courant de la date effective de l'accouchement au début des périodes de congé de maternité mentionnées aux articles L. 1225-17 à L. 1225-19.

Article L1225-24, Modifié par LOI n°2008-67 du 21 janvier 2008 - art. 3

Le congé de maternité entraîne la suspension du contrat de travail. La salariée avertit l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle elle entend y mettre fin.

La durée de ce congé est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des droits que la salariée tient de son ancienneté.

Article L1225-25

A l'issue du congé de maternité, la salariée retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Article L1225-26

En l'absence d'accord collectif de branche ou d'entreprise déterminant des garanties d'évolution de la rémunération des salariées pendant le congé de maternité et à la suite de ce congé au moins aussi favorables que celles mentionnées dans le présent article, cette rémunération, au sens de l'article L. 3221-3, est majorée, à la suite de ce congé, des augmentations générales ainsi que de la moyenne des augmentations individuelles perçues pendant la durée de ce congé par les salariés relevant de la même catégorie professionnelle ou, à défaut, de la moyenne des augmentations individuelles dans l'entreprise.

Cette règle n'est pas applicable aux accords collectifs de branche ou d'entreprise conclus antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes.

Article L1225-27

La salariée qui reprend son activité à l'issue d'un congé de maternité a droit à un entretien avec son employeur en vue de son orientation professionnelle.

Article L1225-28, Modifié par LOI n°2012-1404 du 17 décembre 2012 - art. 94

En cas de décès de la mère au cours du congé de maternité, le père peut suspendre son contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à compter du jour de la naissance de l'enfant.

L'intéressé avertit son employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. Le père bénéficie alors de la protection contre le licenciement prévue aux articles L. 1225-4 et L. 1225-5.

La suspension du contrat de travail peut être portée à dix-huit ou vingt-deux semaines dans les cas prévus à l'article L. 331-6 du code de la sécurité sociale.

Lorsque le père de l'enfant n'exerce pas son droit, le bénéfice de celui-ci est accordé au conjoint salarié de la mère ou à la personne liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle.

Annexe 8 : Congé maternité légal : durée et rémunération, dans différents pays européens.

Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M-I, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée: quels sont les facteurs en jeu? UCL - RESO Unité D'Education Pour Santé Ecole Santé Publique – Cent Rech En Systèmes Santé ». juill 2006

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

(1) Pour le premier enfant – la durée peut être plus longue à partir du deuxième enfant (Pologne) ou du troisième enfant (France et Espagne) ; (2) pour les 20 semaines suivant les 6 premières ; (3) 6 premières semaines sur un total de 26 semaines rémunérées ; (4) pas de congé de maternité spécifique – le congé de la mère est intégré de fait dans le cadre du congé parental des parents ; (5) la rémunération exprimée en % du salaire est toutefois très faible pour la grande majorité des salariés en raison d'un plafond très bas ; (6) le niveau de compensation varie, il peut atteindre 100% dans quelques cas.
Source : EIRO (Observatoire européen des relations industrielles)

Annexe 9 : Législation concernant l'allaitement au travail en France

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Legifrance.gouv.fr
LE SERVICE PUBLIC DE LA DIFFUSION DU DROIT

Chapitre V : Maternité, paternité, adoption et éducation des enfants
Section 1 : Protection de la grossesse et de la maternité
Sous-section 5 : Dispositions particulières à l'allaitement.

Article L1225-30

Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.

Article L1225-31

La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement.

Article L1225-32

Tout employeur employant plus de cent salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement.

Article L1225-33

Un décret en Conseil d'Etat détermine, suivant l'importance et la nature des établissements, les conditions d'application de la présente sous-section.

Chapitre V : Maternité, paternité, adoption et éducation des enfants,
Section 1 : Protection de la grossesse et de la maternité,
Sous-section 4 : Dispositions particulières à l'allaitement

Article R1225-5, Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

L'heure prévue à l'article L. 1225-30 dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en deux périodes de trente minutes, l'une pendant le travail du matin, l'autre pendant l'après-midi.

La période où le travail est arrêté pour l'allaitement est déterminée par accord entre la salariée et l'employeur.

A défaut d'accord, cette période est placée au milieu de chaque demi-journée de travail.

Article R1225-6, Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

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

Article R1225-7, Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Les caractéristiques du local dédié à l'allaitement, prévu à l'article L. 1225-32, figurent aux articles R. 4152-13 et suivants.

Chapitre II : Femmes enceintes, venant d'accoucher ou allaitant,
Section 7 : Local dédié à l'allaitement

Article R4152-13, Créé par Décret n°2008-244 du 7 mars 2008 - art. (V)

Le local dédié à l'allaitement prévu à l'article L. 1225-32 est :

1° Séparé de tout local de travail ;

2° Aéré et muni de fenêtres ou autres ouvrants à châssis mobiles donnant directement sur l'extérieur ;

3° Pourvu d'un mode de renouvellement d'air continu ;

4° Convenablement éclairé ;

5° Pourvu d'eau en quantité suffisante ou à proximité d'un lavabo ;

6° Pourvu de sièges convenables pour l'allaitement ;

7° Tenu en état constant de propreté. Le nettoyage est quotidien et réalisé hors de la présence des enfants ;

8° Maintenu à une température convenable dans les conditions hygiéniques.

Annexe 10 : Décision du défenseur des droits n°MLD 2012-165 du 20 décembre 2012

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
LE DÉFENSEUR DES DROITS

Paris, le 20 DEC. 2012

Décision du Défenseur des droits n° MLD 2012-165

Le Défenseur des droits,

Vu l'article 71-1 de la Constitution du 4 octobre 1958 ;

Vu la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits ;

Vu le décret n° 2011-904 du 29 juillet 2011 relatif à la procédure applicable devant le Défenseur des droits ;

Vu la directive 2006/54/CE du 5 juillet 2006 du Parlement européen et du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses mesures d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations ;

Vu le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales, modifié par le décret n°2011-954 du 10 août 2011,

Saisi de la situation de 57 femmes internes en médecine qui se plaignent de faire l'objet de discrimination dans le cadre de leur formation en raison de leur congé de maternité,

Décide :

- après avoir pris acte de l'engagement de Madame la ministre des Affaires sociales et de la santé d'engager une réflexion avec les acteurs concernés, de lui recommander de prendre toutes les mesures qui lui paraîtront utiles afin que les femmes internes en médecine, ne soient pas pénalisées dans le déroulement de leur formation en raison de leur congé de maternité ;

Le Défenseur des droits demande à être tenu informé, dans un délai de six mois, des suites données à la présente décision.

Le Défenseur des droits

Dominique BAUDIS

Le Défenseur des droits • 7, rue Saint-Florentin • 75409 Paris Cedex 08
tél. : +33 (0)1 53 29 22 00 • fax : +33 (0)1 53 29 24 25 • www.defenseurdesdroits.fr

Les données nécessaires au traitement des courriers reçus par le Défenseur des droits sont enregistrées dans un fichier informatisé réservé à son usage exclusif pour l'accomplissement de ses missions.
Vous pouvez exercer votre droit d'accès aux données vous concernant et les faire rectifier en vous adressant à la Direction générale des services.

Recommandations dans le cadre de l'article 25 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011

Le Défenseur des droits a été saisi de 57 réclamations émanant d'internes en médecine enceintes ou ayant accouché, qui s'estiment victimes d'une discrimination au cours de leur internat. Elles se plaignent des conséquences de l'invalidation de leur stage de formation résultant d'un congé maternité.

Le décret n°2004-67 du 16 janvier 2004 relatif à l'organisation du troisième cycle des études médicales modifié par le décret n°2011-954 du 10 août 2011 prévoit que pour valider leur formation, les internes en médecine doivent suivre, selon les cas, un ou plusieurs semestres dans des lieux de stages agréés qu'ils peuvent choisir. Selon l'article 17 de ce décret, « *Le choix des internes s'effectue par ancienneté de fonctions validées pour un nombre entier de semestres. A ancienneté égale, le choix s'effectue selon le rang de classement* ».

Toutefois, il résulte de l'article R. 6153-20 du code de santé publique que « *Lorsque, au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois (...) le stage n'est pas validé.* »

Ainsi, lorsqu'une interne est absente plus de 2 mois sur un semestre en raison d'un congé de maternité, son stage n'est pas validé. Suite à l'invalidation de son stage, l'interne dispose donc d'un nombre de semestres validés inférieurs à celui de ses collègues qui ont débuté leur internat en même temps qu'elle. Cela entraine une perte de son classement initial à l'issue de l'examen national classant (ENC) lors des choix de stages ultérieurs.

Le choix des stages suivants intervenant en fonction du nombre de semestres validés, l'interne dispose d'un choix de stages plus réduit en terme de spécialité, de choix géographiques ou de qualité de cabinet[1] par rapport à celui auquel elle aurait pu prétendre si elle n'avait pas eu de congé maternité.

Ainsi, sans remettre en cause la nécessité d'accomplir des stages de formation pour garantir la qualité des soins qu'elles seront amenées à dispenser, les réclamantes considèrent que le dispositif actuel les pénalise lorsqu'elles ont obtenu un congé de maternité.

L'enquête menée par la Défenseur des droits a permis au ministère des Affaires sociales et la santé d'exposer son point de vue dans ses courriers des 4 novembre 2011 et 22 juin 2012.

L'article 2 de la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de la lutte contre les discriminations précise que dans les domaines de l'emploi et de la formation professionnelle " *Toute discrimination directe ou indirecte est interdite en raison de la grossesse ou de la maternité, y compris du congé de maternité.*" Par la combinaison de ses articles 2 et 4, cette loi s'applique tant au secteur privé qu'au secteur public.

En outre, la directive 2006/54/CE du Parlement européen et du Conseil relative à la mise en œuvre du principe de l'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail du 5 juillet 2006, après avoir rappelé qu'un traitement défavorable lié à la grossesse ou à la maternité infligé à une femme constitue une discrimination fondée sur le sexe, prohibe la discrimination directe ou indirecte fondée sur le sexe (article 14) dans les secteurs public ou privé concernant l'emploi, la formation, la promotion professionnelle et les conditions de travail (chapitre 3).

Cette directive réitère le principe énoncé à l'article 141 § 4 du Traité CE selon lequel les États membres peuvent adopter des mesures d'action positive (articles 14 de la directive) pour y remédier.

[1] Soit dans la spécialité qu'elles souhaitaient, soit, si le stage dans leur spécialité est encore envisageable, arrivées en fin de classement, elles s'en trouveront pénalisées géographiquement sans pouvoir non plus choisir la qualité du praticien.

L'article R 6153-2 du code de la santé publique prévoit que « *Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public* ».

En outre, selon une jurisprudence constante de la CJUE, la formation professionnelle renvoie à «*toute forme d'enseignement qui prépare à une qualification pour une profession, un métier ou un emploi spécifique ou qui confère l'aptitude particulière à leur exercice* » (*CJUE. 13 février 1985 Gravier c/ Ville de Liège, aff. 293/83 point 25).*[2]

Dans l'affaire Blaizot, qui concernait l'accès à l'université de médecine vétérinaire, la Cour a précisé la notion d'études conférant une aptitude particulière comme visant « *les cas où l'étudiant a besoin de connaissances acquises pour l'exercice d'une profession, d'un métier ou d'un emploi, pour cet exercice, même si l'acquisition de ces connaissances n'est pas prescrite, pour cet exercice, par des dispositions législatives, règlementaires ou administratives »(CJUE 2 février 1988* ***Blaizot****, aff. 24/86).* Ainsi, selon le droit communautaire, l'enseignement universitaire constitue une forme de formation professionnelle.

Ainsi, la loi n°2008-496 du 27 mai 2008 ainsi que la directive précitée sont applicables aux internes.

Sans nier les difficultés soulevées par les réclamantes, le ministère de la Santé souligne, en premier lieu, qu'en l'application de l'article 17 II du décret n°2004-67 modifié, la règle de choix de stage pour tous les internes reste celle du nombre de semestres validés et non celle du choix de stage par promotion. Le rang de classement intervient ensuite pour permettre le choix au sein d'un groupe disposant d'une même ancienneté. Cette règle s'appliquant à tous les internes respecte le principe d'égalité.

Le ministère ajoute que l'adoption du décret n°2010-700 du 25 juin 2010 a amélioré la situation des internes enceintes. En effet, l'article 17-III dispose que « *l'interne en état de grossesse médicalement constatée, qui prend part à la procédure de choix du stage, peut demander à effectuer celui-ci en surnombre. [...]*». .

Ainsi, il existe deux types de stages en surnombre, à la demande de l'interne :

- le stage validant : lorsque l'interne pense accomplir au moins 4 mois de stage, elle peut choisir un poste auquel son rang de classement lui permet de prétendre, avec les mêmes contraintes que les autres internes. La validation du semestre suppose dès lors une présence minimale de quatre mois, conformément à la réglementation en vigueur. En cas de non validation de ce stage en surnombre, qu'elles qu'en soient les raisons, l'interne serait alors positionnée en fonction du nombre total de semestres réellement validés.

- le stage non validant : lorsque l'interne sait qu'elle ne pourra pas accomplir au moins 4 mois de stage, elle peut, en état de grossesse médicalement constatée, choisir le stage de son choix, indépendamment de son rang de classement. Elle bénéficie d'une partie de sa formation au sein d'un terrain de stage auquel elle n'aurait pu prétendre compte tenu de son rang de classement. et, découvrir ainsi une autre spécialité connexe à la sienne par exemple, tout en sachant que ce stage ne sera pas validé pour la maquette de formation, et ce, qu'elle qu'en soit la durée.

Le Ministre fait valoir que l'instauration en 2010 du stage en surnombre pour les internes enceintes garantit en outre, de manière spécifique, aux jeunes femmes en cours de 3ème cycle que leur congé maternité ne pénalisera pas le déroulement de leur carrière au-delà de la période décomptée des fonctions hospitalières, au regard des exigences de leur formation. L'interne ayant interrompu ses fonctions en raison d'un congé maternité conserve donc, comme tout interne, son rang de classement obtenu à l'ECN pour choisir son stage.

Comme le souligne le ministère de la Santé, son objectif est de dissocier l'état de grossesse médicalement constaté des autres motifs d'absence volontaires ou involontaires. Ainsi, la création de postes en surnombre, accessibles aux internes en état de grossesse médicalement constatée, s'ajoutent au nombre de postes déterminés par la commission d'évaluation des besoins de formation

[2] voir également C.J.U.E 1er juillet 2004 Commission c /Belgique, aff. C-65/03, point 25 ; C.J.U.E. 7 juillet 2005 Commission c/Autriche, aff. C-147/03, point 32).

pour un lieu de stage agréé ou auprès d'un praticien agréé. Le surnombre permet de ne pas perturber le bon fonctionnement du lieu de stage, lorsque la candidature d'une interne en état de grossesse est médicalement constatée. En effet, l'interne est en surnombre, mais si elle quitte le service en cours de semestre, l'équipe demeure complète et son départ n'impacte pas défavorablement le fonctionnement du service.

Certes, les améliorations apportées par le décret n°2010-700 du 25 juin 2010 doivent être soulignées puisqu'elles concourent à faciliter l'accomplissement du stage par l'interne enceinte, mais elles ne suffisent pas à résoudre la situation contestée par les réclamantes. En effet, si elles veulent valider leurs stages, même placées en surnombre, les internes doivent effectuer au minimum 4 mois de stage, ce qui, compte tenu de la durée d'un congé maternité, est difficilement possible et elles ne conservent pas leur rang de classement..

En deuxième lieu, selon le ministère, l'interne qui n'aurait pas la possibilité d'obtenir un stage de son choix, dispose de la faculté de redoubler une année et ainsi, de passer son tour. En effet, les textes ne font *a priori* pas obstacle à ce que l'interne renonce momentanément au stage de son choix en effectuant un stage dit « libre » pour se positionner ultérieurement sur un stage auquel elle aurait pu prétendre avant son congé maternité. Cependant, cette solution ne semble pas satisfaisante eu égard à ses conséquences sur le rallongement des études et sur l'accès à la carrière qui s'en trouve ainsi retardé

En troisième lieu, l'administration semble vouloir justifier la réglementation en cause au regard des exigences de la formation et de l'importance de la pratique clinique. Toutefois, les réclamantes ne contestent pas l'invalidation de leur stage, estimant que l'apprentissage de leur métier est indissociable de la pratique clinique, mais elles souhaiteraient pouvoir, après un congé de maternité, indépendamment du nombre de semestres validés, choisir leur stage en conservant leur classement initial à l'ENC (examen national classant) ce qui permettrait de neutraliser les conséquences de leur congé maternité.

D'ailleurs, il semblerait que des pratiques allant dans ce sens soient mises en place dans certaines régions, avec le concours des agences régionales de santé. D'autres solutions respectant le principe d'égalité pourraient également être recherchées.

Enfin, compte tenu de la protection particulière apportée aux femmes enceintes ou ayant accouché, des mesures positives ne constitueraient pas une rupture d'égalité ainsi que semble le craindre le ministère de la santé.

En effet, il résulte de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union Européenne que certaines dispositions des directives relatives à la lutte contre les discriminations à raison du sexe, ont pour but d'autoriser, sous certaines conditions, des mesures «*qui, tout en étant discriminatoires selon leurs apparences, visent effectivement à éliminer ou à réduire les inégalités de fait pouvant exister dans la réalité de la vie sociale. Elle autorise des mesures nationales dans le domaine de l'accès à l'emploi, y compris la promotion, qui, en favorisant spécialement les femmes, ont pour but d'améliorer leur capacité de concourir sur le marché du travail et de poursuivre une carrière sur un pied d'égalité avec les hommes*», (Arrêt Lommers, 19 mars 2002, C-476/99, Rec. p. I-2891, point 32) [3].

Ainsi, le dispositif actuel de choix des stages agréés, tel qu'il résulte de la réglementation en vigueur est neutre en apparence puisqu'il s'applique, de manière identique, à l'ensemble des internes en médecine. Toutefois, et malgré l'apport du décret n°2010-700 du 25 juin 2010, ce dispositif est susceptible d'entraîner un désavantage particulier pour les femmes internes à raison de leur congé maternité ce qui pourrait être constitutif d'une discrimination.

Par courrier du 22 juin 2012, la ministre des Affaires sociales et de la santé a pris acte de cette analyse, sans émettre aucune réserve, en précisant qu'elle envisageait de *« mener des concertations avec les acteurs concernés (agences régionales de santé, directeurs des unités de formation et de recherches médicales, enseignants de médecine, associations et syndicats d'internes, ministère*

[3] Voir également arrêts du 17 octobre 1995, Kalanke (C 450/93, Rec. p. I-3051, points 18 et 19); du 11 novembre 1997, Marschall (C-409/95, Rec. p. I-6363, points 26 et 27), et du 28 mars 2000, Badeck e.a. (C 158/97, Rec. p. I-1875, point 19).

chargé de l'enseignement supérieur) afin d'analyser les solutions permettant de faire évoluer cette situation ».

Le Défenseur des droits prend note de cet engagement et recommande au ministre des Affaires sociales et de la santé d'adopter toutes les mesures qui lui paraîtront utiles afin que les internes en médecine ne soient pas pénalisées au cours de leur formation à raison de leur congé de maternité.

Annexe 11 : Article du 07/03/2014 du défenseur des droits

http://www.defenseurdesdroits.fr

Le Défenseur des droits défend les mères et futures mères étudiantes en médecine

Le 07/03/2014

« Saisi de la situation de 57 internes enceintes ou ayant accouché, le Défenseur des droits a alerté la ministre des Affaires sociales et de la Santé des désavantages particuliers causés par le dispositif de validation des stages du 3e cycle d'études de médecine.

Les études de médecine sont parmi les plus longues : au mieux neuf ans d'études à l'université pour les généralistes, et 10 à 11 ans pour les spécialistes avec *in fine*, l'obtention du diplôme de docteur en médecine, obligatoire pour exercer. La majeure partie du 3e cycle («l'internat ») s'effectue en stage, pour lesquels l'étudiant pourra émettre des souhaits d'affectation parmi un certain nombre d'établissements agréés. Pour voir ces demandes aboutir, deux facteurs sont pris en compte : l'ancienneté, calculée par rapport au nombre de semestres validés, et les résultats à l'ENC (examen national classant).

Le Défenseur des droits a été saisi des cas de 57 jeunes femmes enceintes ou ayant accouché, engagées dans leur étude de médecine et se plaignant de faire l'objet de discrimination dans le cadre de leur formation en raison de leur congé de maternité.

En effet, l'article R. 6153-20 du code de santé publique stipule que « *Lorsque au cours d'un semestre, un interne interrompt ses fonctions pendant plus de deux mois (…) le stage n'est pas validé.* » Si le stage n'est pas validé, le semestre ne l'est pas non plus et l'interne qui doit interrompre son stage du fait de son congé maternité se retrouve avec un nombre de semestres validés inferieurs à celui de ses collègues qui ont débuté en même temps qu'elle. Cela entraîne une perte de son classement initial à l'issue de l'ENC. L'interne dispose par conséquence de possibilités d'affectation restreintes en termes de spécialité, de choix géographiques ou de qualité du cabinet.

Les réclamantes ne contestent pas l'invalidation de leur stage, estimant que l'apprentissage de leur métier est indissociable de la pratique clinique, mais elles souhaiteraient pouvoir, après un congé de maternité, indépendamment du nombre de semestres validés, choisir leur stage en conservant leur classement initial à l'ENC, ce qui leur permettrait de neutraliser les conséquences de leur congé maternité.

Dans sa décision n° MLD2012-165, le Défenseur des droits a recommandé à la ministre des Affaires sociales et de la Santé de mettre fin à la discrimination indirecte dont sont victimes les femmes internes en médecine à raison de leur maternité.

La ministre des Affaires sociales a informé le Défenseur des droits que plusieurs réunions de travail avec les organisations représentatives des internes ont été organisées. Ainsi, plusieurs solutions ont été envisagées, notamment celle de maintenir l'ancienneté des internes ayant bénéficié d'un congé de maternité en les laissant choisir un stage avec les internes de leur promotion d'origine. Néanmoins aucune des propositions n'auraient fait l'objet d'un consensus au sein des organisations représentatives des internes.

Le Défenseur des droits entend à suivre avec attention l'évolution de ce dossier. »

Annexe 12 : Mise en demeure Commission Européenne – 20 juin 2013

COMMISSION EUROPÉENNE

SECRÉTARIAT GÉNÉRAL

Bruxelles, le

SG-Greffe(2013)D/

REPRESENTATION PERMANENTE
DE LA FRANCE AUPRES DE
L'UNION EUROPEENNE
Place de Louvain, 14
1000 BRUXELLES

Objet: Mise en demeure – Infraction n° 2009/2044

Le Secrétariat général vous prie de bien vouloir transmettre au Ministre des Affaires étrangères la lettre ci-annexée.

Pour la Secrétaire générale,

Valérie DREZET-HUMEZ

p.j. : C(2013) 3559 final

FR

COMMISSION EUROPÉENNE

Bruxelles, le 20.6.2013

2009/2044
C(2013) 3559 final

Monsieur le Ministre,

J'ai l'honneur d'attirer votre attention sur la transposition en France de la directive 2003/88/CE[1] en ce qui concerne le temps de travail des médecins en formation.

Après analyse des informations fournies par les autorités françaises en réponse à une demande d'information dans le système EU-Pilot et sur base de toutes les informations dont les services de la Commission disposent à présent, il apparaît que la France n'a pas correctement transposé la directive dans ce domaine.

Le droit européen

La directive 2003/88/CE a pour objectif d'améliorer la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs, notamment en fixant (dans son article 6) une limite au temps de travail de 48 heures hebdomadaires en moyenne, et (dans ses articles 3 et 5) des périodes de repos minimaux journaliers et hebdomadaires.

L'article 6 de la directive dispose que:

'Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que, en fonction des impératifs de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs:

a) la durée hebdomadaire du travail soit limitée au moyen de dispositions législatives, réglementaires ou administratives ou de conventions collectives ou d'accords conclus entre partenaires sociaux;

b) la durée moyenne de travail pour chaque période de sept jours n'excède pas quarante-huit heures, y compris les heures supplémentaires.'

En ce qui concerne le repos journalier, l'article 3 de la directive dispose que:

---

[1] Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (JO L 299 du 18.11.2003, p. 9).

Son Excellence Monsieur Laurent FABIUS
Ministre des Affaires étrangères
Quai d'Orsay 37
F - 75007 - PARIS

Commission européenne, B-1049 Bruxelles – Belgique
Europese Commissie, B-1049 Brussel – België
Téléphone: 00 32 (0) 2 299.11.11.

'Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de vingt-quatre heures, d'une période minimale de repos de onze heures consécutives.'

En ce qui concerne le repos hebdomadaire, l'article 5 de la directive dispose que:

'Les États membres prennent les mesures nécessaires pour que tout travailleur bénéficie, au cours de chaque période de sept jours, d'une période minimale de repos sans interruption de vingt-quatre heures auxquelles s'ajoutent les onze heures de repos journalier prévues à l'article 3.

Si des conditions objectives, techniques ou d'organisation du travail le justifient, une période minimale de repos de vingt-quatre heures pourra être retenue.'

L'article 17 dans ses alinéas 2 et 3 prévoit la possibilité de déroger aux articles 3 et 5, dans certaines activités (notamment lorsqu'il s'agit des services relatifs aux soins données par les hôpitaux):

' ... à condition que des périodes équivalentes de repos compensateur soient accordées aux travailleurs concernés ou que, dans des cas exceptionnels dans lesquels l'octroi de telles périodes équivalentes de repos compensateur n'est pas possible pour des raisons objectives, une protection appropriée soit accordée aux travailleurs concernés.'.

Il s'ensuit qu'un Etat Membre peut, dans certaines situations, prévoir la possibilité de reporter, de façon strictement temporaire, l'ensemble ou une partie des périodes de repos minimal, mais uniquement à condition que le travailleur reçoive l'ensemble des heures de repos auxquelles il a droit, endéans la période qui suit[2].

Par contre, la directive n'admet pas la possibilité que le travailleur perde le bénéfice de ces heures de repos minimales (sauf dans des situations très exceptionnelles, qui ne rentrent pas en question dans le cas d'espèce[3].)

Les médecins en formation relèvent du champ d'application de la directive 2003/88/CE, qui reprend les dispositions en la matière d'une directive modificatrice datant de 2000[4]. Elle permettait que la limite des 48 heures de temps de travail hebdomadaire en moyenne soit introduite de manière très progressive pour ces travailleurs, le 31 juillet 2009 étant la date butoir.[5]

---

2 Arrêt *Jaeger*, Affaire C-151/02, point 103.

3 Arrêt *Jaeger*, Affaire C-151/02, point 98; Arrêt *Isère*, Affaire C-428/09, point 55.

4 Directive 2000/34/CE, JO L 195 du 1.8.2000, p. 41.

5 Art 17.5 troisième alinéa de la directive autorisait, dans le cas des médecins en formation, une dérogation transitoire supplémentaire à l'article 6 pendant au maximum deux ans après le 31 juillet 2009. Pour qu'une telle dérogation soit applicable, la France aurait dû informer la Commission de la dérogation au moins six mois avant cette date. Comme la France n'a pas suivi cette procédure, une limite générale de 48 heures s'applique aux médecins en formation en France depuis le 1 août 2009.

La règlementation au niveau national

En France, la directive 2000/34/CE a été transposée par le décret no 2002-1149 du 10 septembre 2002, qui a modifié le décret no 99-930 du 10 novembre 1999 fixant le statut des internes et des résidents en médecine. Ces dispositions ont ensuite été codifiées par les articles R6152 et suivants du Code de la santé publique (ci-après 'le Code').
Jusqu'au mois d'août 2011, l'article R6153-2 du Code[6] (" *l'ancien texte*") disposait que:

> *'Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent public. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation.*
>
> *Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine dont deux consacrées à la formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre. ..."*

Ce texte a été modifié par le décret 2011-954 du 10 août 2011[7]. Depuis cette modification, l'article R6153-2 du Code[8] (" *le texte modifié* ") dispose que:

> *'Praticien en formation spécialisée, l'interne est un agent publique. L'interne consacre la totalité de son temps à ses activités médicales, odontologiques ou pharmaceutiques et à sa formation.*
>
> *Ses obligations de service sont fixées à onze demi-journées par semaine comprenant:*
>
> *- neuf demi-journées d'exercice effectif de fonctions dans la structure d'accueil sans que la durée du travail puisse excéder quarante-huit heures par période de sept jours, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois ;*
>
> *- et deux demi-journées par semaine consacrées à sa formation universitaire qui peuvent être regroupées selon les nécessités de l'enseignement suivi et cumulées dans la limite de douze jours sur un semestre. ..."*

En ce qui concerne le respect des repos minimaux, les autorités nationales indiquent que selon la règlementation nationale, *'un interne ne peut pas être mis dans l'obligation de garde pendant plus de 24 heures consécutives'*[9]. Il bénéficie d'un "repos de sécurité" de 11 heures consécutives, qui doit être pris immédiatement après chaque garde de nuit et qui consiste en une interruption totale de toute activité hospitalière ou de formation universitaire[10].

---

6 Code de la santé publique, telle que modifiée par le décret n°2010-1187 du 8 octobre 2010.

7 Décret 2011-954 du 10 août 2011, publié au JORF du 12 août 2011.

8 Code de la santé publique, telle que modifiée par l'Article 2 du Décret 2011-954 du 10 août 2011.

9 Arrêté du 10 septembre 2002, art 1er, alinéa 5.

10 Arrêté du 10 septembre 2002, art 2ème: art. R 6153-2 alinéa 3 du code de la santé publique.

Un médecin en formation est donc tenu de travailler onze "demi-journées" par semaine, dont deux consacrées à la formation universitaire et neuf consacrées à des activités médicales. La durée d'une 'demi-journée' est variable – elle représente 5 heures de travail si elle s'effectue pendant le jour, et 7 heures de travail si elle s'effectue pendant la nuit.

La méthode très spécifique de calcul de ces demi-journées, et les règles concernant la participation des internes aux gardes ainsi que leur impact sur le temps de travail de ceux-ci, sont présentées plus en détail au point I.3 ci-dessous.

Il convient de noter d'abord que ni l'ancien texte, ni aucune autre disposition législative avant le décret 2011-954, ne fixait de limite maximale aux heures hebdomadaires qui pouvaient être prestées par un médecin en formation.

Le décret 2011-954 a introduit ensuite une limite maximale de 48 heures, en moyenne sur une période de 4 mois.

Cependant, ***cette nouvelle limite indique s'appliquer exclusivement à une partie des heures travaillées. Elle parait donc poser trois problèmes de conformité:***

i) La limite s'applique à la durée du travail pendant les neuf 'demi-journées' de travail qui constituent des obligations de service. Selon la méthode prescrite de calcul des 'demi-journées', et tenant compte de l'obligation de l'interne de prester au minimum une garde de nuit par semaine, ces neuf 'demi-journées' constituent au total *un minimum de 49 heures par semaine en moyenne*. Donc, la limite maximale selon la Directive est déjà atteinte, voire légèrement dépassée.

ii) Pourtant, *cette limite en droit national ne s'applique pas aux deux demi-journées supplémentaires par semaine* obligatoirement consacrées à la formation universitaire, même si celles-ci constituent, elles aussi, une obligation de service de l'interne.

Les autorités nationales considèrent que les deux demi-journées par semaine consacrées à la formation universitaire ne constituent pas du temps de travail effectif au sens de la directive, même s'il s'agit d'une obligation formelle de service, car ce temps d'étude est accompli en dehors de l'établissement de santé d'affectation. [11]

Selon les services de la Commission, les heures obligatoirement consacrées à la formation des médecins sont néanmoins, en tant qu'obligation de service, à inclure dans la notion de temps de travail et, dès lors, à prendre en compte lors du calcul des heures de travail.

Ces demi-journées comptent au minimum encore 10 heures par semaine, donc au total 59 heures par semaine d'obligation de service.

---

[11] Note des autorités nationales du 15 avril 2011, page 1er.

iii) D'ailleurs, comme la limite s'applique uniquement aux neuf 'demi-journées' compris dans les obligations de service, *elle ne parait pas s'appliquer aux gardes supplémentaires qui peuvent être prestées par un interne*: une possibilité explicitement admise par l'article R6153-2. Selon les services de la Commission, ce fait risque d'empêcher l'effet utile de la limite insérée par le décret 2011-954. Cet aspect est considéré plus en détail ci-dessous.

La limitation en pratique des heures de travail

La durée des 'demi-journées'

Le droit national ne semble pas contenir de définition formelle du terme 'demi-journée'. Cependant, la pratique générale dans les hôpitaux publiques consiste à compter le service de jour (de 8h30 à 18h30, soit 10 heures) pour deux demi-journées et le service de nuit (de 18h30 à 08h30, soit 14 heures) aussi pour deux demi-journées[12].

La durée d'une demi-journée est donc variable – elle représente 5 heures si elle s'effectue durant le service de jour, et 7 heures si elle s'effectue durant le service de nuit.

La participation aux gardes – service normal

En ce qui concerne les gardes, l'article R6153-2 du Code[13] dispose que:

'... L'interne participe au service de gardes et astreintes. Les gardes effectuées par l'interne au titre du service normal de garde sont comptabilisées dans ses obligations de service à raison de deux demi-journées pour une garde.
Il peut également assurer une participation supérieure au service normal de garde.
L'interne bénéficie d'un repos de sécurité à l'issue de chaque garde de nuit. Le temps consacré au repos de sécurité ne peut donner lieu à l'accomplissement des obligations de service hospitalières, ambulatoires ou universitaires. ...'

Selon les autorités nationales, le *'service normal'* de garde comprend une garde de nuit par semaine et un dimanche ou jour férié de service par mois[14], soit 5 gardes par mois au total. Les autorités nationales précisent d'ailleurs que la garde de nuit commence au plus tôt à 18h30, et s'achève le lendemain matin à 8h30: elle correspond donc à une période de 14 heures. La journée de service le dimanche ou jour férié commence à 8h30, et se termine à 18h30: elle correspond donc à une période de 10 heures.[15] Le service de garde

---

12 Lettre DH/7C du Directeur des hôpitaux du 05 septembre 1991. Le même calcul s'applique concernant les périodes de garde (*Arrêté du 10 septembre 2002 relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité*, art 1er, alinéas 6 et 7).

13 Code de la santé publique, telle que modifiée par l'Article 2 du Décret 2011-954 du 10 août 2011.

14 Arrêté du 10 septembre 2002, art 1er, alinéa 1.

15 Arrêté du 10 septembre 2002, art 1er, alinéas 6 et 7.

est comptabilisé dans les obligations de service à raison de 2 demi-journées pour une garde (que ce soit une garde de nuit ou de dimanche ou jour férié)[16].

La participation aux gardes – gardes supplémentaires

L'article R6153-2 prévoit que les internes peuvent assurer une participation *supérieure au service de garde normal*. Selon les autorités françaises, cette participation n'est autorisée que dans "*les activités pour lesquelles la continuité médicale est prévue par voie réglementaire*" et en cas de "*nécessité impérieuse de service*"[17], en cas d'impossibilité justifiée d'organiser le tableau de garde[18].

Les autorités nationales précisent d'ailleurs que le total des gardes indemnisées, accomplies dans le cadre des obligations de service et par participation au service de gardes supplémentaires, ne peut excéder 16 gardes pour 4 semaines[19], ce qui limiterait de façon indirecte le recours à la garde supplémentaire. (Une telle limite ne parait cependant pas empêcher le recours éventuel aux gardes supplémentaires *non rémunérées*.)

Analyse de l'effet de la règlementation nationale

Même dans le respect de la règlementation nationale précitée, un médecin en formation peut très facilement accumuler des heures de travail très excessives avec une perte des repos minimaux.

Prenons, à titre d'exemple hypothétique pratique, le rythme suivant de travail d'un interne pendant une semaine, à partir de 8 h le lundi matin:

Lundi: L'interne assure le service de jour, de 8h à 18h30 (*10.5 heures de travail, comptabilisées à 2 demi-journées de ses obligations de service*).
Il participe également à la garde de nuit, de 18h30 à 8h mardi. (obligation de service de participer à 1 garde de nuit par semaine). (*13.5 heures de travail, 2 demi-journées de ses obligations de service.)*
Au total: 24 heures de travail, 0 heures de repos.

Mardi: Ayant travaillé pendant 24 heures consécutives, l'interne a droit à un 'repos de sécurité' de 11 heures consécutives, de 8 h mardi à 19h le soir. Ensuite, il ne travaille plus pendant ce jour.
Au total: 0 heures de travail, 24 heures de repos (entre mardi et mercredi).

Mercredi: L'interne participe à une demi-journée obligatoire de formation universitaire, de 8h à 13h: (*5 heures de travail universitaire).* Après une demi-heure de pause, il assure une partie du service de jour, de 13h30 à 18h30, et une partie de la garde de nuit, de 18h 30 à 23h30: (*10 heures de travail, deux demi-journées de ses obligations de service.)*

---

16 Article R 6153.2 du code de santé publique.

17 Arrêté du 10 septembre 2002, art 1er.

18 Arrêté du 10 septembre 2002, art 3ème.

19 Arrêté du 10 septembre 2002, art 4ème, alinéa IV.

Au total: 15 heures de travail, 9 heures maximum de repos (entre mercredi et jeudi).

Jeudi: L'interne participe à une demi-journée de formation obligatoire, de 8h à 13h: (*5 heures de travail universitaire).* Après une demi-heure de pause, il participe à la seconde moitié du service de jour, de 13h30 à 18h30: (*5 heures de travail, 1 demi-journée de ses obligations de service)*

Au total:10 heures de travail: 14 heures maximum de repos (entre jeudi et vendredi).

Vendredi: L'interne participe au service de jour, de 8h à 18h30. *10.5 heures de travail, 2 demi-journées de ses obligations de service.* Ensuite, il participe à une garde de nuit supplémentaire, de 18h30 à 8h samedi. *13.5 heures de travail (supplémentaires).*

Au total: 24 heures de travail: 0 heures de repos.

Samedi: Ayant travaillé pendant 24 heures consécutives, l'interne a droit à un 'repos de sécurité' de 11 heures consécutives, de 8 h samedi à 19h le soir. Ensuite, il ne travaille plus pendant ce jour.

Au total: 0 heures de travail, 24 heures de repos (entre samedi et dimanche).

Dimanche: L'interne participe à une garde de jour 'supplémentaire' de 8h à 18h30. *10.5 heures de travail (supplémentaires).* Il prend ensuite un repos, de 18h30 jusqu'à 8h le lundi matin.

Au total: 10.5 heures de travail, 13.5 heures de repos (entre dimanche et lundi).

Ce repos parait lui permettre, en tout conformité à la règlementation nationale, de recommencer au même rythme pendant la semaine qui suit.

En fin de cette semaine, l'interne a donc bien accompli ses 11 demi-journées obligatoires. Il a également travaillé pendant 2 gardes supplémentaires. Le repos de sécurité a été respecté.

Pourtant, l'interne a accompli *83.5 heures de travail au total*, dont 10 heures de formation universitaire (obligatoire), 49 heures de prestations hospitalières (obligatoires) et 24.5 heures de garde supplémentaires.

De telles heures, répétées chaque semaine, dépasseraient très largement la limite de 48 heures hebdomadaires en moyenne prévue par la directive.

Il convient de noter que la limite à l'indemnisation des gardes, citée ci-dessus par les autorités françaises (4 gardes par semaine en moyenne), ne parait point empêcher à l'interne d'effectuer l'ensemble les gardes indiquées dans cet exemple (1.5 gardes de service, + 2 gardes supplémentaires), et même d'effectuer encore une demie-garde en plus par semaine, et ce sur base indemnisée.

D'ailleurs, l'interne a reçu au total 84.5 heures de repos au cours de la semaine. Pourtant, il avait droit, conformément aux articles 3 et 5 de la directive, à 101 heures au moins (5 x 11 heures de repos journalier, plus 2 x 11 heures de repos équivalent compensateur journalier, plus 24 heures de repos hebdomadaire minimal.) Une telle réduction des heures de repos ne parait pas non plus conforme à la directive.

Par contre, il se peut que la règlementation nationale impose le respect des articles 3 et 5 de la directive en même temps que les autres dispositions décrites. Cette approche suppose qu'un interne ayant accompli ses 9 demi-journées de service (y compris une garde de nuit), de 45 heures au total, et ses 2 demi-journées de formation universitaire obligatoire, de 10 heures au total, bénéficie également de ses heures de repos journalier et hebdomadaire au titre de la Directive (de 101 heures au total). Le total cumulatif en serait de 156 heures par semaine, ce qui s'avère tout à fait possible, une semaine comptant au total 168 heures (7 x 24).

Pourtant, si c'est le cas, il est difficile de comprendre comment la règlementation nationale envisage la possibilité que ce même interne accomplisse en plus jusqu'à 2.5 gardes supplémentaires indemnisées, au total entre 25 (2.5 x 10)[20] et 35 (2.5 x 14)[21] heures supplémentaires, au cours de la même semaine. Même une seule garde supplémentaire au cours de la semaine parait forcement entraîner le non-respect des repos minimaux prévus par la Directive.

La pratique des hôpitaux publics : le temps de travail des médecins en formation

Enfin, il faut se référer à deux publications récentes sur la pratique des hôpitaux publics en France en ce qui concerne le temps de travail des médecins en formation.

En septembre 2012, l'ISNIH (le principal syndicat d'internes en France), a publié les résultats d'une enquête menée auprès de ses médecins en formation affiliés, sur leurs conditions de travail[22]. Presque tous les internes concernés sont affectés dans des hôpitaux publics (CHUs). Ce rapport, basé sur 5872 réponses reçues, tire les conclusions suivantes:

- 85% de ces internes déclarent travailler au-delà du seuil de 48 heures hebdomadaires

- Les internes travaillent en moyenne 60 heures par semaine

- 63% indiquent que leurs obligations de service leur rendent impossible de prendre les 2 demi-journées de formation hebdomadaires obligatoires (qui ne seraient donc pas inclus, pour la plupart, dans la moyenne précédente)

---

[20] S'il s'agit de gardes supplémentaires de nuit.

[21] S'il s'agit de gardes supplémentaires de jour.

[22] *Internes en médicine: Gardes, Astreintes et Temps de travail*, ISNIH (Inter Syndicat National des Internes des Hôpitaux), Paris, 10 septembre 2012

- Le repos de sécurité après une garde n'est pas respecté pour 21% de ces internes. Dans ces cas, 49% des internes sont restés au travail le lendemain matin: 51% y sont restés toute la journée suivante. Dans la grande majorité des cas, cette obligation de présence pendant le repos de sécurité était dû à 'l'organisation du service': pour encore 24% des internes, elle venait d'une injonction forte du chef de service.

- 15 % des internes déclarent avoir commis des erreurs de prescription, de diagnostique ou d'acte opératoire en lendemain de garde. Encore 39% estiment qu'ils en ont probablement commis, sans pouvoir l'affirmer avec certitude.

- 11% des internes déclarent avoir déjà eu un accident de route au bout d'une garde.

En octobre 2012, Le Monde a publié deux articles sur les conditions de travail des médecins en formation en France[23].

Les témoignages des médecins en formation figurant dans ces articles décrivent comme banale des journées de travail des 12 heures continues, ou de 24 heures continues quand il s'agit d'une garde. *'Travailler vingt jours d'affilée sans un jour de repos, faire des semaines de plus de 80 heures de travail, ou encore travailler 36 heures consécutives, quand le repos de garde n'est pas respecte, n'est pas chose rare pour un interne.'* Un interne en neurochirurgie témoigne même de travailler *'en moyenne cent heures par semaine.'*

En ce qui concerne les demi-journées hebdomadaires de formation, un interne de 28 ans affirme n'en avoir jamais pu bénéficier pendant son parcours. D'autres déclarent avoir dû, à cause du surcharge de travail, enchainer la demi-journée de formation directement après une période continue de 24 heures de travail, sans avoir pu prendre un repos, ou effectuer leurs formations pendant la période de conge annuelle de 5 semaines.

L'article souligne que *'les internes ont presque tous demandé à être cités anonymement pour ne pas compromettre leur carrière.'*

Du coté des chefs de service, *'tous ont leur propre interprétation de la législation, et les conditions changent de tout en tout en fonction des différentes services.... S'ils ont conscience d'être dans l'illégalité, la plupart assument, sous couvert d'anonymat, tout de même.'*

Ces publications renforcent encore les soucis déjà exprimés ci-dessus sur le manque de clarté de la réglementation nationale.

Par conséquent, la règlementation nationale en ce qui concerne le temps de travail des internes ne serait pas conforme aux articles 3, 5, 6 et 17 de la directive.

****

[23] Charlotte Chabas, Le Monde, 10 octobre 2012, *Futur médecin, "bac +10, 80 heures par semaine, 2000 euros"* ; Charlotte Chabas, Le Monde, 10 octobre 2012, *Les internes en médecine, bouche-trous de l'hôpital en crise.'*

En conséquence, la Commission européenne estime que la République française a manqué aux obligations qui lui incombent en vertu de la directive 2003/88/CE.

La Commission invite votre gouvernement, conformément à l'article 258 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, à lui faire parvenir ses observations sur ce qui précède dans un délai de deux mois à compter de la réception de la présente lettre.

Après avoir pris connaissance de ces observations ou si ces observations ne lui étaient pas transmises dans le délai prescrit, la Commission se réserve le droit d'émettre, s'il y a lieu, l'avis motivé prévu au même article.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma haute considération.

Par la Commission,

László ANDOR
Membre de la Commission

AMPLIATION CERTIFIÉE CONFORME
Pour la Secrétaire générale,

Jordi AYET PUIGARNAU
Directeur du Greffe
COMMISSION EUROPÉENNE

Bibliographie

1. OMS. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant- Durée optimale de l'alimentation au sein exclusive. 2002 [cité 27 sept 2013]; Disponible sur: http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf

2. Programme National Nutrition Santé. La santé vient en mangeant - Le guide nutrition de la naissance à trois ans. déc 2005 [cité 5 mars 2014]; Disponible sur: http://www.inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/890.pdf

3. Programme National Nutrition Santé. Enfants : les grandes phases de la diversification alimentaire [Internet]. [cité 5 mars 2014]. Disponible sur: http://www.mangerbouger.fr/IMG/jpg/01-tabelauprint-2.jpg

4. Turck D. Les bénéfices santé de l'allaitement. Santé Homme. juill 2010;(n° 408 - Accompagner le choix de l'allaitement maternel).

5. World Cancer Research Fund (WCRF). Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer : a global perspective. [Internet]. American Institute for Cancer Research (AICR); 2007. Disponible sur: http://www.dietandcancerreport.org/cancer_resource_center/downloads/Second_Expert_Report_full.pdf

6. Cuisigniez F-C. Gestion des internes de médecine générale enceintes. Etat des lieux national en 2008 [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Clermont-Ferrand]: Université Clermont - FD 1; 2009.

7. Martin C. Grossesse et allaitement en cours de DES de médecine générale : impact sur la formation pratique et théorique [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Rennes]: Université Rennes 1; 2011.

8. Richard C. Grossesse et travail en milieu hospitalier, risques professionnels et attitude pratique [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine d'Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2006.

9. Villalonga A-C. Allaitement chez lez femmes actives : enquête qualitative à partir de 15 entretiens semi dirigés [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Tours]: Université François-Rabelais; 2006.

10. Dory-Laurent G. Allaitement et activité professionnelle : Les avantages - Les inconvénients. Résultats d'une enquête comparative sur la durée d'allaitement chez les femmes au foyer et les femmes exerçant une activité professionnelle. [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Strasbourg]: Université Louis Pasteur; 2005.

11. Cosmas I. Allaitement et Travail: Enquête à Hewlett Packard [Internet]. Grenoble: Institut de Formation en Soins Infirmiers; 2009 nov. Disponible sur: http://www.info-allaitement.org/uploads/Comas_Allaitement_travail_HP.pdf

12. Kurth Aviles L. Place du médecin généraliste dans l'accompagnement de l'allaitement maternel [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Nancy]: Université Henri Poincaré, Nancy 1; 2006.

13. Bossard Coader S. Evaluation d'une campagne de soutien à l'allaitement maternel en médecine générale [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Nantes]: Université de Nantes; 2003.

14. Taylor J, Macnamara M, Groskin A, Petras L. Medical Student-Mothers. R Med J 2013. 1 mars 2013;42-45.

15. Yngve A, Sjöström M. Breastfeeding determinants and a suggested framework for action in Europe. Public Health Nutr. 2001;4(2B):729-739.

16. Noirhomme-Renard F, Farfan-Portet M-I, Berrewaerts J. Soutenir l'allaitement maternel dans la durée: quels sont les facteurs en jeu? Ecole Santé Publique – Cent Rech En Systèmes Santé ». juill 2006;(UCL-RESO Dossier technique 06-41).

17. Laurent C. Influence de la proximité mère–bébé sur le sommeil du nouveau-né et celui de sa mère, et sur l'allaitement. Quelle proximité recommander sans mettre en danger la sécurité de l'enfant ? Rev Méd Périnat. 2011;vol.3(n°1):25-33.

18. Le Tourneur A, Komly V. Burn out des internes en médecine générale : état des lieux et perspectives en France métropolitaine [Thèse de Doctorat en médecine]. [Faculté de médecine de Grenoble]: Université Joseph Fournier; 2011.

19. ISNIH. Internes en médecine: Gardes, Astreintes et Temps de travail. Enquête nationale. 2012 sept.

20. Décision du Défenseurs des Droits n°MLD 2012-165. 2012 déc.

21. Maisonneuve H, Fournier J-P. Construire une enquête et un questionnaire. E-Respect. nov 2012;(N°2):15-21.

22. DRASS Rhones-Alpes. Etude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhones-Alpes en 2004-2006 [Internet]. 2008 juill. Disponible sur: http://www.info-allaitement.org/uploads/etude_allaitement_rhonealpes_DRASS.pdf

23. Gremmo Féger G. Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. SPIRALE. sept 2003;n°27:45-59.

24. Salanave B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épifane, France, 2012. Bull Épidémiologique Hebd. sept 2012;(n°34):383-387.

25. Collet M, Vilain A. Les certificats de santé de l'enfant au 24ème mois (CS24) - Validité 2010. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2012 août.

26. Bonet M, Marchand L, Kaminski M, Fohran A, Betoko A, Charles M-A, et al. Breastfeeding Duration, Social and Occupational Characteristics of Mothers in the French « EDEN Mother-Child » Cohort. Matern Child Health J. mai 2013;Volume 17:714-22.

27. Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breasfeeding duration : evidence from a cohort study. Pediatrics. avr 2006;Volume 117:646-655.

28. Rojjanasrirat W. Working's women breasfeeding experiences. MCN Am J Matern Child Nurs. 2004;Volume 29:222-7.

29. Ryan AS, Zhou W, Arensberg MB. The effect of employment status on breastfeeding in the United States. Womens Health Issues. sept 2006;16(5):243-251.

30. Comission européenne. Mise en demeure - Infraction n°2009/2044. 2013 juin.

31. Directive 2003/88/CE du Parlement européen et du Conseil du 4 novembre 2003 concernant certains aspects de l'aménagement du temps de travail (JO L299 du 18.11.2003, p.9).

32. Didierjean-Jouveau C-S. Allaiter en travaillant. Allaiter Aujourdhui. sept 2007;(n°72):9-14.

33. Didierjean-Jouveau C-S. Allaitement et travail. Allaiter Aujourdhui. déc 2002;(n°53).

34. Code de la santé publique - Article R6153-1 | Legifrance [Internet]. [cité 8 sept 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000022911367&idSectionTA=LEGISCTA000006196816&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20130223

35. Ancienneté et classement - ARS Rhone-Alpes [Internet]. [cité 3 oct 2013]. Disponible sur: http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/INTERNAT/20120814_INTERNAT_DEMARCHE.pdf

36. Information relative à la subdivision d'internat de Poitiers - ARS Poitou Charentes [Internet]. [cité 3 oct 2013]. Disponible sur: http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/fileadmin/POITOU-CHARENTES/Acteurs_en_sante/emploi_professions_formations/noteinternes2011.pdf

37. Décret n°2011-954 du 10 aout 2011 modifiant certaines dispositions relatives au troisième cycle des études médicales, article 17. 2011 aout.

38. Conseil d'Amnistration des villes adhérentes à l'ISNAR-IMG. Lille- du 14 au 16 octobre 2011. Procès Verbal adopté par le Conseil d'Aministration à Lyon- Janvier 2012. p. 61-66; 68-69.

39. Rang de classement et choix de stage. Document de réflexion de l'ISNIH. 2012 mars.

40. Le Défenseur des droits défend les mères et futures mères étudiantes en médecine | Le Défenseur des Droits [Internet]. [cité 7 mars 2014]. Disponible sur: http://www.defenseurdesdroits.fr/connaitre-son-action/la-lutte-contre-les-discriminations/actualites/le-defenseur-des-droits-defend

41. Kronborg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Public Health. 2004;32(3):210-216.

42. Peters E, Wehkamp K-H, Felberbaum R, Krüger D, Linder R. Breastfeedind duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health. 2005;Vol. 16(N°2):162-167.

43. De Jager E, Skouteris H, Broadbent J, Amir L, Mellor K. Psychosocial correlates of exclusive breastfeeding: A systematic review. Midwifery. 2013;29:506-518.

44. De Jager E, Broadbent J, uller-Tyszkiewicz M, Skouteris H. The role of psychosocial factors in exclusive breastfeeding to six months postpartum. 2013 [cité 17 mars 2014]; Disponible sur: http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2013.07.008

45. Cribier B. Allaitement maternel chez les étudiants en médecine. Ann Dermatol Vénéréologie. mars 2012;volume 139:255-256.

46. Turck D. Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère - INPES, Programme national nutrition santé. Arch Pédiatrie. déc 2005;volume 12:145-165.

47. Cattaneo A, Yngve A, Koletzko B, Guzman L. Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe : current situation. Public Health Nutr. 2005;8(1):36-46.

48. Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V, Magnier A-M. Prevalence of breastfeeding in industrialized countries. Rev Epidémiologie Santé Publique. 2012;(60(4)):305-320.

49. Accueil | Legifrance - Le service public de l'accès au droit [Internet]. [cité 29 avr 2013]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/

50. Organisation internationale du travail (OIT). Le congé de maternité est rémunéré dans plus de 120 pays. L'inégalité de traitement des hommes et des femmes dans l'emploi perdure [Internet]. 1998 [cité 22 juill 2013]. Disponible sur: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_071342/lang--fr/index.htm

51. Code de la santé publique - Article R6153-26 | Legifrance [Internet]. [cité 19 mars 2014]. Disponible sur: http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=55B0C6CE0A1752708E006E2E3F3E6483.tpdjo12v_1?idArticle=LEGIARTI000006918823&cidTexte=LEGITEXT000006072665&categorieLien=id&dateTexte=20101010

Résumé

Introduction - Problématique : Selon les critères socio-démographiques, on pourrait penser que les internes en cours de D.E.S de médecine générale seraient favorisées concernant la poursuite de l'allaitement. Cependant, au vu des rythmes de travail des internes et la pénalisation de leur cursus à leur retour de congé maternité, on peut alors se demander si l'allaitement est compatible avec l'internat. De nombreuses thèses se sont intéressées à la grossesse au cours de l'internat mais aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée sur la gestion de l'allaitement chez les internes. L'objectif de cette étude était d'évaluer la réussite ou non des projets d'allaitement maternel chez les internes en cours de DES de médecine générale en France métropolitaine, et de décrire les causes déclarées de non-réussite du projet d'allaitement maternel.

Matériel et méthode : L'étude était une enquête descriptive transversale. La population cible de l'étude était l'ensemble des internes de France métropolitaine en cours de DES de médecine générale ayant au moins un enfant né. Les données ont été recueillies du 26 mars au 1er juin 2013 inclus, par un questionnaire papier pour les facultés de médecine de Tours et Poitiers et par un questionnaire en ligne pour toutes les autres facultés de médecine de France métropolitaine.

Résultats : Les analyses ont porté sur 365 questionnaires. 313 internes ont été incluses pour l'analyse principale et 52 situations d'allaitement ne concernant pas un enfant né au rang 1 ont été incluses pour l'analyse secondaire. 52,1% des internes-mères ont déclaré que la durée réelle de leur allaitement n'était pas en accord avec leur projet d'allaitement initial et les 3 premières causes déclarées de cet échec sont la reprise du travail, les horaires de travail incompatibles avec l'allaitement et la perception d'une insuffisance de lait. 5,5% des internes interrogées ont déclaré avoir repris avant la fin du congé maternité sous peine d'invalidation de stage. Enfin, 63,9% des internes interrogées ont déclaré n'avoir pas pu bénéficier de l'heure légale pour tirer leur lait.

Conclusion : Les résultats de notre études doivent amener à envisager des pistes de réflexion sur des aménagements concrets à mettre en place, afin de pouvoir accompagner au mieux les internes ayant des difficultés pour poursuivre leur allaitement maternel après leur retour au travail.

Mots clés : Allaitement maternel – Allaitement maternel exclusif- Internat – Etudiants en médecine – Médecine Générale - Travail - Femmes actives -

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

SERMENT

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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