

Rapport relatif à l'allaitement maternel

SYNTHÈSE DES POINTS-CLEFS

12 juin 2024

Cette synthèse présente les points-clefs du rapport.

I- Introduction

Le 13 mars 2023, la Direction générale de la santé (DGS) a saisi le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) pour élaborer des recommandations relatives à l'allaitement maternel sur la promotion de l'allaitement maternel et la prévention des expositions à des contaminants.

Alors que le lait maternel est élaboré par des processus physiologiques, dynamiques et interactifs entre la mère et son enfant, répondant aux besoins évolutifs du nouveau-né et du nourrisson, le lait artificiel¹ est fabriqué par l'industrie selon une réglementation stricte à partir de laits d'animaux qui nécessitent de nombreuses transformations et ajouts pour être adaptés à l'alimentation des nourrissons. Le lait artificiel n'est pas équivalent au lait maternel sur le plan nutritionnel et l'allaitement maternel présente de nombreux avantages au-delà de l'aspect nutritionnel.

II- L'allaitement maternel : des avantages irremplaçables pour la santé de l'enfant et de sa mère

Bénéfices pour la santé de l'enfant

Certains bénéfices sont établis avec des niveaux de preuve élevés

- L'allaitement maternel protège contre les **gastroentérites, les otites moyennes aiguës et les infections respiratoires basses** au cours de la première année de vie. L'allaitement est un **facteur protecteur de l'obésité** dans l'enfance mais les données semblent insuffisantes pour affirmer un effet-dose avec la durée de l'allaitement.
- **L'allaitement réduit le risque de mort inattendue du nourrisson.** De plus au vu de résultats d'études aux États Unis avec un niveau de preuve élevé, il est probable que l'allaitement maternel réduit la **mortalité infantile globale** chez les nourrissons dans les autres pays à niveau socioéconomique élevé.
- Les résultats des méta-analyses concluent à un effet positif de l'allaitement maternel sur le **développement cognitif et sur les scores de neurodéveloppement.**

¹ Pour cet avis, nous avons choisi d'utiliser le terme directement compréhensible de « lait artificiel » pour désigner le lait infantile et le distinguer du lait maternel.

- Les risques de caries et de malocclusions sont réduits chez les enfants allaités.
- Chez les nouveau-nés prématurés et de petit poids, le lait maternel entraîne une amélioration de la tolérance digestive, une réduction significative du risque d'entérococolite ulcéro-nécrosante, un taux plus faible d'infections secondaires, une amélioration du neurodéveloppement, une réduction de la durée de séjour en néonatalogie.

D'autres bénéfices sont établis avec des niveaux de preuve modérés du fait de l'hétérogénéité des études, de leur faible nombre ou encore parce que les facteurs de confusions ont été incomplètement pris en compte conduisant à la prudence dans l'interprétation.

- Concernant le risque de survenue **d'un asthme** durant l'enfance, la méta-analyse la plus récente conclu à un possible effet protecteur de la durée de l'allaitement maternel. La durée de l'allaitement maternel est associée à un risque plus faible **de diabète de type 1 et de maladies inflammatoires de l'intestin**. L'allaitement maternel et sa durée semblent également réduire **le risque d'apparition d'une maladie cœliaque**.
- Une méta-analyse récente est en faveur d'un possible effet protecteur de la durée l'allaitement **sur le risque de leucémie aiguë lymphoblastique et de leucémie aiguë myéloïde** de l'enfant.
- Concernant les études sur les troubles du neurodéveloppement hors développement cognitif (Développement moteur, langagier et socio émotionnel, Troubles du spectre autistique (TSA), Troubles déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)) , il est important de prendre en compte les potentiels facteurs de confusion tels que le niveau socioéconomique, le niveau d'étude, et le Quotient Intellectuel des parents, l'âge de la mère, ses antécédents psychiatriques ou le degré de prématurité de l'enfant.
- Un allaitement maternel de plus de 9 mois semble protecteur contre les troubles du langage.
- La seule méta-analyse identifiée semble montrer un bénéfice de l'allaitement maternel sur le développement moteur.
- Les résultats de 2 méta-analyses sont en faveur d'un effet protecteur de l'allaitement sur le TDAH. Les résultats sont contradictoires concernant les liens entre allaitement maternel et TSA
- Il est probable que l'allaitement maternel ait des effets positifs sur les compétences non cognitives socio-émotionnels et il semble que ces effets soient plus marqués dans les familles défavorisées.

D'autres études ne montrent pas d'association avec l'allaitement maternel

Il ne semble pas exister de liens entre l'allaitement maternel et l'eczéma, les allergies alimentaires ou la rhinite allergique dans l'enfance.

Concernant l'hypertension artérielle à l'âge adulte, la cholestérolémie totale et le diabète de type 2, les données ne permettent pas de conclure à un effet protecteur.

Bénéfices pour la mère

Certains bénéfices sont établis avec des niveaux de preuve élevés

- Il existe des preuves solides que l'allaitement maternel diminue **le risque de cancer du sein** chez la mère. Si cette réduction est faible au regard de la durée moyenne de l'allaitement par enfant et du nombre d'enfants allaités durant la vie d'une femme en âge de procréer dans les pays de niveau économique élevé, elle a un impact important au niveau populationnel sur le nombre de cancers du sein évités.

- La lactation est associée à **une réduction significative du risque de diabète de type 2** maternel au cours de la vie, en particulier chez les femmes atteintes de diabète gestationnel. L'effet protecteur semble augmenter avec la durée de la lactation.

Parmi les bénéfices établis avec des niveaux de preuve modérés

- Une méta-analyse conclut avec un niveau de preuve modéré à une réduction du risque de mortalité par **maladies cardiovasculaires** chez les mères ayant allaité.
- Pour le **cancer des ovaires**, le résultat des études vont généralement dans le sens d'une protection mais le niveau de preuve est insuffisant pour affirmer une relation causale.
- Il semble exister des preuves que l'allaitement maternel diminue le risque de **dépression du post-partum** mais également que la dépression diminue le taux d'initiation et la durée de l'allaitement.
- Les études montrent que l'allaitement maternel, notamment s'il est prolongé au moins jusqu'à 6 mois, favorise l'**attachement** mère-enfant.

Bénéfices pour la société

La production et la consommation du lait artificiel génèrent du CO₂ et des déchets. La protection, le soutien et la promotion de l'allaitement maternel contribuent à la lutte contre les dommages environnementaux.

Il faudrait prendre en compte le coût du lait artificiel pour une famille, reconnaître la valeur économique de l'allaitement maternel en tant que travail de soins des femmes et les coûts induits notamment sur le système de santé par le non-allaitement en termes de morbidité et mortalité.

Précautions

Il n'existe pratiquement pas de contre-indication à l'allaitement maternel en dehors de la galactosémie congénitale (interdiction totale et définitive) et de certaines infections virales qui peuvent entraîner une contre-indication transitoire (HTLV², VIH³, varicelle, herpès, zona).

Compte tenu des prévalences de consommation de tabac, d'alcool et de cannabis en post-partum, les femmes qui souhaitent allaiter et qui consomment des substances psychoactives doivent bénéficier d'appui et de ressources pour les aider à espacer, réduire ou arrêter leur consommation selon les cas.

Conclusion

Il existe donc des preuves scientifiques convergentes des nombreux bénéfices de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant et de la mère qui dépassent largement le champ de la nutrition. Concernant l'aspect nutritionnel, le lait maternel répond de façon continue et évolutive aux besoins du nourrisson, les bénéfices concernent de nombreux aspects immunologiques, anti-infectieux, développementaux de l'enfant. Il existe aussi des bénéfices pour la mère et pour la société.

Les études qui démontrent ces bénéfices ont été menées dans des pays et des contextes très variés, notamment en ce qui concerne l'environnement et la pollution. En effet, les femmes enceintes et allaitantes, et les nourrissons sont exposés à des polluants environnementaux, qui sont détaillés et analysés dans la suite du rapport.

² virus T-lymphotrope humain

³ virus de l'immunodéficience humaine

III- Des préoccupations environnementales à prendre en compte

Expositions environnementales et alimentaires des femmes avant, pendant la grossesse et l'allaitement, études de biosurveillance

La population générale est exposée à de nombreux contaminants environnementaux, domestiques, et professionnels, plus ou moins persistants dans le temps. Les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ou allaitantes, comme le reste de la population, peuvent présenter des niveaux divers de contamination par ces composés. Les données nationales et internationales confirment l'exposition des femmes enceintes ou allaitantes aux composés organiques persistants [POPs dont biphényles polychlorés (PCB), retardateurs de flamme dont bromés [BFR et polybromodiphényléthers (PBDE)], per- et poly-fluoroalkylés (PFAS)] dans les produits de consommation et ménagers, aux dioxines, furanes et hydrocarbures aromatiques polycycliques (HAPs) provenant de processus de combustion, à certains pesticides persistants, ainsi qu'à certains métaux (As, Cd, Hg, Pb...). Les POPs peuvent s'accumuler dans les tissus adipeux et la charge corporelle de ces contaminants augmente avec l'âge. Ce mélange (« cocktail ») de substances chimiques est variable en fonction du territoire, du comportement individuel et de l'âge. L'exposition des femmes enceintes et allaitantes à ces polluants persistants est préoccupante car la période des 1000 premiers jours est une fenêtre d'exposition particulièrement sensible, étant donné les modifications métaboliques, physiologiques de la femme, du fœtus puis du nourrisson. Il est important de noter que l'exposition aux dioxines, aux furanes, aux pesticides organochlorés, organophosphorés et au plomb a diminué depuis vingt ans en France et que la présence de ces polluants persistants témoigne d'une exposition ancienne pouvant être plus ou moins distante de la grossesse.

Par ailleurs, il faut noter qu'il y a peu de données sur la présence de composés moins persistants excepté pour les phtalates et les bisphénols. Ceux-ci sont rapidement éliminés par l'organisme mais leur présence ubiquitaire dans l'environnement pose le problème de la consommation journalière de la femme enceinte ou allaitante. Une vigilance vis-à-vis des sources d'exposition à ces composés est fortement recommandée.

Expositions professionnelles en France des femmes enceintes et allaitantes

Dans ce rapport, nous nous sommes aussi préoccupés de l'exposition des femmes enceintes et allaitantes en milieu de travail en plus de l'exposition environnementale. Nous avons constaté qu'il manque une analyse des expositions des femmes travaillant ou ayant travaillé, avant ou pendant la grossesse, au contact de substances chimiques susceptibles d'être retrouvées dans le lait maternel et de contaminer l'enfant allaité. De plus, peu de données permettent de qualifier la source professionnelle des contaminations. Enfin, la réglementation française concernant l'exposition des femmes enceintes et allaitantes en milieu de travail est à réviser et à compléter. Les stratégies de prévention sont à revoir à l'aune des données scientifiques encore insuffisantes et devant être complétées. Nous suggérons d'appliquer le principe de précaution dans les situations où l'incertitude ne permet pas d'exclure un risque significatif.

Le transfert fœtoplacentaire des contaminants et ses impacts sanitaires

L'exposition de la femme enceinte à des polluants de l'environnement peut induire des perturbations du développement fœtal avec des conséquences après la naissance. Ces polluants seraient responsables de modifications épigénétiques transmissibles, en particulier sur les cellules germinales et à l'origine de pathologies chroniques au cours de la vie voire dans la descendance. Cependant, la majorité des données acquises ayant été obtenues chez l'animal, il est essentiel de développer des études dans des cohortes de femmes enceintes, ce qui implique une meilleure connaissance de leur exposition et d'acquies des marqueurs fiables de ces modifications de l'épigénome dans la descendance.

Présence de contaminants dans les laits maternels et les laits artificiels

Certains contaminants sont retrouvés dans le lait maternel (ex les POPs), d'autres dans les laits artificiels

La présence de polluants dans le lait maternel a été démontrée au cours des vingt dernières années dans de nombreuses études internationales. En France, l'Anses⁴ a réalisé l'étude Conta-lait sur 180 échantillons de lait maternel provenant des lactariums⁵. Elle a conduit, à partir du dosage de 32 substances, à une estimation de l'exposition des nourrissons pour aboutir à une liste de onze substances (As, Cd, CrVI, Mn, Ni, Pb, PCDD/F, PFOA, PFOS, PBDE)⁶, qui sont présentées comme ayant un niveau de risque dit « préoccupant » et une substance (lindane, interdit depuis 1998) avec un niveau de risque ne pouvant pas être exclu. Les valeurs de concentration de l'étude Conta-lait se trouvent dans la fourchette basse des dosages rapportés par différents pays.

Cette étude a le mérite d'alerter sur la présence de contaminants, essentiellement des POPs, dans le lait maternel. En effet, en raison de la teneur relativement élevée en matières grasses du lait, l'allaitement maternel entraîne potentiellement une exposition à des polluants liposolubles. Néanmoins il faut rappeler que les teneurs en POPs dans le lait maternel sur 30 ans sont en diminution dans 90 pays. Par ailleurs, de l'avis même de l'Anses, l'étude Conta-lait comprend de nombreuses incertitudes qui doivent conduire à considérer l'évaluation de risque des nourrissons avec une grande prudence.

Cependant, la présence de polluants organiques très persistants dans les laits maternels liée à l'exposition de l'ensemble de la population implique d'engager des politiques publiques de prévention visant à réduire l'exposition aux polluants de la population générale dont les femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes.

Par ailleurs, les laits artificiels, dont la composition en POPs et métaux est réglementée au niveau européen, sont aussi contaminés par certains polluants avec des concentrations proches de celles

⁴ Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

⁵ Saisine n° 2017-SA-0069, volet nutrition humaine : demande d'avis relatif à « la prise en compte, parmi les facteurs nutritionnels et environnementaux via l'alimentation durant les 1000 premiers jours (c'est-à-dire entre la période pré-conventionnelle jusqu'à l'âge de 2 ans) de la phase d'allaitement maternel en s'appuyant sur les derniers travaux de l'étude conta-lait »

⁶ Arsenic, cadmium, chrome VI, manganèse, nickel, plomb, polychlorodibenzo-p-dioxines et polychlorodibenzo-p-furanes, acide perfluorooctanoïque, acide perfluorooctanesulfonique, polybromodiphényléthers

du lait maternel et des molécules chimiques qui ne sont pas retrouvées dans le lait maternel car issues du mode de fabrication, de conditionnement et d'utilisation. Il serait nécessaire que la composition exacte de ces laits soit plus clairement indiquée. De plus, les laits artificiels doivent être reconstitués dans de l'eau qui peut apporter également un certain nombre de contaminants, en particulier des PFAS.

Prévention des expositions périnatales

De nombreuses initiatives ont été développées pour proposer des mesures préventives à destination des femmes enceintes, des femmes allaitantes et des jeunes parents. Le site 1000-premiers-jours.fr de Santé publique France, fait des propositions pratiques à caractère général et certaines ARS préconisent des actions de prévention adaptées aux préoccupations locales et régionales.

Conclusion

Il est important de replacer les 6 mois d'allaitement dans un *continuum* temporel pendant la période des 1000 jours allant du stade embryonnaire à l'âge de 2 ans, ce qui conduit à relativiser la part de l'exposition aux contaminants liée à l'allaitement.

L'exposition du fœtus à des contaminants présents chez les mères puis du nourrisson par l'allaitement maternel ne doit pas être négligée et nécessite des mesures de prévention de l'exposition aux contaminants pour l'ensemble de la population tout en considérant les effets bénéfiques majeurs de l'allaitement pour la santé des nourrissons.

IV- Une protection de l'allaitement maternel très insuffisante en France

L'allaitement maternel est l'un des moyens les plus efficaces de préserver la santé des nourrissons. L'atteinte des objectifs du Programme National Nutrition Santé 2019-2023 (PNNS4) d'amélioration des taux et de la durée de l'allaitement maternel est entravée car l'allaitement n'est pas suffisamment protégé par une politique globale et concertée en France.

Épidémiologie

En France les taux d'initiation et de durée d'allaitement sont parmi les plus faibles des 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. Après une diminution entre 2010 et 2016, les taux d'allaitement augmentent légèrement entre 2016 et 2021 d'après les Enquêtes Nationales périnatales. Entre 2012 et 2021, il est toutefois constaté un allongement de la durée médiane d'allaitement de 15 à 20 semaines.

Les caractéristiques des femmes qui initient le plus l'allaitement et le poursuivent dans la durée sont : un niveau d'éducation et de revenus plus élevé, moins de tabagisme et de surpoids, la naissance d'un des deux parents à l'étranger, un lieu de résidence dans les DROM⁷.

⁷ Départements et régions d'outremer

Des facteurs organisationnels en périnatalogie sont très importants : l'initiation de l'allaitement est supérieure dans les maternités labellisées IHAB⁸ et moindre en cas de naissance compliquée (césarienne, prématurité...). L'introduction de lait artificiel en parallèle de l'allaitement maternel avant 2 mois (allaitement mixte) est souvent motivée par la perception subjective d'une insuffisance de lait et conseillée par un professionnel de santé. La durée d'allaitement est influencée par plusieurs facteurs dont les caractéristiques des parents, les circonstances de la naissance, les difficultés d'allaitement, la durée du congé maternité et la reprise du travail.

Contexte historique et sociologique

La France se caractérise par une histoire particulièrement longue du contrôle de l'allaitement par différentes pratiques de délégation (nourrices, lait artificiel), construisant ainsi une culture du non-allaitement.

La femme se trouve au centre de très nombreuses injonctions contradictoires :

- Une incitation de santé publique mettant en exergue les bénéfices de l'allaitement
- Une absence de prise en compte des conditions de vie, conduisant souvent à une culpabilisation des mères qui ne peuvent ou ne veulent allaiter
- Une influence des professionnels de santé et une organisation des maternités pouvant conduire à une surmédicalisation incitant à passer aux biberons
- Un entourage ou certains milieux sociaux très marqués par la culture du biberon et la perte de l'expérience de l'allaitement.

Les freins à l'allaitement sont nombreux et peuvent être :

- Sociétaux structurels : historiques et culturels, inégalités sociales de santé, brièveté du congé maternité, conditions de travail.
- Individuels : peur et perception subjective de manque de lait, absence de soutien du partenaire et de l'entourage, anticipation des difficultés d'allaitement et de la reprise précoce du travail, faible confiance en soi et dans la qualité de son lait.
- Liés à l'organisation des soins périnataux : manque de formation des professionnels et discours contradictoires, sorties précoces de la maternité, difficultés d'organisation des soins en périnatalité, insuffisance de soutien des proches et des professionnels.

Impact des inégalités sociales de santé

Les femmes les plus socialement défavorisées, isolées, faiblement éduquées cumulent les obstacles à l'initiation de l'allaitement comme à sa poursuite. Ces freins et obstacles sont multiples : individuels, en lien avec l'entourage, dus à des conditions financières et de vie difficiles, un manque de soutien social, économique, et à des conditions de reprise de travail souvent peu compatibles avec un allaitement. Ces femmes doivent bénéficier d'actions dédiées pour les accompagner et les soutenir dans la pratique de l'allaitement.

⁸ Initiative Hôpital Ami des Bébé

Recommandations et politiques publiques

Les recommandations internationales (OMS⁹, UNICEF¹⁰...) sont claires, convergentes et sans ambiguïtés. Elles promeuvent l'allaitement maternel, elles le soutiennent et elles le protègent. Ces recommandations s'appliquent à tous les pays quel que soit leur niveau socio-économique.

Le code international de commercialisation des substituts du lait maternel (code OMS) a été adopté par l'Assemblée générale de l'OMS en 1981 pour contrer les stratégies de commercialisation des industriels. Il est cependant très insuffisamment mis en œuvre dans les directives européennes qui s'imposent en France. À cet égard le rapport alarmant de 2022 de l'OMS montre le contournement systématique du code OMS par les industriels du lait artificiel.

L'Initiative Hôpital Ami des bébés" (IHAB) de l'OMS et l'Unicef était initialement conçue pour protéger l'allaitement maternel, ses objectifs se sont élargis à une approche centrée sur les besoins individuels de l'enfant et de sa mère et sont actuellement énoncés sous forme de **12 recommandations**. Le programme intègre l'ensemble des facteurs favorisant de l'allaitement maternel :

- un accompagnement de toutes les familles quel que soit leur choix d'allaiter ou non
- la formation des soignants
- l'harmonisation des informations données aux parents
- le respect du code OMS
- des pratiques respectueuses pendant l'accouchement
- un accompagnement bienveillant des 2 parents.

Le programme IHAB est déployé dans le monde entier, notamment en France (67 maternités labellisées fin 2023). Dans les pays européens qui ont les taux d'allaitement les plus élevés, l'ensemble des maternités est labellisé IHAB (Suède, Norvège).

Au niveau international, il apparaît que les politiques publiques efficaces en faveur de l'allaitement combinent au sein d'une stratégie globale soutenue par le gouvernement plusieurs mesures prises simultanément :

- le respect du code OMS et son inscription dans la loi
- la labellisation IHAB des maternités
- des congés maternité longs et compatibles avec la recommandation d'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois de l'OMS
- la formation des professionnels et l'information des parents

En France, plusieurs rapports (Turck en 2011, WBTi 2017 et 2024) convergent pour pointer les insuffisances des politiques relatives à l'allaitement.

Il n'existe pas de document stratégique, officiel qui résume de façon globale la politique de protection et de soutien à l'allaitement en dehors des recommandations de la HAS 2002 et 2006. L'allaitement n'est pas mentionné dans la Stratégie nationale de santé. Le HCSP et le PNNS4 esquissent un début de stratégie en reprenant non seulement l'ensemble des préconisations nutritionnelles de l'Anses sur l'allaitement mais aussi les recommandations de l'IHAB. Malgré le récent rapport OMS qui alerte sur la gravité de l'influence des industries des laits artificiels, cette problématique et ses conséquences délétères semblent largement ignorées.

⁹ Organisation mondiale de la santé

¹⁰ Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Le congé maternité en France est l'un des plus courts en Europe alors qu'un congé maternité long favorise l'allaitement et sa durée. Il a été constaté par ailleurs qu'il peut réduire les problèmes de santé mentale et physique chez les mères, et entraîne des interactions mère-enfant plus positives. Dans le cadre de la protection de la salariée allaitante contre l'exposition à des risques particuliers, la réglementation fixe une liste limitative de risques entraînant une interdiction d'emploi. Les réglementations concernant les salariées allaitantes sont variables selon leur régime d'assurance maladie, souvent anciennes et insuffisamment contraignantes. Le dispositif conventionnel permet souvent de compenser ces carences et cette question devrait faire partie des négociations relatives à l'égalité entre les femmes et les hommes.

L'organisation des soins en périnatalité est essentielle au regard de l'allaitement

L'information et l'accompagnement en anténatal du projet d'allaitement ont un impact positif sur l'initiation et la durée de l'allaitement maternel et sont recommandés par la HAS. La formation des équipes médicales à l'accompagnement de l'allaitement est un prérequis pour une meilleure cohérence des discours.

Le Collège national des sage-femmes (CNSF) a publié des recommandations pour l'initiation de l'allaitement qui mériteraient d'être mieux connues. En particulier, il faut éviter la délivrance non justifiée de biberons de compléments de lait artificiel dans les premiers jours car elle joue un rôle important dans les échecs d'allaitement.

La formation initiale et continue de tous les professionnels de la périnatalité (personnels de maternité, de néonatalogie, de pédiatrie et de PMI¹¹ ainsi que professionnels libéraux concernés) est fondamentale et devrait être obligatoire. Un référentiel national de formation doit être élaboré pour harmoniser les pratiques. **Le thème de l'allaitement devrait être inscrit dans les objectifs prioritaires du DPC¹². Il est impératif que toutes ces formations soient financées pour être indépendantes de l'industrie du lait artificiel.**

Les études montrent que le soutien à l'allaitement favorise sa prolongation en particulier au retour à domicile à la sortie de la maternité. Le soutien peut être individuel ou en groupe par des professionnels, des PMI ou des associations, par des pairs ou par des lignes téléphoniques dédiées. Les acteurs étant inégalement répartis, mal connus, peu identifiables et pour la plupart non remboursés, il existe un véritable enjeu de coordination territoriale.

Les lactariums assurent la collecte, le traitement et la distribution du lait de don, très important pour les nourrissons prématurés. **Les dons de lait maternel sont insuffisants par rapport aux besoins des lactariums.**

L'allaitement maternel permet de pourvoir aux besoins de l'enfant en cas de crise humanitaire ou climatique. **Pour les femmes en situation d'insécurité alimentaire, les banques alimentaires devraient considérer l'allaitement maternel comme une priorité** et veiller à le protéger en régulant la distribution de lait artificiel pour les femmes bénéficiaires.

Impact du marketing des industries du lait artificiel

Dès lors que les professionnels de la périnatalité et de la petite enfance, ont des liens d'intérêt avec les industriels du lait, leur jugement professionnel est affecté à leur insu comme le

¹¹ Protection maternelle et infantile

¹² Développement professionnel continu

démontrent les analyses scientifiques, et l'OMS recommande *a minima* une transparence de ces relations, voire un renoncement à ces liens.

Les industriels du lait artificiel ont mis en place des stratégies de *lobbying* et de marketing extrêmement efficaces auxquelles ils consacrent des financements très importants. **Malgré la publication du code OMS en 1981, l'OMS dénonce la persistance d'un marketing agressif au détriment de l'allaitement maternel et de ce fait de la santé des enfants.**

En particulier, le marketing digital en pleine expansion, facilite le contournement par l'industrie des laits artificiels des réglementations et du code OMS et influence négativement l'intention d'allaiter et l'initiation de l'allaitement.

Enfin, au-delà la promotion, le HCSP considère comme prioritaires la protection de l'allaitement maternel par des politiques adaptées et la protection des femmes qui souhaitent allaiter par l'amélioration des pratiques et le soutien renforcé du système de santé.

Recommandations

Le HCSP recommande la mise en place d'un **plan de protection¹³ de la santé des futurs parents, des femmes enceintes et des nourrissons** dans le cadre de la politique publique relative aux « 1000 premiers jours ».

Ce plan se déclinera en 3 axes stratégiques :

Axe 1 : La protection de l'allaitement :

- faire de l'allaitement maternel une priorité de santé publique
- accompagner le choix des femmes notamment pendant la grossesse et à la sortie de la maternité
- lutter contre le marketing abusif du lait artificiel (application du code OMS)
- donner aux femmes des conditions favorables à l'allaitement.

Axe 2 : La prévention de l'exposition aux contaminants environnementaux des futurs et jeunes parents et des nourrissons.

Axe 3 : La formation, l'information et la communication sur les moyens de protéger la santé des nourrissons par l'allaitement maternel et par la prévention de l'exposition aux contaminants.

Axe stratégique 1 : Protection de l'allaitement maternel

Objectif 1.1 : Renforcer la protection et le soutien de l'allaitement maternel au niveau national

Considérant

- les caractéristiques physiologiques uniques de l'allaitement maternel et son adaptation continue aux besoins de l'enfant ;
- les bénéfices de l'allaitement attestés par les études scientifiques notamment épidémiologiques sur la santé de la mère et de l'enfant et sur la relation mère-enfant qui dépassent le champ de la seule nutrition ;
- les faibles taux d'initiation d'allaitement et le taux important d'abandon dans les premières semaines en France comparés aux autres pays européens ;
- l'absence de politique nationale de protection de l'allaitement maternel en France et les inégalités sociales induites par cette carence ;
- l'absence de pilotage national pour une politique cohérente déclinée en objectifs opérationnels telle que recommandée par la *Déclaration d'Innocenti (1991)* ;
- les 12 recommandations de l'OMS et l'Unicef pour un allaitement réussi mises à jour en 2016 et 2018 ;
- le coût qui résulte du non-allaitement pour les familles et pour le système de santé ;
- l'efficacité des stratégies nationales en faveur de l'allaitement soutenues par les institutions gouvernementales mises en place par certains pays ;
- que l'allaitement maternel est le mode de nutrition des nourrissons le plus écologique et durable ;

Le HCSP recommande de mettre en place une politique ambitieuse de protection et de promotion de l'allaitement en impliquant les différents ministères concernés.

- Cette politique concerne en effet la santé, la périnatalité, l'alimentation *via* le Programme National Nutrition Santé (PNNS), l'environnement (PNSE), le travail, le secteur social, la formation, le plan pauvreté, etc. **(en mobilisant le concept de santé dans toutes les politiques)**.
- **La création d'un Comité national de l'allaitement permettant de coordonner l'ensemble des services de l'État concernés et qui pourrait être relié à la politique relative aux 1000 premiers jours**
- Elle nécessite une déclinaison régionale du plan avec les référents allaitement dans les Agences Régionales de Santé (ARS) ;
- Elle sera d'autant plus efficace qu'elle combinera les différentes mesures développées dans les recommandations suivantes.

Objectif 1.2 : Renforcer les moyens de protection et de soutien à l'allaitement en périnatalité et petite enfance

Considérant :

- que le programme international « Initiative Hôpital Ami des Bébé » (IHAB), promu par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'*United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), a montré son efficacité et répond à de nombreux objectifs dont l'application du code OMS, la formation des professionnels, l'harmonisation de leurs discours et les soins centrés sur la famille ;
- que les taux d'allaitement sont plus élevés dans les maternités IHAB dans l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) 2021.
- que l'IHAB est d'autant plus efficace qu'elle est incluse dans une politique nationale, structurée et généralisée ;
- que la France ne compte que 13 % des enfants qui naissent dans une maternité IHAB ;
- que la labellisation IHAB en tant que programme qualité peut être un moyen de motiver les équipes et de rendre les maternités attractives ;
- que l'absence de valorisation financière des consultations de soutien à l'allaitement entraîne une inégalité de santé car elles restent à la charge des femmes ;
- que l'utilisation en maternité sans justification médicale du biberon de complément de lait artificiel est reconnu comme un frein majeur à l'allaitement maternel ;
- que la courbe de poids est excessivement surveillée sans prise en compte des critères de réussite de l'initiation de l'allaitement maternel ;
- les enjeux de l'initiation de l'allaitement en maternité et la diminution importante des taux d'allaitement dans les premières semaines ;
- que, pour éviter l'arrêt de l'allaitement dans la première semaine qui concerne 1/4 des femmes, une réponse rapide par téléphone est nécessaire et que des expériences de numéros verts ont été menées avec succès en Île-de-France (IDF) et dans les Hauts-de-France (HDF) ;

Concernant la protection et le soutien de l'allaitement à la maternité le HCSP recommande de :

- Veiller à la protection des mères/couples ayant choisi d'allaiter et les accompagner dans leur décision éclairée avec un soutien de qualité ;
- **Soutenir la labellisation IHAB des maternités** et l'inscrire dans le plan de protection de l'allaitement :
 - en donnant un statut officiel et pérenne à l'association IHAB France en le reliant à une instance publique,
 - en finançant son déploiement et en levant les freins financiers pour les maternités,
 - en valorisant la labellisation IHAB dans la certification de la Haute Autorité de santé (HAS) des établissements.
- **Inciter toutes les maternités à appliquer les 12 recommandations** pour un l'allaitement réussi (OMS/UNICEF/IHAB) dans l'attente de la généralisation de la labellisation IHAB ;
- Financer dans les unités de maternité et de néonatalogie des postes de référent(e)s allaitement, formé(e)s par un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) ou une formation certifiée de consultante en lactation dont les missions seront le soutien à l'allaitement des femmes, la formation des nouveaux personnels et la coordination de la démarche IHAB ;
- Rappeler (ou faire connaître) aux professionnels les recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2006 et du Collège National des Sage-Femmes de France (CNSF) de 2021 sur la reprise de poids en maternité des enfants en allaitement maternel et sur les indications médicales du « biberon de complément » et en assurer la traçabilité ;
- Soutenir dans leur projet d'allaiter, les mères d'enfants prématurés et/ou hospitalisés pour favoriser leur alimentation avec le lait de leur propre mère ;
- Promouvoir le don de lait pour disposer de stocks suffisants dans les lactariums pour nourrir les enfants les plus vulnérables dans le respect de la priorisation de l'usage du lait de femme issu de don anonyme (HAS 2021), sensibiliser les professionnels de santé, informer les femmes sur le don de lait et le rôle des lactariums.

Concernant le soutien à l'allaitement après la sortie de maternité, le HCSP recommande de :

- **Renforcer la coordination du soutien à l'allaitement au niveau régional par les réseaux de périnatalité et au niveau local** entre maternités, sage-femmes et Protection Maternelle et Infantile (PMI) en particulier pendant les 15 premiers jours après la sortie de maternité, avec une attention particulière pour les femmes en situation de précarité ;
- Reconnaître une **cotation des consultations allaitement** pré et post-natales par un professionnel de santé (médecin, sage-femme ou puéricultrice) exerçant en PMI, en centre de santé et en libéral, s'il est formé à l'allaitement par une formation certifiée ;
- Généraliser les lignes d'écoute téléphonique et la mise en place d'un numéro vert national (comme « SOS allaitement » IDF et « Allait'ecoute » dans les HDF) ;
- Reconnaître le rôle des associations de soutien à l'allaitement dans la politique nationale, favoriser le développement des associations de soutien entre pairs et proposer des appels à manifestation d'intérêt pour leur coordination au niveau régional.

Objectif 1.3 : Garantir de bonnes conditions de reprise du travail pour les femmes allaitantes

Les conditions de travail, notamment liées aux postes à risque d'exposition à des produits chimiques, sont traitées dans l'axe « Prévention de l'exposition aux contaminants ».

Considérant

- que l'initiation et la poursuite de l'allaitement sont fortement associées à la durée du congé de maternité et que la reprise du travail est le principal motif d'arrêt de l'allaitement ;
- que le congé maternité post-natal de 10 semaines (parmi les plus courts en Europe) n'est pas cohérent avec la recommandation d'allaitement autour de 6 mois de l'OMS ;
- qu'il existe de nombreux arguments en faveur d'un congé maternité prolongé pour toutes les femmes (mesure universelle et équitable, bénéfique pour l'établissement des liens mère-enfant et protection des nourrissons contre l'exposition aux infections précoces) ;
- qu'un congé allaitement réservé aux femmes qui allaitent peut favoriser le choix de l'allaitement maternel, mais peut accentuer les inégalités sociales de santé ;
- que le code du travail ne prévoit des locaux dédiés à l'allaitement que pour les entreprises de plus de 100 salariées, que cette réglementation ne propose pas des locaux pour tirer son lait et que par ailleurs la réglementation n'est pas appliquée dans de nombreuses entreprises et institutions ;
- qu'il n'existe aucune mesure concernant l'allaitement pour certaines professions dans le code du travail (auto-entrepreneuses, salariées précaires, intérimaires, saisonnières, etc.) ;
- que la réglementation sur l'heure d'allaitement autorisée non rémunérée pénalise les femmes ayant les salaires les plus modestes ;
- l'absence d'obligation réglementaire pour les crèches et assistantes maternelles de recevoir, de stocker et de donner au bébé le lait maternel confié par la mère ;

Le HCSP recommande :

- **d'allonger la durée post-natale du congé de maternité pour qu'elle atteigne à terme une durée de 6 mois (26 semaines) pour toutes les femmes mais au moins 4 mois (18 semaines) dans l'immédiat, de permettre après les 4 mois de congés maternité, pour les femmes qui allaitent, un congé allaitement prescrit par un médecin d'une durée pouvant aller jusqu'à 2 mois ;**
- d'étudier toutes les modalités de flexibilité de reprise du travail compatibles avec l'allaitement comme le temps partiel thérapeutique, le télétravail ;
- de rémunérer l'heure d'allaitement autorisée en milieu du travail et d'assouplir son application ;
- de faire évoluer la réglementation sur les lieux pour allaiter au travail et de prévoir des dispositions spécifiques pour un lieu adapté pour tirer son lait et le stocker (par exemple : un espace isolé avec un fauteuil confortable, un lavabo et un réfrigérateur à proximité) ;
- d'améliorer l'accueil du bébé allaité chez les assistantes maternelles ou en crèche en levant les obstacles réglementaires qui empêchent l'utilisation du lait maternel.

Objectif 1.4 : Réduire les inégalités sociales de santé en matière d'allaitement

Considérant

- l'absence de valorisation économique du travail des femmes au foyer et allaitantes ;
- que « les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance » selon le rapport Insee de 2020¹⁴ ;

¹⁴ [Les inégalités sociales de santé apparaissent avant la naissance et se creusent durant l'enfance – France, portrait social | Insee](#)

- que la pratique de l'allaitement est moins développée dans les groupes socio-économiques à faibles revenus ;
- que les freins à l'allaitement comme le surpoids ou l'obésité maternelle ou la consommation de tabac ont une prévalence plus élevée chez les femmes les plus socialement défavorisées (ENP 2021) ;
- que les femmes exerçant des emplois précaires, des métiers peu valorisés, recevant des bas salaires ont les conditions les moins favorables pour continuer à allaiter à la reprise du travail ;
- que les femmes exerçant certains emplois sont plus exposées à des contaminants dans le milieu professionnel ¹⁵ ;
- que les femmes ayant un faible niveau d'éducation sont moins armées pour résister au marketing du lait artificiel (OMS) ;
- les avantages de l'allaitement maternel en situation d'urgence humanitaire ou d'extrême précarité ;
- que pour avoir un impact qui réduise les inégalités sociales de santé il faut appliquer le principe de l'universalisme proportionné, en impliquant les acteurs de terrain et les populations concernées

Le HCSP recommande de :

- **Développer des actions spécifiques de protection de l'allaitement en direction des femmes les plus vulnérables avec les acteurs de terrain** dans le plan de protection de l'allaitement de renforcer l'accompagnement des femmes les plus vulnérables, et leur suivi à domicile en sortie de maternité notamment par la PMI en soutenant cette mission *via* la « contractualisation préfet/ARS/département en prévention et protection de l'enfance » ; par la pair-aidance (programme PRALL), la médiation en santé (voir référentiel de la HAS)
- Prévoir une allocation allaitement pour les femmes au foyer ou sans emploi en situation de précarité ;
- Mettre à disposition des crèches à proximité du lieu de travail et, pour les employeurs, mettre des salles d'allaitement, en particulier dans les emplois manuels et les sociétés de services pour lesquels de telles installations font souvent défaut ;
- Protéger les populations précaires du marketing du lait artificiel afin de restaurer l'image bénéfique de l'allaitement (en PMI, centre de santé, centres sociaux, etc.) ;
- Préconiser un cahier des charges pour les banques alimentaires, pour les centres d'accueil et d'hébergement afin d'encourager l'allaitement maternel : avoir une politique claire pour la distribution des produits visés par le code OMS et les rendre accessibles sur demande seulement ;
- Préserver l'allaitement maternel dans les situations d'urgences humanitaires et pour les femmes sans abri (recommandation de l'OMS) ;
- Favoriser la création de lieux permettant d'allaiter en sécurité dans l'espace public (PMI, centre sociaux, pharmacie).

Objectif 1.5 : Mettre fin aux pratiques de marketing abusives des laits artificiels pour protéger le choix des femmes qui souhaitent allaiter

Considérant

- que la stratégie marketing et le *lobbying* des industriels du lait artificiel pour empêcher les mesures de protection de l'allaitement sont en partie responsables des faibles taux d'allaitement et de conséquences négatives sur la santé des nourrissons et des mères ;

¹⁵ par exemple : emplois dans les métiers d'entretien, coiffure, ongleserie

- que le code OMS de commercialisation des laits artificiels publié en 1981¹⁶, n'est repris que très partiellement dans le code de la consommation ;
- que les allégations santé de marketing sur les laits artificiels, laits de suite et de croissance ne sont pas scientifiquement prouvées (références Lancet et BMJ 2022,2023) ;
- que le Comité des droits de l'enfant des Nations Unies, dans son examen du rapport de 2016 recommande à l'État français de « mettre pleinement en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » ;
- les pratiques abusives de commercialisation des laits artificiels et le contournement systématique du code OMS (y compris par le marketing digital) dans le monde et en particulier en Europe révélées par l'OMS en 2022 ;
- que l'action du PNNS 2019-2023 de diligenter une inspection de l'application du code OMS par l'Inspection générale des Affaires sociales (Igas) n'a pas été réalisée à ce jour ;
- que tout lien d'intérêt influence les recommandations nutritionnelles, la qualité de l'information dans les formations et les congrès, les résultats de la recherche ;
- les liens d'intérêts déclarés par des experts français en nutrition infantile auprès des industriels de l'alimentation infantile ;
- que les industries des laits artificiels ne sont pas soumises à la même transparence et à la même réglementation que d'autres produits à finalité sanitaire destinés à l'humain comme les médicaments ou le lait maternel des lactariums¹⁷ ;

Le HCSP recommande de :

- Inscrire le respect de l'intégralité du code OMS dans la réglementation, c'est-à-dire élargir son application à tous les laits artificiels destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants jusqu'à 3 ans avec des mesures de contrôle et des sanctions effectives¹⁸ ;
- Faire évoluer la réglementation (ministère de la santé) afin de garantir la transparence des liens d'intérêt et rendre obligatoires et évaluer sa mise en œuvre
 - Pour les entreprises commercialisant des laits artificiels, la déclaration dans la base de données publiques Transparence-Santé des informations concernant les conventions, les rémunérations et les avantages liant ces entreprises et les acteurs du secteur de la santé,
 - Pour les professionnels, la déclaration de leurs liens d'intérêt avec les industriels du lait artificiel dans leur Déclaration Publique d'Intérêt (DPI) et dans leurs publications scientifiques.
- Faire évoluer la réglementation pour contraindre les industriels à communiquer la composition chimique exacte des laits artificiels (substances réglementées, substances intentionnelles sous forme de macroparticules mais aussi nanoparticulaire, substances non intentionnelles¹⁹).

Objectif 1.6 - Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement maternel

¹⁶ Code international de commercialisation des substituts du lait maternel 1981 [CODE_F~1.DOC\(who.int\)](#)

¹⁷ Les entreprises soumises à la transparence sont définies dans la note d'information [Santé. Protection sociale. Solidarité - N° 7 du 15 août 2017 \(sante.gouv.fr\)](#)

¹⁸ Les recommandations du code OMS concernant les tétines et biberons paraissent moins prioritaire que celles qui concernent tous les laits artificiels

¹⁹ Les substances non intentionnelles se définissent comme des impuretés dans les substances utilisées, intermédiaires de réaction, formées au cours du processus de production, des produits de décomposition ou de réaction et qui peuvent, par exemple, se transférer dans les aliments.

Considérant

- les propositions du rapport Turck sur la recherche non encore mises en œuvre ;
- que la recherche sur l'impact du marketing des fabricants du lait artificiel est peu développée en France ;
- le besoin de mieux comprendre les freins à l'allaitement pour les populations les plus défavorisées afin de proposer des mesures d'accompagnement adaptées.

Le HSCP recommande de :

- Encourager et soutenir la recherche académique et institutionnelle sur l'allaitement et garantir sa qualité méthodologique et son indépendance de tout intérêt commercial ou conflit d'intérêt ;
- Poursuivre les études sur la physiologie de l'allaitement, le microbiote et l'épigénétique, sur les interactions physiologiques entre la mère et l'enfant au cours de l'allaitement ;
- Orienter les recherches sur les bénéfices économiques de l'allaitement prenant en compte ses effets sur la réduction de la morbi-mortalité, sur le système de santé et sur l'économie familiale ;
- Réaliser une étude de recherche participative auprès des femmes socialement défavorisées et/ou en situation de grande précarité, pour mieux comprendre leurs freins à l'allaitement, afin de mettre en place des mesures d'accompagnement adaptées.

Axe stratégique 2 : Prévention des expositions aux contaminants environnementaux pour les femmes en âge de procréer, enceintes, allaitantes et les nourrissons

La prévention de la présence de contaminants dans le lait maternel ne peut être efficace que si elle commence bien avant la vie fœtale, donc par la diminution de l'exposition de la population afin que les femmes en âge de procréer soient moins contaminées lorsqu'elles débutent une grossesse et ensuite un allaitement. Cette stratégie nécessite l'identification des sources de ces contaminations et leur gestion.

Objectif 2.1: Prévenir les expositions environnementales non professionnelles en identifiant les sources

Considérant

- l'exposition de la population générale à de multiples contaminants persistants et non persistants via l'eau, l'air, l'alimentation, les produits cosmétiques, les produits ménagers, les emballages au contact des denrées alimentaires, les résidus de médicaments, etc., selon le concept d'exposome ;
- l'impact majeur des expositions multiples aux polluants chimiques de l'environnement sur la santé des populations ;
- la possibilité pour les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes et les femmes allaitantes de présenter des contaminations diverses à des niveaux variables ;
- que les expositions via le lait maternel ne constituent qu'une faible partie des expositions du nourrisson, qu'elles sont en lien avec les expositions antérieures de la mère et que cette période d'exposition liée à l'allaitement maternel est moins prédominante que la période de gestation.

Le HCSP recommande d'engager des politiques publiques ambitieuses de prévention visant à réduire l'exposition de la population générale, dont les femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes et les nourrissons, aux contaminants, en particulier aux polluants persistants les plus préoccupants.

Objectif 2.2 : Prévenir les expositions environnementales professionnelles

Considérant

- que certaines activités professionnelles sont associées à des procédés de travail qui utilisent des produits chimiques commercialisés²⁰ ou génèrent des produits intermédiaires, par réactions chimiques ou dégradation thermique ou mécanique²¹, susceptibles d'exposer directement, indirectement ou passivement les travailleurs ;
- qu'en l'absence de dispositifs de prévention adaptés, ces activités peuvent provoquer des expositions importantes ;
- qu'en fonction des espèces chimiques concernées et de leurs caractéristiques physico-chimiques et toxico-cinétiques, ces molécules peuvent contaminer les femmes en âge de procréer, *a fortiori* lorsqu'elles sont enceintes ou qu'elles allaitent, et qu'elles peuvent se retrouver dans le lait maternel ;

Le HCSP recommande de tracer, mesurer et supprimer les substances les plus préoccupantes ou, à défaut, maîtriser les expositions des femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes par des mesures de prévention adaptées.

Objectif 2.3 : Mieux protéger contre les expositions environnementales professionnelles

Considérant

- que le Code du travail interdit aux femmes enceintes et allaitantes les activités exposant à certains agents chimiques listés dans le Code du travail ;
- que ces listes ne prennent pas en compte toutes les substances mises en évidence dans le lait maternel grâce aux études de bio-surveillance, et auxquelles les femmes pourraient être exposées dans certaines activités professionnelles ;
- que les interdictions visées par le Code du travail n'interviennent qu'à partir du moment où l'état de grossesse est connu de l'employeur ou du médecin du travail²² ;
- que lorsqu'un aménagement du poste de travail n'est pas possible, le Code de la sécurité sociale permet de protéger la femme enceinte en l'excluant momentanément d'un travail exposant aux reprotoxiques interdits dans le Code du travail et que cette mesure ne s'applique qu'un mois au plus après l'accouchement ;
- qu'il n'existe aucun texte concernant la protection des femmes enceintes et allaitantes pour les travailleuses indépendantes ou libérales.

²⁰ Matières premières, produits d'entretien et de maintenance

²¹ Hydrocarbures aromatiques polycycliques, particules ultrafines, etc.

²² La transmission de la déclaration de grossesse de l'employeur vers les services de prévention et de santé au travail n'est pas obligatoire ([Femmes enceintes au travail : quelle réglementation applicable ? - Actualité - INRS](#)) ; de plus, lorsqu'elle est faite, elle est souvent très tardive par rapport au début de la grossesse, et ne permet pas d'anticiper un éventuel allaitement. Les visites de reprise après congé de maternité ne sont pas toujours réalisées.

Le HCSP recommande de :

- Contrôler la mise en application dans les entreprises et dans les services de prévention en santé au travail des dispositions de prévention et de protection contre les expositions environnementales ;
- Rendre obligatoire, dès l'embauche, la transmission à tout salarié de l'information sur les risques, pour la reproduction, du poste de travail occupé en précisant les situations potentiellement exposantes spécifiques à ce poste de travail et les moyens mis en œuvre pour les prévenir ;
- Mettre en œuvre les moyens d'inciter les femmes enceintes à informer le service de prévention et de santé au travail dès la connaissance de leur grossesse afin que ce service puisse adapter éventuellement le poste de travail avant le congé de maternité et après le retour en cas d'allaitement ;
- Renforcer la surveillance médicale et professionnelle par les services de prévention et santé au travail concernant les femmes enceintes et allaitantes afin de vérifier l'efficacité de la prévention déployée pour le poste de travail ;
- Identifier les activités professionnelles susceptibles d'exposer à des substances préoccupantes pour la reproduction et l'allaitement ;
- Analyser la contribution des expositions professionnelles, en incluant les calendriers professionnels, dans les programmes de bio-surveillance en population générale ou dans les cohortes spécifiques (comme la cohorte ELFE) ;
- Réviser et compléter le Code du travail et le Code de la sécurité sociale pour une meilleure prise en compte de l'ensemble des risques pour la reproduction en milieu de travail ;
- Repérer sur les différents postes d'expositions professionnelles des femmes enceintes et allaitantes les substances chimiques exposant les femmes en milieu professionnel :
 - o susceptibles de passer dans le sang et le lait maternel (en fonction des déterminants du passage sang/lait des agents chimiques) ;
 - o et/ou ayant déjà été mises en évidence dans le lait maternel (en particulier à l'occasion des programmes de biosurveillance) ;
 - o et/ou ayant déjà fait l'objet d'un classement incluant le risque de contamination du lait maternel (en particulier le classement CLP (Classification, Labelling, Packaging) de l'Union européenne, mention H362 : « peut être nocif pour les bébés nourris au lait maternel » ; rubrique allaitement de la base DEMETER des reprotoxiques professionnels de l'Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)).

Objectif 2.4 : Développer la recherche concernant la contamination des femmes en âge de procréer, enceintes et allaitantes et les recherches sur les contaminants du lait maternel en relation avec des expositions environnementales et professionnelles**Considérant**

- que les études sur l'imprégnation par les contaminants environnementaux chez les femmes enceintes manquent en France²³ ;
- qu'il y a peu d'études sur la présence de contaminants dans les laits artificiels reconstitués prenant en compte le mode de conditionnement/préparation ;

²³ L'étude ESTEBAN n'a pas inclus les femmes enceintes ou allaitantes ni les enfants jusqu'à 6 ans.

- qu'il n'y a pratiquement pas d'étude menée en France sur la présence de contaminants dans le lait maternel chez les femmes incluses dans les cohortes de travailleurs en association avec leurs activités et leur environnement ;
- qu'il est essentiel de combler ce manque pour évaluer les risques et revoir les stratégies de prévention en cas d'exposition en incluant le milieu professionnel ;
- que des échantillons collectés dans les cohortes mère-enfant, par exemple dans la cohorte nationale ELFE, n'ont pas été analysés ;

Le HCSP recommande de :

- **Conduire une étude française représentative de la population, en association avec les études européennes, sur la contamination de la femme enceinte, allaitante et du lait maternel, des laits artificiels ainsi que de l'enfant sur la période de 0-6 ans en lien avec les contaminants de l'environnement.** Cette étude de biosurveillance pourrait s'appuyer sur la constitution d'une cohorte de grande ampleur, aux niveaux français et européen, en fusionnant les cohortes existantes, et en décrivant les caractéristiques des populations²⁴. Elle pourrait également être intégrée à l'étude de biosurveillance Albane en prenant en compte l'exposition des femmes enceintes ou allaitantes ainsi que le suivi des enfants âgés de 0 à 6 ans. Elle pourrait s'appuyer sur la méthodologie proposée en annexe 14 ;
- **Utiliser les échantillons et les données collectées dans la cohorte nationale ELFE²⁵ pour mieux comprendre les impacts de la contamination de la femme enceinte et du lait maternel sur la santé de l'enfant.**

Ces recommandations impliquent de :

- Mettre en place, concernant les dosages, l'établissement d'un protocole de recueil et de conservation des échantillons de lait, le recueil des informations sur leur provenance géographique ainsi que des informations sur les donneuses (catégories socioprofessionnelles : CSP, situations professionnelles, ...), le développement de ces analyses ciblées de substances chimiques préoccupantes présentant un effet toxique avéré ainsi que des analyses non ciblées pour évaluer l'exposition à des contaminants émergents ou inconnus ;
- Financer les plateformes d'analyses en vue d'une amélioration des résultats des dosages et soutenir le réseau de plateformes de « France exposome » pour la matrice lait, y compris au niveau européen ;
- Soutenir la recherche en toxicologie classique et prédictive qui développe de nouvelles approches méthodologiques visant à réduire le recours à l'expérimentation animale ;
- Reconstituer le parcours de vie des femmes concernées afin de rechercher une éventuelle contribution des expositions professionnelles et environnementales en cas de constat d'une contamination chimique d'un échantillon de lait maternel à l'occasion d'un programme de bio-surveillance en population générale ou dans une cohorte.

Considérant

²⁴ Comportements alimentaires, IMC, CSP, primipares/multipares, professions ...

²⁵ Dans cette cohorte des prélèvements biologiques (sang, urines et cheveux maternels, colostrum notamment) ont été collectés en maternité, mais ont encore peu été analysés sous l'angle des contaminants de l'environnement.

- que la prévention sera d'autant plus adaptée que les mécanismes de contamination du lait maternel seront évalués (substances chimiques en cause et activités responsables des expositions à ces substances) et que ces informations seront connues, comprises et mises en œuvre par les employeurs et les travailleurs ;
- que cela nécessite d'apporter des connaissances sur le repérage des substances en cause, l'origine des expositions à ces substances, l'évaluation de la contribution des activités professionnelles responsables de ces expositions, et l'optimisation des classifications permettant le partage de informations actualisées et validées ;
- que les sous-produits générés par les procédés de travail, comme les substances résultant de réactions chimiques dans l'air, les sous-produits de dégradation thermique ou mécanique y compris les particules nanométriques non intentionnelles appelées aussi particules ultrafines ne sont pas (CLP) ou peu (DEMETER) prises en compte ;

Le HCSP recommande d'améliorer les classements existants des substances reprotoxiques en intégrant mieux les substances non commercialisées.

Axe stratégique 3 : Formation des professionnels, information des futurs et jeunes parents, communication

Objectif 3.1 : Formation des professionnels à l'accompagnement de l'allaitement maternel d'une part et, d'autre part, à la prévention des expositions maternelles et du nourrisson aux contaminants

Considérant

- la notion d'exposome inscrite dans la loi « Santé » du 27 janvier 2016 ;
- le rapport de la Commission des 1000 premiers jours qui rend compte que « *l'adulte est l'héritier de l'enfant qu'il a été. [...] Les trajectoires de vie vers une bonne santé, mais aussi le risque des principales atteintes à la santé de l'âge adulte sur le plan somatique, mental et social, se mettent en place très tôt* » ;
- les effets néfastes de nombreux contaminants présents dans les compartiments air/sol/eau ainsi que dans les aliments, même à très faible dose par exemple pour les perturbateurs endocriniens ;
- que la lactation est physiologique mais que l'allaitement maternel nécessite un apprentissage et que beaucoup de femmes rencontrent des difficultés d'allaitement ;
- l'importance majeure de la qualité de l'accompagnement des femmes pour encourager l'initiation et pour éviter un arrêt précoce de l'allaitement maternel ;
- que les professionnels de santé en périnatalité et en premier recours sont en première ligne pour soutenir les femmes qui souhaitent allaiter ;
- que les professionnels de santé en périnatalité et en premier recours sont en première ligne pour répondre aux inquiétudes des futurs et jeunes parents concernant l'allaitement maternel et les risques liés aux contaminations de l'environnement ;
- le manque de formation initiale et continue sur l'allaitement maternel notamment pour les médecins, sage-femmes et puéricultrices ;
- que les professionnels de santé insuffisamment formés tiennent des discours contradictoires qui sont un frein à l'allaitement et que 7 % des femmes déclarent avoir été découragées d'allaiter par un professionnel de santé ;
- que l'action du PNNS 4 sur l'inscription de l'allaitement dans le développement professionnel continu (DPC) n'a pas été mise en œuvre pour l'ensemble des professionnels concernés ;
- l'hétérogénéité des formations à l'allaitement et l'absence d'un référentiel national pour ces formations.

Le HCSP recommande de :

- Renforcer, améliorer et rendre plus cohérente la **formation initiale et la formation continue, en l'inscrivant dans le DPC, des professionnels de santé et de la périnatalité²⁶** en intégrant l'allaitement maternel et la prévention de l'exposition aux contaminants, en milieu professionnel et non professionnel, des femmes enceintes, allaitantes et des nourrissons. Ces formations doivent être totalement indépendantes des industriels qu'il s'agisse de leur contenu, de leur organisation ou des supports de formation. Ainsi il faut veiller à supprimer le parrainage, par les industries, des réunions de professionnels de santé ou des réunions scientifiques ;
- Élaborer un référentiel national de formation qui intègre les 12 conditions pour le succès de l'allaitement de l'OMS et labelliser les formations sur la base de ce référentiel ;
- Proposer des formations courtes et/ou en ligne pour permettre une sensibilisation de l'ensemble des professionnels de santé ;
- Mettre en place des financements de la formation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et sur l'allaitement, cela en indépendance absolue de l'industrie agroalimentaire ;
- Faire connaître aux professionnels de santé les recommandations du CNSF 2021 sur « l'initiation et le soutien à l'allaitement », et sur « la prévention sur les expositions domestiques aux agents chimiques et l'utilisation de produits cosmétiques.

Objectif 3.2: Informer les futurs et jeunes parents sur la protection de la santé de leur enfant par l'allaitement maternel**Considérant**

- les bénéfices de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant et son développement, et sur la relation mère-enfant ;
- que le lait maternel n'est pas juste un aliment mais un liquide biologique, vivant, adapté à chaque nourrisson en fonction de ses besoins et que l'allaitement maternel apporte d'autres avantages que ses éléments nutritionnels ;
- que l'étude de l'OMS réalisée en 2022 montre que le marketing agressif des laits artificiels décourage l'allaitement maternel et influence le choix des parents et les discours des professionnels ;
- la nécessité d'informer de façon transparente sur la présence de contaminants ubiquitaires auxquels sont exposées les femmes enceintes et les nourrissons via le lait maternel, le lait artificiel, l'eau de reconstitution des biberons et les contenants ;
- l'évolution constante des connaissances sur les expositions et les impacts des polluants sur la santé ;
- que le lait artificiel est un aliment ultra-transformé selon la classification NOVA 4, et que son goût standardisé ne favorise pas l'acceptation par l'enfant d'une grande variété d'aliments ;
- que l'allaitement maternel est écoresponsable ; il génère moins de gaz à effet de serre que le lait artificiel ; il ne produit pas de déchets ; il ne consomme pas d'eau ; il ne nécessite pas de transport ;
- l'intérêt économique de l'allaitement maternel pour les familles et pour les systèmes de santé ;
- les recommandations de l'*European Food Safety Authority* (EFSA) de 2019 sur l'âge d'introduction d'une alimentation complémentaire chez le nourrisson ;
- l'importance de l'implication du co-parent dans le soutien au projet d'allaitement, les soins au nouveau-né et les tâches ménagères, pour autant qu'elle est facilitée par la prolongation du congé paternité ;

²⁶ Sage-femmes, obstétricien(ne)s, pédiatres, médecins généralistes, médecins du travail, infirmier(e)s, puériculteur(trice)s, pharmacien(ne)s, assistant(e)s maternel(le)s

Le HCSP recommande de :

- Prendre toutes les mesures pour informer les parents de façon claire, conforme aux données scientifiques actuelles, indépendante de l'influence de l'industrie et de la pression de la société afin de leur permettre de faire un choix éclairé vis-à-vis de l'allaitement maternel et de respecter leur choix quel qu'il soit ;
- Informer les parents des recommandations françaises :
 1. Allaiter au moins jusqu'à 6 mois et aussi longtemps que souhaité
 2. Toute période d'allaitement maternel même inférieure à 6 mois est bénéfique
 3. La diversification alimentaire peut être initiée entre 4 mois révolus et 6 mois lorsque le développement du nourrisson le permet tout en poursuivant l'allaitement maternel ;
- Garantir une information cohérente des 2 futurs parents sur l'allaitement maternel pendant la grossesse à l'occasion des consultations de suivi de grossesse, de l'entretien prénatal précoce, de la préparation à la naissance et à la parentalité et de la consultation de prévention en s'appuyant sur le livret de Santé publique France ;
- Informer les parents sur les rythmes et besoins du bébé, et sur l'intérêt économique et écologique de l'allaitement ;
- Informer les parents que le lait artificiel est un aliment industriel transformé qui ne pourra jamais être équivalent au lait maternel.

Objectif 3.3 : Améliorer l'information sur les expositions environnementales non professionnelles**Considérant**

- les nombreuses sources d'exposition aux contaminants persistants et non persistants et la nécessité d'informer les futurs et jeunes parents de la manière la plus claire et la plus pédagogique possible ;
- que l'information sur la prévention de l'exposition de la femme enceinte et du nouveau-né aux contaminants de l'environnement, ne prend pas en compte la période spécifique de l'allaitement maternel.

Le HCSP recommande de :

- Soutenir les associations indépendantes de formation, sans conflit d'intérêt, impliquées dans la formation des personnels de santé et l'information des futurs et jeunes parents sur l'exposition aux contaminants ;
- Promouvoir la restriction voire l'interdiction de recourir aux substances les plus préoccupantes pour les femmes enceintes, allaitantes et les nourrissons, telles qu'elles sont mises en évidence par les programmes de bio-surveillance ;
- Signaler la présence dans les objets du quotidien des substances les plus préoccupantes pour les femmes enceintes, allaitantes et les nourrissons, à l'aide d'un pictogramme, comme cela existe déjà pour les médicaments et les alcools ;
- Donner aux parents une information sur l'exposition aux contaminants environnementaux, élaborée par Santé publique France (site internet 1000 premiers jours) et déclinée, en lien avec les ARS et les professionnels de périnatalité sur l'ensemble du territoire (hexagone et outremer). Cette information détaille précisément les sources de contamination non évitables, mais partiellement gérables (alimentation, environnement intérieur, air, eau), et les sources de contamination évitables (tabagisme actif/passif, alcool, bougies, produits insecticides, produits cosmétiques...).

Objectif 3.4 : Organiser la réponse rapide des autorités en cas de crise sanitaire environnementale**Considérant**

- la fréquence des crises sanitaires environnementales associées à des accidents industriels (incendies, explosions, ...) ou à la découverte de contaminations dans l'eau ou dans les aliments ;
- la nécessité d'informer, lors de ces crises, l'ensemble de la population sur les mesures de protection vis-à-vis des contaminations dans l'air, dans l'eau ou l'alimentation, et ce, le plus rapidement possible ;
- que les femmes enceintes et allaitantes sont particulièrement vulnérables.

Le HCSP recommande de proposer, en cas de situation de crise (épisode de pollution par exemple), des éléments de langage pour diffuser une information claire et officielle sur les recommandations liées aux risques environnementaux pour les femmes enceintes et allaitantes et les informer en priorité sur les risques et les mesures de gestion (Assurance maladie ou sur la plateforme Recosanté).

Objectif 3.5 : Communiquer plus largement sur l'allaitement maternel et les contaminations environnementales du lait maternel et du lait artificiel**Considérant**

- que les pratiques d'allaitement sont « invisibles » dans l'espace public et social ;
- l'existence d'une semaine mondiale de l'allaitement maternel ;
- que les perceptions des femmes et de leur entourage sont déterminantes pour leur choix ;
- les injonctions contradictoires concernant l'alimentation des nourrissons que subissent les femmes en France ;
- que la communication gouvernementale sur l'allaitement maternel ne dispose pas des moyens considérables de l'industrie du lait artificiel ;
- l'impact du marketing numérique des industries du lait artificiel.

Le HCSP recommande de :

- Établir une politique de communication pour informer de façon claire, transparente, non anxiogène sur les contaminations environnementales pour les femmes enceintes et allaitantes ;
- Normaliser l'image de l'allaitement auprès du grand public dans la société, ce qui pourrait passer notamment par des moyens de communication actuels pour s'adapter aux jeunes parents (réseaux sociaux, images de femmes allaitantes dans les séries, les BD, les informations officielles ...)
- Favoriser l'identification des lieux publics permettant l'allaitement maternel et l'information des femmes allaitantes sur la localisation de ces lieux (voir annexe 15).

Synthèse produite par le HCSP

Le 12 juin 2024

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr