

« Allaitement maternel et reprise du travail »

Historique des modifications		
Version	Dates de modification	Objets de la modification
N°1		Création

Indexation : 2026 Ref Allt Reprise Travail, référentiel accessible sur www.perinatalite-occitanie.fr
Seule la version informatique fait foi.

Périodicité de révision : 5 ans

✓ **Composition du GT :**

- **Caroline ARCENS** : Pharmacienne titulaire de la Pharmacie Via Domitia-Narbonne certifiée IPHAN (Initiative Pharmacie Amie des Nourrissons) Narbonne
- **Aline GATTO** : Sage-femme IBCLC CH Sete
- **Elodie GUILLOT**, infirmière puéricultrice en PMI, certifiée IBCLC Montpellier
- **Laurence BURG**, Sage-femme DULHAM CH Cahors
- **Dr Geneviève CREPLET** Médecin PMI Maison Des Solidarités d'Aucamville
- **Melissa LENOIR** ; Infirmière Puéricultrice DU en lactation humaine et allaitement maternel PMI département de la haute Garonne
- **Christelle COUZINIER** : Sage-femme référente allaitement CH Lavaur (ex IBCLC)
- **Frédérique LOSSEFF** Infirmière puéricultrice CH Perpignan certifiée IBCLC
- **Jeanne LAMOULIE** sage-femme libérale CH Narbonne
- **Clémence POYVRE** Sage-femme Nîmes
- **Justine BERNARD** Infirmière Puéricultrice DIULHAM Cahors
- **Emmanuelle BRIECHLE** sage-femme Lézignan-Corbières
- **Mélanie DELIEGE** sage-femme Montauban
- **Sandrine MILONES** sage-femme Albi certifiée IBCLC
- **Elsa STEIL** Infirmière puéricultrice DIULHAM Toulouse
- **Elodie BELANGE** Auxilière de puériculture Certifiée IBCLC Lattes

✓ **Animation groupe de travail** : CAVALLIE Delphine - Sage-femme IBCLC DULHAM RPO Montpellier

✓ **Relecture** : GT allaitement et reprise du travail

✓ **Validation** : Conseil scientifique RPO du 25/09/2026

Référentiel

Objet	L'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recommandé un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie, et la poursuite de cet allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus en fonction du désir de la mère. Favoriser la poursuite de l'allaitement maternel après la reprise du travail fait partie des actions permettant de répondre à ces objectifs.
Domaine d'application	Ce référentiel s'adresse aux équipes des maternités, de PMI, établissements d'accueil de jeunes enfants (crèches, multi accueils), les assistantes maternelles, les professionnels libéraux (sage-femmes, pédiatres, médecins généralistes, pharmaciens...). Rédigé sous l'égide du Réseau de Périnatalité Occitanie, ce référentiel est proposé à titre indicatif, et ne saurait être opposable au cas où le praticien en charge de la patiente estimerait qu'une conduite différente serait plus appropriée, dans le cas général ou dans un cas particulier.
Documents de référence	Référentiel Allaitement maternel V2 RPO
Abréviations utiles	DRASS Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales OMS Organisation Mondiale de la Santé PNNS Programme National Nutrition Santé HCSP Haut Conseil de Santé Publique AM Allaitement Maternel RAT Retour au travail HAS Haute Autorité de Santé SOPK Syndrome des Ovaries Polykystiques (syndrome métabolique ovarien polyendocrinien) INPES Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé MAMA Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée LADWP Los Angeles Department of Water and Power RPO Réseau de Périnatalité Occitanie LPP Liste des Produits et Prestations (remboursables) CSS Code de la Sécurité Sociale LM Lait Maternel DAL Dispositif d'Aide à la Lactation PPN Préparation Pour Nourrissons PMI Protection Maternelle et Infantile IBCLC International Board Certified Lactation Consultant DULHAM Diplôme Universitaire de Lactation Humaine et Allaitement Maternel RAM Relais Assistant(e)s Maternel(le)s CoFAM Coordination Française pour l'Allaitement Maternel ABM Academy of Breastfeeding Medicine AFSSA Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments

Sommaire

Table des matières

I.	Introduction.....	5
II.	Contexte	5
1.	Enquête Epifane 2021 [2]	5
2.	Institut de Veille Sanitaire 2015 [3]	5
3.	Une étude régionale sur les motifs de sevrage	6
4.	Facteurs ayant un impact	6
5.	Caractéristiques associées à la poursuite de l'allaitement maternel après la reprise du travail : le rôle du type d'allaitement [6].....	7
III.	Recommandations.....	7
1.	L'OMS	7
2.	PNNS.....	7
3.	HCSP	7
IV.	Dispositions légales	8
1.	Durée	8
2.	Lieu d'allaitement	8
3.	Repos	8
4.	Rémunération.....	8
5.	Congé d'allaitement	8
6.	Interdictions postes exposés à des risques spécifiques	8
V.	Congé parental	9
1.	Congé parental	9
2.	Congé supplémentaire de naissance [11]	9
VI.	INFORMATION ANTE-NATALE	10
1.	Cadre et objectifs de l'entretien.....	10
2.	Démarche de l'entretien	10
3.	Il aborde également les bases pratiques.....	10
4.	Supports remis au couple.....	10
5.	Quand et comment ?.....	10
6.	Projet d'alimentation.....	11
VII.	PLACE DU CO-PARENT.....	11
VIII.	CHOIX DE SANTE	11
1.	Bénéfices pour la mère [1]	11
2.	Pour l'enfant.....	11

3.	Intérêt pour les familles	12
4.	Intérêt pour l'employeur	12
IX.	REPRISE DU TRAVAIL : QUELLES ADAPTATIONS ?	13
1.	Pour le bébé	13
2.	Pour la mère	14
3.	Pour la lactation	16
X.	MANIPULATION DU LAIT MATERNEL	18
1.	Recueillir	18
2.	Choix du contenant	19
3.	Recueil	19
4.	Aspect, odeur du lait maternel.....	23
5.	Etiquetage	23
6.	Conservation.....	23
7.	Transport	25
8.	Donner le lait à l'enfant.....	26
XI.	RESEAUX DE SOUTIEN	27
XII.	Questions / Réponses	27
XIII.	Bibliographie	29

I. Introduction

La France reste très en retrait en matière d'allaitement par rapport aux autres pays européens.

Si près de 3 femmes sur 4 tentent d'initier un allaitement à la maternité, seule 1 sur 2 allaite encore à 2 mois et 1 sur 3 à 6 mois en 2021. Les périodes davantage à risque d'arrêt sont la 1ère semaine et le 1er mois de vie (alors que la totalité des femmes désirant allaiter souhaiterait pouvoir le faire au-delà d'un mois), puis entre 4 et 6 mois, correspondant pour une partie des femmes à la période de reprise d'une activité professionnelle. **La reprise du travail constitue d'ailleurs le principal motif d'arrêt de l'allaitement en France [1].**

II. Contexte

1. Enquête Epifane 2021 [2]

Si à 2 mois une mère sur 5 évoquait déjà la reprise du travail, à 6 mois, près de 60 % des mères évoquaient la reprise d'une activité professionnelle comme raison d'introduire des PPN en parallèle de l'AM.

• Causes d'arrêt de l'allaitement maternel

Tableau 12. Causes d'arrêt de l'allaitement maternel depuis le précédent recueil, déclarées à 2, 6 et 12 mois, Epifane-2021

Quelles raisons ont eu un rôle dans votre décision d'arrêter d'allaiter ? (%)	2 mois n=677	6 mois n=505	12 mois n=441
Biberon plus pratique / participation du père	75,7	30,6	16,2
Insuffisance ressentie de lait ^a	75,6	43,2	35,2
Problèmes liés à la mise au sein ^b	57,4	24,6	17,1
Problèmes d'organisation / de temps ^c	54,0	25,8	22,9
La mère pensait que c'était le bon moment	45,9	32,1	46,4
Fatigue de la mère	42,2	21,5	26,2
Douleurs hors pathologie du sein	38,8	4,7	3,5
Problèmes liés au manque d'envie ^d	36,6	8,3	5,4
Pathologies du sein ^e	33,2	5,2	2,9
L'enfant ne prend pas assez de poids	27,8	8,9	7,1
Conseils d'un professionnel de santé	17,3	3,1	4,2
Reprise d'une activité professionnelle	8,2	40,4	39,9
Conseils de l'entourage	7,2	1,0	1,7
Prise de médicaments / mère malade	7,0	5,6	4,9
Autres raisons	17,2	11,0	13,0

Source : Epifane 2021, tableau « Causes d'arrêt de l'allaitement maternel »

2. Institut de Veille Sanitaire 2015 [3]

Malgré l'absence de rupture dans les courbes d'AM avec la fin légale des congés maternité, la reprise du travail peut constituer un frein à la poursuite de l'AM, et aussi à son initiation.

Moins d'une femme sur 5 allaite au moment de reprendre le travail.

Taux d'AM et caractéristiques des mères et de l'accouchement (1)

		Maternité		3 mois		6 mois		12 mois	
		AM %	p	AM %	p	AM %	p	AM %	p
Age de la mère	18-24 ans	67,3	0,008	24,7	<10 ⁻³	13,3	<10 ⁻³	4,0	<10 ⁻³
	25-29	73,8		37,1		20,9		7,7	
	30-34	75,8		44,3		25,4		9,2	
	>= 35	75,9		47,1		29,0		11,2	
Statut matrimonial	Mariée	79,1	<10 ⁻³	47,9	<10 ⁻³	29,6	<10 ⁻³	11,6	<10 ⁻³
	Non mariée	68,9		31,4		16,4		5,2	
Lieu de naissance (mère)	France	70,1	<10 ⁻³	33,3	<10 ⁻³	17,2	<10 ⁻³	5,5	<10 ⁻³
	Etranger	90,1		65,2		47,4		20,7	
Tabac pdt la grossesse	Non fumeuse	76,9	<10 ⁻³	43,1	<10 ⁻³	25,1	<10 ⁻³	9,1	<10 ⁻³
	Fumeuse	58,5		19,2		9,8		3,0	
Parité	Primipare	76,5	0,001	37,7	<10 ⁻³	19,3	<10 ⁻³	6,0	<10 ⁻³
	2	72,3		41,5		24,4		9,9	
	3 & +	74,9		46,0		32,3		13,6	
	Manquant	64,4		14,3		3,5		2,0	
PCS	Indépendante	69,6	<10 ⁻³	45,1	<10 ⁻³	28,2	<10 ⁻³	14,6	0,03
	Cadre	83,2		56,3		31,6		10,6	
	Intermédiaire	76,2		43,3		25,1		5,6	
	Employée	72,2		35,4		19,2		6,8	
	Ouvrière	65,4		28,8		17,6		7,7	
	Sans profession	76,8		46,8		32,2		15,3	
	Manquant	71,3		32,6		19,5		6,9	
Reprise du travail	Avant 4 mois	69,0	<10 ⁻³	27,5	<10 ⁻³	12,9	<10 ⁻³	3,1	<10 ⁻³
	Entre 4 et 6 mois	76,0		44,0		17,6		6,0	
	Entre 6 et 12 mois	74,9		42,1		24,7		6,3	
	Non repris à 12 mois	77,2		48,1		33,4		16,0	

Institut de veille sanitaire. Enquête nationale périnatale 2016 (données 2015)

3. Une étude régionale sur les motifs de sevrage

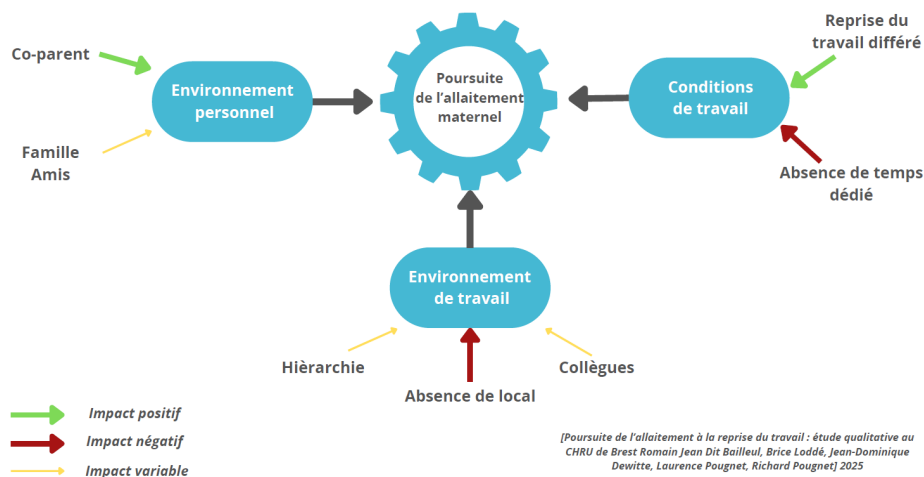
Le RAT représente 25,6 % des sevrages à 3 mois et 30 % à 6 mois, ce qui en fait un déterminant négatif majeur de la poursuite de l'allaitement [4]

4. Facteurs ayant un impact

La poursuite de l'allaitement est influencée par les conditions de travail, notamment la **durée du temps de travail**, qui est inversement associée à la probabilité de maintenir l'allaitement [5]

Autres facteurs [49] :

Source : Bailleul et al., CHRU de Brest, 2025 [49]



La poursuite de l'allaitement à la reprise du travail ne repose pas uniquement sur la motivation individuelle, mais dépend avant tout d'un **équilibre entre organisation professionnelle, soutien social et aménagements concrets**, faisant de l'environnement de travail un déterminant central de sa réussite ou de son arrêt.

5. Caractéristiques associées à la poursuite de l'allaitement maternel après la reprise du travail : le rôle du type d'allaitement [6]

D'après les données de l'étude Epifane (Castetbon, 2020), parmi les femmes en allaitement mixte dès la naissance, près de 9 femmes sur 10 (88,8 %) arrêtent l'allaitement à la reprise du travail, contre environ 6 femmes sur 10 (61,7 %) parmi celles en allaitement exclusif à la naissance.

L'allaitement exclusif dès la naissance est donc associé à une probabilité environ **3 fois plus élevée de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail**, comparé à un allaitement mixte.

III. Recommandations

1. L'OMS

L'Organisation Mondiale de la Santé recommande **l'AM exclusif pendant les six premiers mois de l'enfant puis en complément de la diversification jusqu'à au moins 2 ans**. [7]

2. PNNS

Le Programme National Nutrition Santé (2026-2030) se fixe pour objectif :

- D'atteindre au moins 75% d'enfants bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif à la naissance.
- **Favoriser la poursuite de l'allaitement maternel lors de la reprise au travail** : amélioration des conditions de reprise du travail pour la mère allaitante et dans les modes d'accueil du bébé allaité, avec réflexion sur l'évolution de la réglementation du Code du travail et l'élaboration de protocoles pour l'utilisation du lait maternel [8]

3. HCSP

Le rapport du HCSP (juin 2024) [1] sur l'allaitement maternel recommande de **garantir de bonnes conditions de reprise du travail** pour les femmes allaitantes et notamment :

- **De faire évoluer la réglementation relative à l'allaitement sur le lieu de travail.**
- **D'améliorer l'accueil du bébé allaité chez les assistantes maternelles ou en crèche** en levant les obstacles qui empêchent l'utilisation du lait maternel. Cette recommandation a depuis été formalisée dans le **Référentiel national de la qualité d'accueil du jeune enfant (avril 2025)** [52], qui consacre une fiche dédiée à l'allaitement à destination de l'ensemble des modes d'accueil du jeune enfant (EAJE, assistants maternels).

IV. Dispositions légales

Articles L 1225-30 et suivants du Code du travail

1. Durée

« 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. »

- L'heure dont dispose la salariée pour allaiter son enfant est répartie en 2 périodes de 30 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
- Ces deux périodes d'allaitement sont réduites à 20 minutes chacune si l'employeur met à disposition des salariées un local dédié à l'allaitement (à l'intérieur ou à proximité des locaux affectés au travail).

2. Lieu d'allaitement

- **Dans les entreprises de moins de 100 femmes salariées :**
 - L'employeur n'a pas obligation de mettre à disposition un local pour l'allaitement
- **Dans les entreprises de plus de 100 femmes salariées :**
 - Tout employeur employant plus de 100 femmes salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement. (Art. L1225-32)

3. Repos

Indépendamment des dispositions relatives à l'allaitement, les femmes enceintes ou allaitant doivent pouvoir se reposer en position allongée, dans des conditions appropriées (Art. R 4152-2 du code du travail)

4. Rémunération

Selon la loi, les heures accordées aux mères pour allaiter leurs enfants ne sont pas considérées comme du travail effectif. Toutefois, une convention ou un accord collectif peut prévoir que ces heures soient rémunérées par l'employeur.

5. Congé d'allaitement

Il n'existe pas dans la loi de congé spécifique pour qu'une salariée puisse allaiter son enfant après son congé maternité. Certaines conventions collectives peuvent le prévoir.

6. Interdictions postes exposés à des risques spécifiques

- Poste de travail comportant un risque d'exposition interne à des rayonnements ionisants (Art. D4152-7)
- Travaux exposant au mercure (Art. D4152-9)
- Postes de travail les exposant à un certain nombre d'agents chimiques limitativement énumérés par l'article D4152-10 du Code du travail.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072050/LEGISCTA000006195906/



V. Congé parental

1. Congé parental

- **Congé maternité :**

En France la durée du congé maternité pour le 1er ou 2ème enfant est de **16 semaines** (6 semaines avant/**10 semaines après la naissance**) depuis 2002 (durée parmi les plus courtes d'Europe) [9]

- **Congé paternité :**

Depuis le 1 juillet 2021, la durée du congé pour le père (ou le second parent) d'un enfant à naître (ou adopté) double, passant de 14 à **28 jours, dont sept obligatoires** (7 jours supplémentaires en cas de grossesse multiple). [10]

2. Congé supplémentaire de naissance [11]

a) Qui pourra bénéficier du congé supplémentaire de naissance ?

Le congé supplémentaire de naissance est entré en vigueur le 1er juillet 2026 [11]. Il concerne tout parent d'un enfant né à compter du 1er janvier 2026, ou né prématurément alors que la naissance était prévue à compter de cette date, sous réserve de respecter les conditions d'ouverture de droit. C'est aussi le cas des parents adoptants d'enfants arrivés au foyer entre le 1er janvier et le 30 juin 2026.

Ce congé est accessible à l'ensemble des assurés actifs : salariés, indépendants, non-salariés agricoles, fonctionnaires, militaires, agents contractuels de droit public, assurés des régimes spéciaux. **Ils doivent toutefois avoir pris auparavant leurs congés de maternité, de paternité et d'accueil de l'enfant ou d'adoption.**

b) Quelle durée / indemnisation ?

- **Durée du congé**

- Chaque parent peut bénéficier de **1 à 2 mois de congé supplémentaire** après la naissance ou l'adoption de l'enfant. Ce congé est **fractionnable en deux périodes** d'un mois.
 - Si les deux parents utilisent la durée maximale, cela peut représenter jusqu'à 4 mois de congé au total pour la famille. Il s'agit d'un **droit individuel, non transférable** d'un parent à l'autre.
- **70%** du salaire net durant le 1er mois
 - **60%** du salaire net durant le 2ème mois

c) Dans quel délai ce congé pourra-t-il être pris ?

Le délai pour prendre ce congé supplémentaire de naissance est de **neuf mois** à compter de la naissance de l'enfant ou, pour les parents adoptants, suivant l'arrivée de l'enfant au foyer. Pour les enfants nés ou adoptés entre le 1er janvier et le 30 juin 2026, ce délai de neuf mois est décompté à partir du 1er juillet 2026, et non depuis la naissance.

d) À quel moment faudra-t-il prévenir l'employeur ?

Les parents qui souhaiteront bénéficier de ce congé devront informer leur employeur dans un délai d'un mois en précisant la date souhaitée du début du congé, sa durée, sa mise en œuvre (fractionnée ou non).

VI. INFORMATION ANTE-NATALE

Il est pertinent de prévoir, au cours du suivi de grossesse, un temps d'entretien prénatal dédié pour aborder avec le couple le projet d'alimentation du futur enfant. Cet entretien s'appuie sur :

1. Cadre et objectifs de l'entretien

- Les recommandations de l'OMS [7] et le document HAS 2006 [12]
- Une information sur les bénéfices de l'allaitement pour la mère et l'enfant
- Une adaptation aux données culturelles du couple

2. Démarche de l'entretien

- Questions ouvertes pour explorer les représentations et connaissances sur l'allaitement
- Recueil des expériences antérieures (succès, difficultés, soutiens mobilisés)
- Recueil des antécédents médicaux et chirurgicaux (chirurgie mammaire, SOPK, troubles hormonaux...)
- Recherche des addictions, traitements en cours et contre-indications à l'allaitement maternel
- Examen clinique des seins

3. Il aborde également les bases pratiques

- **Reprise du travail** : aborder la possibilité de poursuivre l'allaitement maternel, les modalités pratiques et la question de la **garde du bébé**.
- Expression du colostrum et compression mammaire (sur sein de démonstration) lien fiche RPO compression : [Fiche Compression du sein RPO \(2\)](#)
-

4. Supports remis au couple

- Livret INPES (à jour)
- Coordonnées des réseaux locaux d'aide et de soutien à l'allaitement.

5. Quand et comment ?

- Au fil des consultations de grossesse, progressivement
- Ou lors d'un temps dédié, en individuel ou en groupe
- Rencontre avec des mères allaitantes : un vrai plus
- Diffusion de vidéos sur les premières tétées et le comportement du nouveau-né.

6. Projet d'alimentation

Co-élaboré avec le couple, il peut être intégré au projet de naissance.

Une étude française illustre **l'impact positif de l'information anténatale** : une séance de groupe au 7^e mois de grossesse élaborée à partir de principes cognitivo-comportementaux, augmente le taux d'allaitement à 3 mois et est très bien perçue par les mères participantes. [13]

VII. PLACE DU CO-PARENT

Les co-parents semblent être la principale source de soutien lors du retour au domicile. Leur soutien semble associé au maintien de l'allaitement au travail. Ils apportent un soutien moral, participent aux activités d'allaitement et gèrent les tâches domestiques (*contraintes ménagères et administratives, soins aux aînés, etc.*) [14]

Le rôle du co-parent est donc reconnu comme important et favorable, mais les **données directes sur l'impact du congé paternité ou de modalités précises de soutien familial restent limitées** dans la littérature.

On retrouve toutefois des études dans lesquelles le soutien du conjoint apparaît comme un **déterminant majeur de l'efficacité maternelle en allaitement**, agissant à travers des dimensions émotionnelles, sociales et pratiques. Son impact est renforcé ou modulé par des facteurs socio-démographiques, soulignant que la réussite de l'allaitement relève d'une **dynamique relationnelle et contextuelle**, et non uniquement individuelle. [15]

CHIFFRES CLES

81 % : part des naissances entre 2021 et 2023 ayant donné lieu à une prise de congé au-delà de la semaine obligatoire

59 % : proportion de pères prenant la totalité du congé (25 jours) en 2022 [16]

VIII. CHOIX DE SANTE

1. Bénéfices pour la mère [1]

L'allaitement contribue à la prévention de plusieurs pathologies à long terme : diabète de type 2, hypertension, maladies cardiovasculaires, cancer du sein et cancer de l'ovaire...

Il facilite également le retour de l'utérus à sa taille initiale (effet de l'ocytocine) et peut contribuer à l'espacement des naissances [18] (méthode MAMA, sous conditions strictes).

Au-delà des bénéfices physiologiques, la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail est associée à des bénéfices psychologiques et relationnels rapportés par les mères elles-mêmes :

- Maintien d'un lien physique et émotionnel unique avec l'enfant
- Image positive de soi, satisfaction et plaisir
- Fierté de concilier allaitement et vie professionnelle
- Reprise d'activité professionnelle dans un état d'esprit plus serein

2. Pour l'enfant

- Le lait maternel apporte une **protection immunitaire** (anticorps, facteurs anti-infectieux) associée à une réduction des infections respiratoires et gastro-intestinales, des otites, et du risque de **mort inattendue**

du **nourrisson** [50 ;51]. Il favorise le **développement cognitif** et participe à la **prévention de l'obésité infantile**. [50]

- Une réduction du **risque de malocclusions** est également observée chez les enfants allaités [53]. Concernant les **caries dentaires**, la relation est plus nuancée : l'allaitement jusqu'à 12 mois est associé à une réduction du risque, mais un allaitement prolongé au-delà de 12 mois est associé à une augmentation du risque, probablement liée à la fréquence des tétées nocturnes [54].
- **Le cycle entéro-mammaire [17] et le flux rétrograde** décrivent le dialogue biologique entre la mère et le bébé. Ils renforcent cet effet protecteur dans le contexte spécifique du mode de garde : lorsque la mère est exposée aux germes de l'environnement de son enfant (crèche, assistante maternelle), son organisme produit des anticorps spécifiques (IgA sécrétoires) contre ces mêmes agents pathogènes, qui se retrouvent ensuite dans son lait. Allaiter sur place, ou peu après la sortie du lieu de garde, permet ainsi de transmettre à l'enfant une **protection immunitaire ciblée sur les germes de son environnement quotidien**.

3. Intérêt pour les familles

- Moins de stress au sein du foyer
- Moins d'épisodes de maladies de l'enfant [20] et moins de problèmes d'accueil liés à des exclusions pour maladie [55]

4. Intérêt pour l'employeur

Cette thématique reste peu documentée dans la littérature scientifique. C'est un point relevé explicitement par les formations professionnelles sur le sujet, à mentionner en toute transparence plutôt que de présenter les données disponibles comme définitives.

Les bénéfices rapportés incluent :

- Retour plus serein à l'activité professionnelle après le congé maternité
- Diminution de l'absentéisme pour cause de maladie de l'enfant, un argument à double source : une étude américaine [20] rappelle que les bébés allaités sont statistiquement moins souvent malades, ce qui réduit les demandes d'absence parentale ; des données nord-américaines (programme LADWP à Los Angeles) rapportent une baisse de 27 % de l'absentéisme maternel et de 35 % des dépenses de santé liées aux enfants [25]
- Amélioration de l'image de marque de l'entreprise
- Fidélisation du personnel, réduction des coûts de recrutement et de formation de nouvelles personnes

Ces données nord-américaines proviennent d'un contexte légal et économique différent de la France et illustrent un potentiel plutôt qu'elles ne sont directement transposables. [19,20,21,22,23]

IX. REPRISE DU TRAVAIL : QUELLES ADAPTATIONS ?

1. Pour le bébé

a) Avant 4-6 mois

A cet âge, le lait maternel constitue l'aliment principal voire exclusif. L'objectif est donc de préparer progressivement la séparation sans compromettre l'allaitement.

→ Familiariser le bébé à un autre mode d'alimentation :

Introduire si nécessaire un mode d'alimentation alternatif (biberon, tasse, soft cup, pipette, seringue, cuillère) quelques semaines avant la reprise. Le proposer plusieurs fois par jour (jusqu'à 5-6 fois), juste quelques ml de lait, entre deux tétées, quand l'enfant est calme et pas affamé.

En cas de refus, plusieurs stratégies peuvent aider :

- Proposer le biberon progressivement, sans forcer, donné par une autre personne en l'absence de la mère, ou au contraire en sa présence (théorie de la base sécurisante) : il n'y a pas de consensus, à ajuster selon la réaction de l'enfant
- Stimuler les lèvres sans chercher à pénétrer la bouche en force, adapter le filet de lait aux compétences du nourrisson.
- Tester différentes tétines, températures ou positions.
- Proposer un autre contenant (tasse, cuillère, verre...)
- Entourer le bébé d'un vêtement ou d'un doudou imprégné de l'odeur de la mère
- Laisser le bébé jouer avec un biberon vide pour s'accoutumer à l'objet, sans forcer l'introduction de la tétine dans sa bouche [48]

Au bout de quelques jours, bébé commence à absorber des quantités qui augmentent progressivement. Informer les parents que les quantités consommées en leur absence peuvent être variables, avec parfois des refus voire des « grèves » transitoires.

- **Message clé à transmettre aux parents : nouvel apprentissage donc, confiance, pas de forçage, la situation est transitoire.**

→ Maintenir l'allaitement :

- Encourager les tétées fréquentes lorsque la mère et le bébé sont ensemble
- Si possible pour maman, venir allaiter sur le lieu de garde sur ses temps de pause.
- Favoriser la tétée des retrouvailles après les périodes de séparation (si possible donner le sein à bébé à la crèche ou chez la nounou lorsqu'il est récupéré)
- Rassurer les mères et le professionnel qui garde le bébé : s'il ne mange pas beaucoup sur le temps de garde **il n'est pas en danger** : il compensera sur le temps en présence avec sa mère (donc encourager les tétées fréquentes...)

b) Après 4-6 mois

À partir de cet âge, la diversification alimentaire peut être débutée selon les recommandations en vigueur [24], tout en maintenant le lait maternel comme aliment principal pendant la première année.

→ Accompagner l'autonomie alimentaire :

- Poursuivre la diversification adaptée à l'âge du bébé
- Familiariser l'enfant avec les contenants utilisés au lieu d'accueil (gobelet, tasse, verre d'apprentissage...)
- Maintenir l'apport de lait maternel pendant les temps de garde selon les besoins de l'enfant mais sans obligation de lui faire prendre des biberons. Il peut prendre des apports lactés solides (laitage, flan...) sur le temps de garde et téter lors des temps de présence de sa mère.

→ Soutenir la poursuite de l'allaitement :

- Encourager les tétées matin et soir lorsque maman dépose bébé sur son lieu d'accueil et le récupère le soir.
- Informer la maman que bébé va très certainement compenser sur la nuit et les jours de repos en réclamant le soir plus souvent.

2. Pour la mère

L'anticipation permet de limiter les difficultés et de faciliter la poursuite de l'allaitement selon les souhaits de la mère.

• S'informer sur ses droits

- Prendre connaissances des dispositions légales conventionnelles
- Identifier les possibilités d'aménagement des horaires, des pauses ou de télétravail si possible
- Repérer les espaces disponibles pour tirer son lait dans de bonnes conditions
- Privilégier si possible une reprise en milieu de semaine (ex. mercredi) plutôt qu'un lundi, pour tester le rythme sur 2-3 jours avant le week-end.

• Constituer une réserve de lait

- Commencer à recueillir quelques jours / semaines avant la reprise sans objectif de stock important.
- Rassurer les mères sur le fait qu'une réserve modeste est généralement suffisante.

• Organiser les journées de travail :

Evaluer le moment de recueillir le lait nécessaire en fonction de l'âge de bébé et de la durée de séparation.

En pratique :

- Tirage un minimum d'une fois pour un temps d'absence supérieur à 6h.
- Schéma classique : Tétée le matin à domicile + tirage ou tétée à l'arrivée au lieu d'accueil / + tétée ou tirage à l'heure du déjeuner / + tétée de retrouvaille ou tirage avant de quitter le lieu de travail

Informez les familles que bébé va très certainement compenser en tétant davantage le soir, la nuit et les jours de repos.

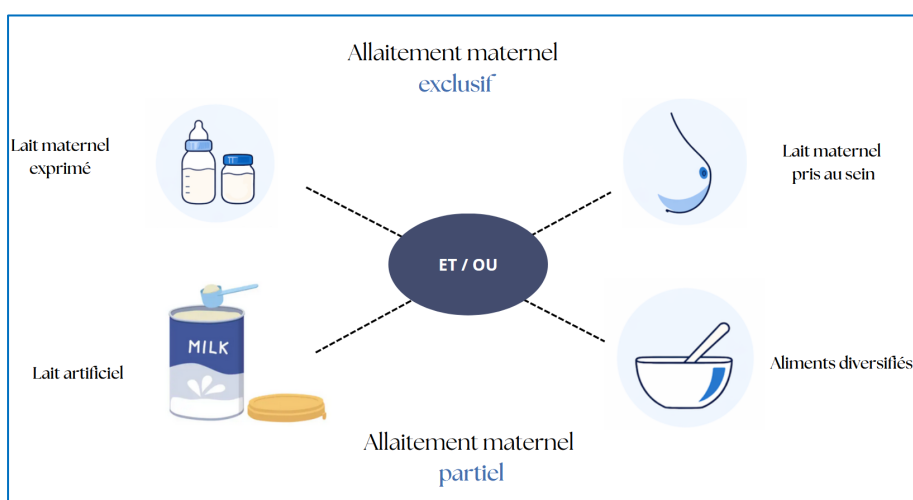
- **Rassurer d'une possible baisse de lactation :**

Liée au stress de la reprise, la fatigue, la charge de travail. Cette baisse n'est pas synonyme de fin de lactation. Il faudra juste réajuster en proposant le sein plus souvent à bébé ou en introduisant quelques séances de tirage supplémentaires.

- **Comment continuer à allaiter ?**

- Si la mère travaille à domicile ou à proximité du lieu où est gardé bébé : elle peut s'organiser, en accord avec son employeur, pour s'absenter le temps de le nourrir au sein
→ **Stratégie la plus efficace, associée à une durée d'allaitement plus longue [26].**
- Sinon, la mère peut tirer son lait et le conserver. Il sera donné en l'absence de la mère à la tasse ou au biberon. Il peut être nécessaire de tirer le lait sur le lieu de travail pour entretenir la lactation.
- La mère peut faire le choix d'un allaitement partiel : l'enfant aura du lait artificiel en l'absence de la mère, à la tasse ou au biberon selon son âge, ou des aliments diversifiés. La mère lui donnera le sein le reste du temps (le matin, le soir, le week-end, la nuit...). Cela nécessite que l'allaitement soit bien installé.

→ **Ces deux stratégies (tirage et allaitement partiel) sont associées à une durée d'allaitement plus courte que l'allaitement sur place [26].**



Rappel des définitions [27] :

- **Allaitement exclusif** : aucun autre liquide ou solide n'entre dans la bouche de l'enfant.
- **Allaitement presque exclusif** : occasionnellement d'autres liquides ou aliments traditionnels, vitamines, médicaments.
- **Allaitement complet** : allaitement exclusif + presque exclusif.
- **Nourri complètement au lait maternel** : reçoit du lait maternel exprimé (tiré) en plus de l'allaitement au sein.
- **Allaitement partiel (ou mixte)**, selon la part du lait maternel dans les apports caloriques :
 - Majoritaire (high) : > 80 %
 - Moyen (medium) : 20 à 80 %
 - Faible (low) : < 20 %
- **Allaitement symbolique (token)** : tétées occasionnelles pour le réconfort, < 10 % des apports caloriques.

À noter : dans ce cadre, l'allaitement complet reste compatible avec une reprise du travail bien organisée, grâce au tirage et/ou aux tétées sur le lieu d'accueil.

3. Pour la lactation

a) Eviter l'engorgement

Le risque d'engorgement est plus élevé les premiers jours de reprise, le temps que les seins s'adaptent au nouveau rythme.

- Respecter un intervalle régulier entre les tétées/tirages, sans dépasser 4 à 6h dans la journée
- En cas de tension importante, tirer ou exprimer un peu de lait pour soulager, même hors horaire prévu
- **En cas de zone dure, rouge ou douloureuse : consulter rapidement si persistance** (risque de mastite)

b) Que faire en cas de baisse de production lactée ?

La perception d'un manque de lait est commune, mais souvent non corrélée à une insuffisance réelle. [29,30]

Face à une maman inquiète vis-à-vis d'une éventuelle baisse de lactation, lors de la reprise du travail ou en dehors de ce cadre, voici quelques éléments à transmettre :

➔ La baisse de lactation est-elle objective ?

- **Evaluer la production lactée de manière objective :**
 - Observation du bébé [31] :
 - Croissance satisfaisante du bébé : analyser les courbes (utiliser plutôt les courbes de l'OMS pour les bébés allaités)
 - Diurèse : minimum 5 couches claires lourdes/24h chez le bébé de plus de 7j
 - Comportement de l'enfant : bonne prise au sein, pas de somnolence inhabituelle, bonne tonicité, pas de pleurs persistants
 - Fréquence et consistance des selles adaptées à l'âge (au moins 3-4 selles/jour les premières semaines, pouvant s'espacer ensuite)

Si ces critères sont remplis, la lactation est suffisante.

- Expliquer les indicateurs précoces d'une baisse de lactation

- Diminution progressive des volumes tirés sur plusieurs jours
- Tirage plus court avec arrêt rapide du débit

- **Points de réassurance**

- Les volumes tirés ne reflètent pas toujours la quantité réellement transférée au sein [28,29]
- Des seins plus souples sont physiologiques après les premières semaines [28,29]
- Certains bébés compensent en tétant davantage le soir et la nuit (« reverse cycling ») [28,32]
- Les bébés allaités peuvent consommer moins de lait au biberon que les volumes habituellement proposés aux nourrissons nourris avec des préparations infantiles. [33]

➔ **Mesures prioritaires en cas de baisse objectivée**

- **Augmenter les stimulations mammaires [28]**

Mesure la plus efficace :

- Viser environ 8 stimulations/24 h (tétées + tirages)
- Éviter les intervalles > 4 h sans stimulation
- Maintenir si possible une stimulation nocturne entre 2 h et 5 h
- Favoriser les mises au sein le soir et les week-ends

- **Optimiser les tirages**

- Privilégier un tire-lait électrique double recueil [34,35]
- Vérifier la taille des téterelles
- Poursuivre le tirage jusqu'au ralentissement net du flux
- Possibilité d'utiliser le « power pumping » quelques jours si besoin [36]

- **Favoriser le réflexe d'éjection**

- Peau à peau
- Massage et chaleur avant le tirage
- Environnement calme
- Regarder une photo ou sentir le vêtement du bébé

➔ **Causes fréquentes de baisse de lactation à la reprise du travail**

- Tirages trop espacés ou trop courts
- Absence de stimulation nocturne
- Matériel inadapté ou usé
- Douleur lors du tirage
- Stress et fatigue
- Certains médicaments [37-38] :
 - Cabergoline/bromocriptine
 - Pseudoéphédrine
 - Contraception hormonale chez certaines femmes

[baisse lactation-caroline \(1\).docx](#)



X. MANIPULATION DU LAIT MATERNEL

1. Recueillir

a) Hygiène

Pour garantir la sécurité du lait maternel stocké, il est important de respecter des règles simples et essentielles en matière d'hygiène.

Si les règles d'hygiène sont correctes et que le nettoyage se fait immédiatement après utilisation, la stérilisation n'est pas nécessaire pour un bébé en bonne santé à terme.

- **Corporelle**
 - Douche quotidienne, change des sous-vêtements quotidiens.
 - Mains : Lavage soigné des mains à l'eau et au savon avant chaque manipulation du tire lait, des biberons ou ustensiles utilisés pour conserver ou manipuler du lait
- **Matériel**
 - Après chaque utilisation, rincer le matériel à l'eau froide puis nettoyer chaque élément à l'eau chaude et au produit vaisselle (utilisation d'un goupillon) puis laisser sécher à l'air libre sur un papier absorbant (Ne pas essuyer)
 - Lavage au lave-vaisselle possible avec un programme à 65] (sauf tétine en caoutchouc)
 - Tuyaux : jamais en contact avec le lait normalement -> à changer en cas d'humidité ou de traces de lait à l'intérieur

Table ou plan de travail propre

Avant l'utilisation du tire-lait	Nettoyage du tire-lait	Nettoyage des accessoires : Téterelles, valves, joints	Tuyaux d'aspiration
Hygiène corporelle : Douche quotidienne (avec lavage des seins et des mamelons). Change quotidien de sous-vêtements. Lavage des mains : A l'eau et savon. Séchage avec papier absorbant. ⊗ L'utilisation du torchon est fortement déconseillée !	Nettoyage quotidien avec un produit détergent désinfectant. En service de soin, le TL n'est pas nominatif, avant et après usage, il convient de le nettoyer avec le produit détergent désinfectant prévu à cet effet	Nettoyer avant la première utilisation et immédiatement après chaque utilisation. Il est important de démonter et nettoyer séparément chaque pièce. En procédant comme ci-dessous : 1. Rinçage à l'eau afin d'éliminer les résidus. 2. Nettoyer soigneusement à l'eau chaude et produit vaisselle à l'aide d'un goupillon (réservé à cet usage). 3. Rinçage à l'eau. 4. Sécher à l'air ou l'aide de papier absorbant. L'usage de torchon est fortement déconseillé ! 5. Ranger les accessoires dans une boîte ou sac hermétique propre. ⊗ Possibilité de nettoyer les accessoires au lave-vaisselle, procéder tout d'abord à un rinçage et sélectionner un programme à 65°C. En service, téterelles, joints, valves et tuyaux d'aspiration sont : ni à usage unique, ni nominatifs. Utiliser les kits propres prêts à l'usage dans sachets plastiques.	S'assurer qu'il n'y ait pas de souillures, auquel cas : procéder à un nettoyage et mettre à sécher. Si condensation : avant utilisation, connecter le tuyau d'aspiration au tire-lait et faire fonctionner celui-ci 2 à 3 minutes jusqu'au séchage complet.
⊗ Afin de limiter tous risques de contamination : Veillez à ne pas toucher le pas de vis du flacon de recueil et du couvercle obturateur que vous aurez préalablement posé à l'envers sur une surface propre.			

Source : référentiel Allaitement Maternel RPO V2

2. Choix du contenant

Privilégier des récipients en verre ou en plastique sans bisphénol A. Les sachets de congélation conçus spécifiquement pour le lait maternel sont également adaptés, mais les sachets stériles du commerce ne sont pas toujours acceptés en crèche car ils nécessitent davantage de manipulations, source potentielle de contamination.

Il est nécessaire de rester prudent avec les contenants en plastique de manière générale : un risque lié aux nanoparticules de plastique est évoqué dans la littérature, bien qu'il ne soit pas encore clairement établi [41,42]

3. Recueil

Dans un environnement calme et confortable avec respect de l'intimité

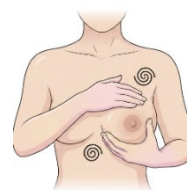
a) Expression manuelle

L'expression permet de :

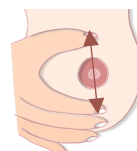
- Stimuler la lactation
- Recueillir du lait
- Soulager les seins en cas d'engorgement

À enseigner dès que possible :

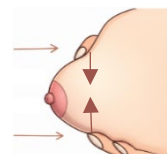
- Lavage des mains
- Utiliser un récipient adapté (cuillère/seringue/flacon/tasse...)
- Effleurer / Masser doucement le sein et appliquer de la chaleur si besoin



- Former un C ou un U avec les doigts en vis à vis et les placer à **environ 2-3 cm de la base du mamelon**



- Presser en direction de la cage thoracique et compresser le sein entre le pouce et l'index



- Relâcher et répéter le processus en changeant le placement des doigts puis passer à l'autre sein en répétant les étapes ci-dessus.

➤ Éviter



Pincer

Glisser

Etirer

[A4-SMAM-2024-Expression-manuelle-du-lait.pdf](#)

b) Tirer le lait

Référentiel Allaitement V2

• Le tire-lait :

Avant d'orienter une mère vers un modèle, trois questions simples permettent de clarifier son besoin :

- Pourquoi tirer son lait ? Démarrer la lactation / soutenir une production insuffisante / lactation déjà installée
- Quand ? Fréquent et régulier, ou occasionnel
- Où ? Transport nécessaire, ou toujours au même endroit

L'usage prévu reste le critère déterminant : **tirage fréquent et long (reprise du travail, bébé prématuré/malade) → tire-lait électrique à double recueil**. À l'inverse, une mère qui exprime facilement et rapidement beaucoup de lait, ou qui tire occasionnellement, peut se satisfaire d'un **modèle manuel**. Dans tous les cas : **aucun tire-lait n'égale l'efficacité d'un bébé en bonne santé**.

Il doit être suffisamment performant, donc de préférence :

- **Électrique** : plus efficace que manuel
- **De qualité hospitalière** : souvent plus efficace et plus rapide pour une utilisation quotidienne lors de la reprise du travail.
- **Double recueil** : la production est plus importante lorsque les 2 seins sont stimulés en même temps. Une séance en double recueil 15 min est plus efficace qu'une séance en simple recueil 30 min d'après les études. [34,35]
- **Tire-lait manuel / nomades** : usage occasionnel ou ponctuel (pratiques mais moins performants et peuvent entraîner une baisse de production lors des tirages).

Les appareils électriques doivent proposer une phase de stimulation à cycles rapides (100 à 120/minute), puis une phase d'expression à cycles lents (30 à 60/minute), pour reproduire la dynamique de succion du bébé.

À rappeler systématiquement : **il ne faut jamais utiliser un tire-lait pour « tester » si une mère a du lait**. Ce test crée du stress, inhibe le réflexe d'éjection, et peut faire croire à tort à une insuffisance de lait. Signes plus fiables : urines, selles, prise de poids, déglutitions audibles.

→ Modalités de prescription

Cadre réglementaire précis (arrêté du 11 mars 2019, LPP art. L.165-1 CSS) :

➤ Prescripteur : médecin ou sage-femme

Depuis le 9 février 2022, l'article L4311-1 du Code de la santé publique [56] prévoit que l'infirmier(ère) titulaire du diplôme d'État de puéricultrice peut également prescrire des dispositifs médicaux de soutien à l'allaitement. Cependant, à ce jour (08/2026), l'arrêté fixant la liste des dispositifs médicaux concernés — condition nécessaire à l'application de cette disposition — n'a toujours pas été publié. En pratique, une prescription de tire-lait par une puéricultrice n'est donc pas remboursable par l'Assurance Maladie, faute de base réglementaire.

➤ Ordonnance séparée, indépendante de toute autre prescription

Elle doit préciser : désignation du dispositif, accessoires, durée de prescription.

➤ Prescription initiale : limitée à 10 semaines

➤ Renouvellements : possibles, 3 mois maximum chacun

• La taille des téterelles :

La mesure

Le mamelon doit être mesuré avec **précision**, idéalement au pied à coulisse précis (0.1mm) ou une règle rigide millimétrée, uniquement le diamètre du mamelon et chaque mamelon séparément.

✓ **L'apport de la méthode FTS** (Flange Tool Size) : l'étude d'Anders [40]

Considérer l'ajustement comme un processus dynamique plutôt qu'un calcul figé. Facteurs pris en compte : élasticité du tissu mamelonnaire, comportement de l'aréole sous vide, confort subjectif (moteur essentiel du réflexe d'éjection). Concrètement : essayer plusieurs tailles pendant que la pompe est en marche.

Première étude à comparer empiriquement des tétérrelles inférieures à 21 mm à la méthode standard, elle remet en question l'idée qu'une tétérrelle trop petite comprimerait les canaux et limiterait l'écoulement. Résultat clé : quand on laisse les patientes choisir elles-mêmes, elles s'orientent vers des tétérrelles plus petites que les formules standards — avec meilleur confort ET meilleur débit de lait. Conclusion : individualiser le choix, mesure de la pointe du mamelon + essai de plusieurs tailles en séance. Un suivi clinique reste nécessaire dans la durée.

✓ **Une méthode de mesure hybride : la mesure avant/après**

- Garde sa forme globale → retenir la mesure prise APRÈS tétée/tirage
- Se déforme nettement / limite aréole-mamelon floue / mamelon plat ou invaginé → retenir la mesure prise AVANT tétée/tirage (stimulation manuelle légère si besoin)
- Cette approche combinée s'adapte à la grande variabilité de réactivité tissulaire d'une femme à l'autre, plutôt que d'imposer un protocole unique.

Mesure non figée : peut évoluer au cours de l'allaitement → à reproduire à distance si le confort ou le débit change.

[Fiche Choix taille teterelle RPO \(1\)](#)

• **Réglage et durée de l'expression au tire-lait**

Principe central : il faut doser l'aspiration. Plus fort n'est pas synonyme de mieux, l'expression ne doit jamais être douloureuse.

Pas de durée universelle. Poursuivre jusqu'à 1 à 2 réflexes d'éjection, et idéalement encore 2 à 5 minutes après la baisse nette du flux. En double recueil : le plus souvent 15 à 20 minutes. Si production fragile/en baisse : prolonger (20-25 min) ou relancer une phase de stimulation.

Programme de tirage type :

- 2 à 5 min de stimulation, jusqu'à éjection du lait
- 15-20 min d'expression (10 min mini / 30 min maxi)
- Relance si besoin : 2 min de stimulation quand le débit diminue (ou après 10 min), puis 10 min d'expression. Le 2e réflexe d'éjection augmente le volume total et favorise la synthèse ultérieure [34,35]

• **État des valves et des membranes**

À vérifier régulièrement (entre tétérrelle et biberon) : ce sont les pièces qui s'usent le plus vite et peuvent réduire la puissance d'aspiration et les volumes exprimés.

- ➔ Usage quotidien : remplacement tous les 1 à 3 mois
- ➔ Usage occasionnel : remplacement tous les 3 à 6 mois

Le tirage au tire-lait et la tétée au sein sont deux mécanismes différents : les performances de l'un ne présagent pas de la qualité de l'autre. L'accompagnement individualisé — choix du

matériel, ajustement de la tétérrelle, réglage de la séance — reste la clé d'un tirage réussi, plus que la performance de l'appareil lui-même.

4. Aspect, odeur du lait maternel

L'**aspect** du lait maternel peut varier sans que cela soit anormal :

- Couleur blanche, jaunâtre, bleutée
- Séparation naturelle entre une couche plus grasse et une couche plus aqueuse après repos
- Variation de la texture possible selon le moment de la journée ou l'âge du bébé

L'**odeur** peut également varier :

- Odeur douce ou légèrement sucrée
- Parfois odeur plus forte ou savonneuse après conservation ou décongélation liée à l'activité de la lipase, sans danger pour le bébé : si cela gêne bébé, chauffer le lait jusqu'à ce que de petites bulles se forment sur les bords de la casserole avant de le réfrigérer/congeler permet d'inactiver la lipase [48]
- Odeur aigre ou rance, pouvant être liée à la part d'acides gras polyinsaturés de l'alimentation maternelle ; dans ce cas inutile de chauffer le lait [48]

5. Etiquetage

- ➔ Utilisation à domicile/privé : noter la quantité, le jour, l'heure du recueil (heure du 1er recueil si quantité obtenue en plusieurs fois)
- ➔ Utilisation en collectivité/assistante maternelle : noter **en plus** le **Nom/Prénom de l'enfant/ date de naissance (si nombre enfants importants)**

6. Conservation

- **Règles :**

Si le volume souhaité de lait est recueilli en plusieurs étapes, ne versez pas le lait tiré tiède directement dans le biberon déjà réfrigéré mais refroidissez ce nouveau biberon au réfrigérateur puis versez son contenu dans le biberon de conservation.

Si la quantité a été obtenue avec plusieurs recueils, notez la date et l'heure du 1^{er} recueil de lait sur le biberon.

Utilisation du stock avec la règle : 1er lait entré = 1er lait sorti

- **Les temps de conservation ne se cumulent pas et rester au plus loin possible de la limite horaire autorisée.**

Ne pas entreposer le lait dans la porte du réfrigérateur. Vérifier la température du réfrigérateur (0-4°C). Nettoyer le réfrigérateur au moins 1 fois par mois.

Congélation : En vue d'une congélation, favoriser des recueils de petites quantités pour éviter le gaspillage (à adapter selon l'âge)

A la congélation ne pas empiler les sachets de congélation. La congélation se fera ainsi plus rapidement et les sachets ne se colleront pas évitant ainsi tout risque de déchirure lors de leur manipulation. Une fois congelés, les sachets pourront alors être empilés.

Si le lait est donné après sa décongélation, noter l'heure de sortie du congélateur.

- Durée de conservation :**

De nombreux travaux publiés ces dernières années montrent que le lait de mère est un produit vivant doté d'un pouvoir unique d'autoconservation grâce aux facteurs immunitaires qu'il contient, tant moléculaires que cellulaires et que les normes imposées sont trop restrictives. [39]

Réviser les conditions de conservation et de circulation du lait maternel pourrait faciliter et encourager les mères à ne pas sacrifier leur allaitement en reprenant leur travail. [39]

Tableau comparatif des recommandations de durée de conservation du lait selon différentes sources

	Conditions de conservation, température	ABM 2017	AFFSA 2005	CoFAM 2025
Lait frais fraîchement exprimé	A température ambiante 19° à 25°	4h* 6h à 8h**	4h	<27° : jusqu'à 8h Entre 27° et 32° : jusqu'à 4h
	Glacière avec accumulateur de froid	24h	Pour le transport	≥ 8h
	Au réfrigérateur < 4°	4 jours* 5 à 8 jours**	48h	Jusqu'à 8 jours dans un réfrigérateur à 4°
	Repas commencé Lait réchauffé	1 à 2 heures après le repas	Max 1h à température ambiante, ne pas remettre au frigo	« Un biberon de lait maternel entamé peut attendre au réfrigérateur le prochain repas, au plus dans la journée, sans risque de prolifération bactérienne. »
Lait congelé	Au congélateur -18° à 20 °	6 mois* 12 mois**	4 à 6 mois	jusqu'à 12 mois dans un congélateur à - 18°
	Décongelé au réfrigérateur	24h, ne pas recongeler 2h max à t° ambiante	24h ne pas recongeler	une fois décongelé et maintenu au réfrigérateur, à consommer dans les 24 h
	Décongelé, puis porté à t° ambiante	1h		

*Idéal

**Acceptable

- Cas de l'accueil en crèche ou chez l'assistante maternelle :**

Ce n'est pas une obligation légale : Accepter le lait maternel n'est pas obligatoire pour une crèche ou une assistante maternelle. C'est un choix de la structure. Si c'est accepté, les modalités doivent être précisées dans le contrat d'accueil (crèche) ou le contrat de travail (assistante maternelle).

Le Référentiel national de la qualité d'accueil du jeune enfant (avril 2025) [52] recommande toutefois aux modes d'accueil de soutenir les mères qui souhaitent poursuivre l'allaitement et de ne pas demander aux parents de sevrer leur bébé avant l'accueil : si ce n'est pas une obligation légale, c'est désormais un standard de qualité au niveau national.

Les mêmes règles de température s'appliquent (voir ci-dessus). Un réfrigérateur dédié au lait maternel n'est pas nécessaire : les flacons peuvent être conservés avec les biberons de préparation pour nourrissons, à condition d'être placés dans une boîte hermétique pour éviter toute contamination croisée.

En établissement d'accueil collectif, un relevé quotidien de la température du réfrigérateur, ainsi qu'une traçabilité du nettoyage hebdomadaire, doivent être tenus. [48;50]

7. Transport

Respect de la chaîne du froid impératif

Si nécessaire, transporter le biberon de lait maternel froid dans une glacière ou dans un sac isotherme avec un pack de réfrigération. Ne pas excéder 1 heure de transport. Le lait doit être replacé dans le réfrigérateur à 4° C à l'arrivée. [43]

ou

D'une durée limitée à un déplacement, il se fait au mieux en sac isotherme réfrigéré qui permet une conservation au moins équivalente à celle à la température ambiante. [39]

Remettre au réfrigérateur dès l'arrivée.

Il peut être stocké sur le lieu de travail dans le réfrigérateur où d'autres employés conservent leurs aliments ; le récipient doit toutefois porter le nom et la date. Les mères pourront préférer stocker leur lait dans une glacière personnelle plutôt que dans un réfrigérateur situé dans une zone commune. [41]

a. Réception du lait maternel à l'arrivée de l'enfant

À l'arrivée, le professionnel vérifie avec le parent : que le lait a bien été transporté dans une glacière propre munie d'un pack de réfrigération, que l'étiquetage est complet (voir Étiquetage ci-dessus), et que la température de la glacière est cohérente avec l'état du lait : entre 0°C et 4°C s'il est réfrigéré ou en cours de décongélation pour une consommation dans la journée, en dessous de 0°C s'il est congelé et destiné à être stocké. Si ces conditions ne sont pas respectées, les modalités de transport sont revues avec les parents. [48]

b. Décongélation et chauffage

Décongélation : Spontanée et lente, en mettant le contenant de lait au frigo la veille ou au moins 6h avant le don de lait. S'il est donné par une autre personne noter sur le biberon l'heure de sortie du congélateur.

Plus active en mettant le contenant de lait sous le robinet d'eau chaude ou dans un récipient d'eau chaude.

NB : Une décongélation lente au réfrigérateur induit moins de pertes lipidiques que la décongélation dans l'eau chaude. [41]

Chauffage : Avant de donner du lait réchauffé, remuer le biberon et vérifier la température sur la face interne de l'avant-bras.

Techniques :

- Au chauffe biberon
- Au bain marie dans une casserole
- Jamais au micro-onde : risque de brûlure et dénaturation le lait maternel

Températures :

Les bébés peuvent boire le lait froid à température ambiante ou chauffé, certains enfants auront une préférence.

Pour réchauffer le lait jusqu'à la température du corps, le mieux sera de le mettre pendant une vingtaine de minutes dans de l'eau tiède (au plus 40°C).

NB -Le fait de chauffer le lait dans de l'eau très chaude (80°C, température qui n'est pas rare dans la pratique courante) induit la formation dans le récipient de zones où le lait est très chaud si le récipient n'est pas secoué. Un chauffage à température trop élevée induit une dénaturation et une inactivation des protéines bioactives du lait et abaisse le taux de lipides. [41]

Vérifier que toutes les infos ont bien été comprises par la mère et co-parent.

8. Donner le lait à l'enfant

Certains enfants ne seront pas gênés par l'introduction de la tétine des biberons, d'autres peuvent devenir moins efficaces au sein. Le lait peut alors être donné au moyen d'une tasse, timbale ou gobelet, cuillère...

a) Le biberon

- **Le Paced Bottle Feeding** (alimentation au biberon à rythme contrôlé) vise à reproduire les conditions naturelles de la tétée au sein. **Respecter la séquence d'initiation, l'ouverture de bouche.** Le bébé est maintenu en position assise ou semi-assise, et non allongé, afin qu'il puisse réguler lui-même sa prise alimentaire.

Le repas est conduit lentement, entrecoupé de pauses régulières, pour une durée d'au moins 20 minutes, permettant au bébé de ressentir la satiété et d'interrompre la prise s'il le souhaite. **Incliner légèrement le biberon à l'horizontale** permet de ralentir encore le débit du lait. [48]

- **Le choix de la tétine fait l'objet de recommandations variables, avec un niveau de preuve limité.** Une étude d'imagerie ancienne [44] suggère qu'une tétine volumineuse à base étroite, dont l'extrémité atteint la jonction palais dur/palais mou (reproduisant la position du mamelon), favoriserait une prise en bouche plus complète et recommande à ce titre une tétine dite « standard » plutôt que « physiologique ».

Une revue de littérature plus récente [45] confirme que **les données sur l'impact de la forme des tétines restent fragmentées et peu concluantes**, avec une grande variabilité de débit même au sein d'une même gamme. La tolérance individuelle du bébé reste le meilleur critère de choix.

b) Alternatives

Les alternatives sont peu documentées scientifiquement chez le nourrisson. Elles sont proposées soit par crainte de la confusion sein/tétine (croyance/concept non scientifique), soit en cas de refus du biberon.

- La tasse / cup feeding
- Le verre (pour les plus grands)
- La soft cup *Medela* (biberon sans tétine, le bébé lappe)
- La cuillère
- Le DAL au doigt (Dispositif d'Aide à la Lactation)
- Le flan de lait maternel (à l'agar-agar) si aucun contenant accepté
- Les aliments diversifiés, après 6 mois, pendant le temps de garde

c) Quelle quantité donner ?

Un enfant prend en moyenne **800 ml** de lait par 24h (entre 650 et 1200 ml)

Si l'enfant est accueilli 8 h par jour, il faudra prévoir environ **300 ml** et donc donner 3-4 portions de 60 à 120 ml et préparer de petites portions de **30 ml pour ajuster**. L'intérêt étant d'éviter le gaspillage.

Ne pas insister si l'enfant refuse, garder la notion de plaisir sur le temps de repas et respecter son rythme qui peut être très différent d'un enfant nourri avec des PPN.

d) Autres utilisations du lait maternel [46,47]

Par ses composants, le lait humain est calmant, cicatrisant, hydratant, antiseptique, antiviral, anti-infectieux, et antifongique. On l'a utilisé avec succès pour des conjonctivites, des otites, soins du cordon,

sur des crevasses, des irritations, des coups de soleil, des écorchures, etc. Le lait humain peut être utilisé comme adjuvant dans la gestion nutritionnelle de patients cancéreux. On peut également le cuisiner.

L'utilisation thérapeutique du lait humain mérite toutefois d'être étudiée de façon plus approfondie, en particulier pour les résultats des études in vitro, qui doivent être confortés par des études cliniques (de préférence randomisées et multicentriques). Savoir que leur lait peut être utilisé sans risque pour traiter divers problèmes peut également encourager certaines mères à allaiter plus longtemps, et pas seulement pour les bénéfices nutritionnels de leur lait.

XI. RESEAUX DE SOUTIEN

Plusieurs types de ressources peuvent être mobilisés pour accompagner la mère dans la poursuite de son allaitement, en particulier au moment de la reprise du travail :

- **Associations locales** : associations de soutien à l'allaitement, proposant information, écoute et accompagnement.
- **Groupes de mères à mères** : réunions de soutien entre pairs (« réunions papotage », cafés des parents...), animées par des mères bénévoles formées, permettant échanges d'expérience et réassurance dans un cadre bienveillant.
- **PMI (Protection Maternelle et Infantile)** : consultations gratuites avec puéricultrices et sage-femmes de PMI, pouvant intervenir à domicile ou en centre, pour un accompagnement de proximité tout au long du parcours.
- **Professionnels formés** : consultant(e)s en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) ou titulaire d'un DU en lactation humaine (DULHAM/DIULHAM), pouvant intervenir en cabinet, à l'hôpital, à domicile ou en téléconsultation.
- **Lactarium** : ressource technique pouvant conseiller les parents et les professionnels sur le recueil, la conservation et le don de lait maternel.
- **RAM (relais assistant(e)s maternel(le)s)** : lieu d'information et d'accompagnement pour les assistant(e)s maternel(le)s souhaitant organiser l'accueil d'un enfant allaité, notamment lors de réunions thématiques avec la puéricultrice de secteur de la PMI. [48]
- **Sage-femme libérale ou équipe de la maternité** : professionnel(le)s ayant assuré le suivi de la grossesse et du post-partum, en mesure de proposer un accompagnement individualisé et dans la durée grâce à leur connaissance de la situation de la mère, et pouvant orienter vers un autre relais si besoin.

Les femmes qui travaillent et bénéficient de programmes de soutien à l'allaitement présentent des taux d'allaitement **comparables à ceux des femmes au foyer**, ces dispositifs permettant de réduire significativement l'impact négatif du travail sur la durée d'allaitement [21]

XII. Questions / Réponses

- **Parent** : Je dois reprendre le travail dans 1 mois, quand est-ce que je dois commencer à tirer mon lait ?
Pro : C'est très bien d'anticiper, ça permet d'aborder la reprise plus sereinement. Pas besoin de vous y prendre trop tôt cela dit : vous pouvez commencer à recueillir votre lait **quelques jours avant la reprise**, sans viser un gros stock. Une réserve modeste est généralement suffisante.
- **Parent** : Quel volume je dois prévoir, concrètement ?
Pro : Ça dépend surtout de l'organisation prévue le jour J : **on évalue le volume nécessaire en fonction de l'âge de bébé et de la durée de la séparation**. Pas besoin de remplir un congélateur entier, l'idée, c'est d'avoir de quoi couvrir les premiers jours de reprise, le temps de trouver votre rythme.
- **Parent** : Et pour tirer, un tire-lait manuel suffit ?
Pro : La plupart des mères, dans un souci de gain de temps et d'efficacité, utilisent un tire-lait électrique à double recueil. À noter que le tire-lait utilisé au moment de la reprise n'est pas toujours le même que celui utilisé

auparavant : certaines mères privilégient le côté pratique (poids, discrétion, accès à une prise...) ou optent parfois pour un modèle nomade.

- **Parent** : Mais je m'inquiète un peu, je ne sais pas combien de lait préparer pour la journée.

Pro : C'est une question que se posent presque toutes les mères qui reprennent le travail, c'est normal de vouloir bien faire. En moyenne, un bébé prend **800 ml de lait par 24h** (entre 650 et 1200 ml selon les bébés). Si votre enfant est gardé 8h par jour, comptez environ **300 ml** sur ce temps-là, à répartir en **3-4 portions de 60 à 120 ml**. Le petit truc pratique : préparer aussi de petites portions de 30 ml en plus, pour ajuster sans gaspiller si bébé a tout fini.

Et si bébé refuse une portion, pas d'inquiétude à avoir ni besoin d'insister : on garde le plaisir du repas, et son rythme peut être très différent de celui d'un bébé nourri au lait infantile.

- **Parent** : Je me demande si je dois commencer à habituer bébé au biberon bien avant la reprise, je crains qu'il le refuse le jour J.

Pro : C'est une inquiétude très répandue, rassurez-vous. Vous pouvez par exemple proposer de petites quantités plusieurs fois par jour, sans forcer, entre deux tétées, quand bébé est calme et pas affamé. Comptez environ **8 à 10 jours** avant qu'il commence à en prendre des quantités qui augmentent progressivement.

- **Parent** : Et s'il refuse quand même ?

Pro : C'est fréquent et ce n'est pas un échec. Quelques pistes : vous pouvez essayer de le proposer vous-même dans un premier temps, bébé prend parfois plus facilement le lait si c'est maman qui lui propose, ou le faire proposer par une personne à laquelle le bébé est habitué (co-parent, famille...), tester différentes températures ou positions, ou encore un autre contenant comme une tasse ou une cuillère. **Patience et pas de forçage : certains bébés acceptent vite, d'autres ont besoin de plusieurs essais, mais la situation est transitoire.**

- **Parent** : Je crains que ma lactation baisse une fois que je serai séparée de bébé toute la journée.

Pro : C'est une préoccupation très légitime et très fréquente à la reprise. Pour maintenir une bonne production, l'idée est de viser environ **8 stimulations par 24h** (tétées + tirages), en évitant les intervalles de plus de 4h sans stimulation dans la journée, et en gardant si possible une stimulation nocturne entre 2h et 5h. En pratique, le schéma classique c'est : tétée le matin à la maison, tirage ou tétée en journée sur le lieu de travail, et tétées le soir. Bébé va très certainement compenser la nuit, le soir et les jours de repos en réclamant davantage.

- **Parent** : Et si je fais 1 tétée le matin et 1 le soir, sans tirer au travail, ma lactation peut rester suffisante ?

Pro : Pas forcément, et c'est important de le savoir à l'avance. Avec seulement 2 stimulations par jour, en dessous des 8 recommandées, la lactation risque de baisser progressivement — surtout avant 4 mois, où la lactation est encore moins stable, et cela peut parfois aboutir à un **sevrage prématuré, non désiré**. Si vous souhaitez sécuriser la production, il vaut mieux prévoir au moins un tirage supplémentaire pendant la journée de travail.

- **Parent** : J'appréhende un peu la reprise, comment faire au mieux ?

Pro : C'est une appréhension très répandue, rassurez-vous. Quelques repères peuvent aider à aborder cette étape plus sereinement : anticiper l'organisation et choisir si possible de reprendre en milieu de semaine, un **mercredi par exemple**, plutôt qu'un lundi. Cela permet de tester le rythme sur deux ou trois jours avant le week-end, donc plus confortable pour vous, votre bébé et pour votre lactation, avant d'enchaîner une semaine complète.

- **Parent** : J'ai décongelé du lait et il a une odeur bizarre, dois-je le jeter ?

Pro : Rassurez-vous, **une odeur différente ne veut pas dire que le lait est impropre** à la consommation. Une odeur savonneuse vient de la lipase et reste sans danger ; une odeur aigre peut venir de votre alimentation.

Dans les deux cas le lait reste consommable. L'odeur savonneuse peut se corriger, en chauffant le lait avant congélation la prochaine fois.

- **Parent** : Est-ce que je peux venir allaiter mon bébé directement sur son lieu d'accueil (crèche, assistante maternelle) ?

Pro : Oui, c'est tout à fait possible et souvent le plus simple pour maintenir votre lactation, surtout si bébé est encore jeune. La plupart des enfants tètent entre 8 et 12 fois par 24h ; venir allaiter sur place, ne serait-ce qu'une ou deux fois par jour, peut suffire à entretenir le rythme. **Ce n'est pas une obligation pour la structure d'accueil, mais le référentiel national de qualité d'accueil recommande la mise à disposition d'un espace d'allaitement dédié, chaleureux et respectant l'intimité des mères, ainsi que la possibilité de venir allaiter directement dans l'unité d'accueil [52]. Les modalités concrètes (espace dédié ou non, horaires) se discutent avec l'équipe ou l'assistante maternelle en amont.**

- **Parent** : Vers qui puis-je me tourner si je rencontre des difficultés au moment de la reprise ?

Pro : Plusieurs ressources existent selon vos besoins : la **PMI** pour un accompagnement de proximité, **une consultante en lactation IBCLC ou titulaire d'un DU** pour les questions plus techniques, le **Lactarium** pour des conseils sur le recueil et la conservation, ou encore **les associations** comme La Leche League et les groupes de mères à mères pour de l'écoute et du partage d'expérience. Le **RAM** peut aussi accompagner l'assistante maternelle si besoin. **La sage-femme libérale ou l'équipe de la maternité qui vous a suivie peut également proposer un accompagnement individualisé, du fait de sa connaissance de votre situation, et vous orienter vers un autre relais si besoin.** N'hésitez pas à solliciter plusieurs de ces relais en parallèle.

XIII. Bibliographie

[1] Haut Conseil de la Santé Publique. Rapport relatif à l'allaitement maternel. 12 juin 2024.

[2] Santé publique France. *Enquête Epifane 2021*. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie. Résultats de l'étude Épipane 2021.

[3] Institut de veille sanitaire. *Enquête nationale périnatale 2016* (données 2015).

[4] DRASS Rhône-Alpes. *Étude relative aux durées et aux facteurs qui influent sur le déroulement de l'allaitement maternel en Rhône-Alpes* (2004-2006).

[5] Dutheil F., Méchin G., Vorilhon P., Benson A.C., Bottet A., Clinchamps M., Barasinski C., Navel V. *Breastfeeding after Returning to Work: A Systematic Review and Meta-Analysis*. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021.

[6] Castetbon K., Boudet-Berquier J., Salanave B. *Combining breastfeeding and work: findings from the Epifane population-based birth cohort*. BMC Pregnancy and Childbirth. 2020;20:110.

[7] OMS/UNICEF. *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. 2003.

[8] 5e Programme National Nutrition Santé (PNNS 5) 2026-2030. Ministère de la Santé, avril 2026.

[9] Assurance Maladie. *Quelle durée pour votre congé maternité ?* ameli.fr.

[10] Décret n° 2021-574 du 10 mai 2021 relatif au congé de paternité et d'accueil de l'enfant.

[11] Service-Public.fr / info.gouv.fr. *Congé supplémentaire de naissance*. Base légale : Loi n° 2025-1403 du 30 décembre 2025 de financement de la sécurité sociale pour 2026 (art. 99) ; Décret n° 2026-419 du 30 mai 2026 relatif au congé supplémentaire de naissance.

[12] Haute Autorité de Santé. *Allaitement maternel — Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. 2006.

[13] Gojard S. et al. *Effet d'une intervention prénatale de soutien et d'information sur la durée et le vécu de l'allaitement maternel*. 2008.

- [14] Duflot F., Erpeldinger S., Flori M., Deplace S., Zorzi F. *Influences contextuelles du maintien de l'allaitement après la reprise du travail en France*. Santé Publique, 2024;36(4):33-42.
- [15] Tetik Metin H., Güzel A., Akyiğit Albayrak E. *The relationship between perceived spousal support and breastfeeding self-efficacy among women in the early postpartum period*. 2024.
- [16] Pailhé A., Solaz A., Sponton A., Tô M. *Le congé de paternité, prolongé et modulable, est largement adopté par les pères*. Population & Sociétés, n° 640, Ined. 2026.
- [17] Didierjean-Jouveau C. *Cycle entéro-mammaire*, in *L'allaitement de A à Z*. Érès, 2018.
- [18] CoFAM. *Contraception et allaitement maternel*. 2016.
- [19] Dinour L.M., Szaro J.M. *Employer-Based Programs to Support Breastfeeding Among Working Mothers: A Systematic Review*. Breastfeeding Medicine, 2017.
- [20] Vilar-Compte M. et al. *Breastfeeding at the workplace...* Int J Equity Health, 2021;20:110.
- [21] Cohen R. et al. *Am J Health Promot*, 1995.
- [22] LLL France. *AA 101*.
- [23] OMS/OIT. *Allaiter et travailler, c'est possible !*
- [24] ANSES. *Actualisation des repères alimentaires du PNNS pour les enfants de 0 à 3 ans*. Avis et rapport, 2019.
- [25] Ortiz J. et al. *Impact of a Comprehensive Worksite Lactation Program on Breastfeeding among Employees of a Utility Company*. AAOHN Journal, 2004.
- [26] Fein S.B., Mandal B., Roe B.E. *Success of strategies for combining employment and breastfeeding*. Pediatrics, 2008;122(Suppl 2):S56-S62.
- [27] Labbok M.H., Krasovec K. *Toward consistency in breastfeeding definitions*. Studies in Family Planning, 1990;21(4):226-230.
- [28] Pados B.F., Camp L. *Physiology of Human Lactation and Strategies to Support Milk Supply for Breastfeeding*. Nurs Womens Health, 2024;28(4):303-314.
- [29] Neville M.C. *Physiology and Endocrine Changes Underlying Human Lactation*. J Nutr, 2001;131(11):3005S-3008S.
- [30] Lawrence R.A., Lawrence R.M. *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession*. 8e éd.
- [31] ACOG Committee Opinion. *Breastfeeding Challenges*. Obstet Gynecol, 2021;137(2):e37-e49.
- [32] Whelan C. et al. *Breastfeeding with primary low milk supply: experiences of postnatal breastfeeding support*. Int Breastfeed J, 2025;20:7.
- [33] Kent J.C. et al. *Volume and frequency of breastfeedings and fat content of breast milk throughout the day*. Pediatrics, 2006;117(3):e387-e395.
- [34] Prime D.K. et al. *Simultaneous breast expression in women*. Breastfeed Med, 2012.
- [35] Meier P.P., Engstrom J.L., Janes J.E., Jegier B.J., Loera F. *Breast pump suction patterns that mimic the human infant during breastfeeding*. J Perinatol, 2012;32(2):103-110.
- [36] Kalathingai T. et al. *Comparison of Two Pumping Strategies to Improve Exclusive Breastfeeding at Discharge in Mothers of VLBW Infants with Low Milk Output – A Pilot Randomized Controlled Trial*. Indian J Pediatr, 2024;91(9):906-912.
- [37] Aljazaf K. et al. *Pseudoephedrine: effects on milk production in women and estimation of infant exposure via breastmilk*. Br J Clin Pharmacol, 2003;56(1):18-24.
- [38] Academy of Breastfeeding Medicine. *Clinical Protocol #9: Galactagogues* (révision 2018).
- [39] Comité scientifique de la CoFAM. *Recueil, transport et conservation du lait maternel*. 2024.

- [40] Anders L.A., Mesite Frem J., McCoy T.P. *Flange Size Matters: A Comparative Pilot Study of the Flange FITS™ Guide Versus Traditional Sizing Methods*. Journal of Human Lactation, 2025;41(1):54-64.
- [41] ABM Clinical Protocol #8. *Human Milk Storage Information for Home Use for Full-Term Infants, Revised 2017*. Breastfeeding Medicine, 2017.
- [42] CoFAM. *Mémo : Concilier Travail et Allaitement d'un enfant en bonne santé*. 2014.
- [43] AFSSA. *Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons*. 2005.
- [44] Nowak A.J., Smith W.L., Erenberg A. *Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding*. Arch Pediatr Adolesc Med, 1994;148(1):40-42.
- [45] Kotowski J., Fowler C., Hourigan C., Orr F. *Bottle-feeding an infant feeding modality: An integrative literature review*. Matern Child Nutr, 2020;16(2):e12939.
- [46] *Utilisations thérapeutiques du lait humain*. Les Dossiers de l'allaitement, n°156, mars 2020. D'après : Witkowska-Zimny M. et al. *Milk therapy: unexpected uses for human breast milk*. Nutrients, 2019;11:944.
- [47] Sugimura T., Seo T., Terasaki N., Ozaki Y., Rikitake N., Okabe R., Matsushita M. *Efficacy and safety of breast milk eye drops in infants with eye discharge*. Acta Paediatr, 2021;110(4):1322-1329.
- [48] Réseau Naître et Grandir en Languedoc-Roussillon / REGAAL. *Allaitement maternel et accueil du jeune enfant — Informations pour les professionnels du Languedoc-Roussillon*. 2012.
- [49] Bailleul et al. *Poursuite de l'allaitement maternel à la reprise du travail*. CHRU de Brest, 2025.
- [50] Victora CG, Bahl R, Barros AJD, et al. *Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect*. Lancet. 2016;387(10017):475-490.
- [51] Hauck FR, Thompson JMD, Tanabe KO, Moon RY, Vennemann MM. *Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis*. Pediatrics. 2011;128(1):103-110.
- [52] Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles. *Référentiel national de la qualité d'accueil du jeune enfant*. Avril 2025.
- [53] Peres KG, Cascaes AM, Nascimento GG, Victora CG. *Effect of breastfeeding on malocclusions: a systematic review and meta-analysis*. Acta Paediatr. 2015;104(467):54-61.
- [54] Tham R, Bowatte G, Dharmage SC, et al. *Breastfeeding and the risk of dental caries: a systematic review and meta-analysis*. Acta Paediatr. 2015;104(467):62-84.
- [55] Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. *Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations*. American Journal of Health Promotion. 1995;10(2):148-153.
- [56] Article L4311-1 du Code de la santé publique, modifié par la loi n°2022-140 du 7 février 2022. Texte d'application non paru à ce jour.

