

Source :

Gribble, K.D., Smith, J.P., Gammeltoft, T., Ulep, V., Van Esterik, P., Craig, L., Pereira-Kotze, C., Chopra, D., Siregar, Mohammad Hajizadeh, A.Y. M., and Mathisen, R. Breastfeeding and infant care as 'sexed' care work: reconsideration of the three Rs to enable women's rights, economic empowerment, nutrition and health. *Front. Public Health*, Sec. Public Health Policy. Volume 11 - 2023. October 11, 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1181229>

Traduction pour le MAQ : Marylie Roger, trad. a. (avec l'autorisation des autrice.eur.s)

## L'allaitement et la prestation de soins aux nourrissons, un travail de soins « sexué » : réexamen des trois R pour promouvoir les droits des femmes, leur autonomisation économique, leur nutrition et leur santé

Karleen D. Gribble<sup>1\*</sup>, Julie P. Smith<sup>2</sup>, Tine Gammeltoft<sup>3</sup>, Valerie Ulep<sup>4</sup>, Penelope Van Esterik<sup>5,6</sup>, Lyn Craig<sup>7</sup>, Catherine Pereira-Kotze<sup>8</sup>, Deepta Chopra<sup>9</sup>, Adiatma Y. M. Siregar<sup>10</sup>, Mohammad Hajizadeh<sup>11</sup> and Roger Mathisen<sup>12</sup>

<sup>1</sup>School of Nursing and Midwifery, Western Sydney University, Parramatta, NSW, Australia, <sup>2</sup>National Centre for Epidemiology and Population Health, Australian National University, Canberra, ACT, Australia, <sup>3</sup>Department of Anthropology, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark, <sup>4</sup>Philippine Institute for Development Studies, Quezon City, Philippines, <sup>5</sup>Department of Anthropology, York University, Toronto, ON, Canada, <sup>6</sup>Department of Sociology and Anthropology, University of Guelph, Guelph, ON, Canada, <sup>7</sup>School of Social and Political Sciences, University of Melbourne, Melbourne, VIC, Australia, <sup>8</sup>School of Public Health, Faculty of Community and Health Sciences, University of the Western Cape, Cape Town, South Africa, <sup>9</sup>Institute of Development Studies, University of Sussex, Brighton, United Kingdom, <sup>10</sup>Center for Economics and Development Studies, Department of Economics, Faculty of Economics and Business, Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia, <sup>11</sup>School of Health Administration, Dalhousie University, Halifax, NS, Canada, <sup>12</sup>Alive and Thrive East Asia Pacific, FHI Solutions, Hanoi, Vietnam

La santé et l'état nutritionnel des femmes<sup>1</sup> tout au long de leur vie sont étroitement liés à leurs antécédents reproductifs, dont le nombre de grossesses et d'accouchements, l'espacement des naissances, ainsi que la durée et l'exclusivité de l'allaitement. La biologie reproductive des femmes est

---

<sup>1</sup> Les définitions suivantes sont utilisées dans le présent document. Les termes « femmes » et « mères » désignent respectivement les personnes et les parents de sexe féminin, et les termes « hommes » et « pères », les personnes et les parents de sexe masculin. Nous avons choisi d'utiliser un langage basé sur le sexe des personnes parce que le système reproductif des femmes, leur santé et leurs droits sont au cœur des questions examinées, y compris pour celles ayant des identités de genre diverses. Nous utilisons « égalité entre les genres » pour exprimer l'idée que le sexe d'une personne ne doit pas restreindre ses droits, ses responsabilités ou ses perspectives, et que les intérêts, les besoins et les priorités tant des femmes que des hommes doivent être pris en compte. L'« équité entre les genres » est utilisée pour décrire une répartition à parts égales entre les hommes et les femmes. La terminologie relative au sexe, au genre et à l'identité de genre est controversée. Pour en savoir plus, voir Gribble KD, Bewley S, Bartick MC, Mathisen R, Walker S, Gamble J, et al. Effective communication about pregnancy, birth, lactation, breastfeeding and newborn care: the importance of sexed language. *Front Glob Women's Health* (2022) 3. doi: [10.3389/fgwh.2022.818856](https://doi.org/10.3389/fgwh.2022.818856).

quant à elle étroitement influencée par leurs rôles sociaux et leur situation, notamment au regard des désavantages économiques qu'elles subissent et de la charge disproportionnée de travail non rémunéré qui leur incombe. *Reconnaître, réduire et redistribuer* les tâches domestiques et parentales réalisées par les femmes (les trois R) est un cadre conceptuel bien établi pour lutter contre les inégalités du travail de soins non rémunéré des femmes. Cependant, l'allaitement, une activité de soin non rémunérée, pose un dilemme, et constitue même un sujet de discordance pour les personnes qui militent en faveur de l'autonomisation des femmes, car réduire l'allaitement et le remplacer par des préparations commerciales pour nourrissons comportent des risques pour la santé des femmes et des enfants. Il est donc nécessaire de reconnaître les interactions entre la biologie reproductive des femmes et la prestation de soins aux nourrissons afin de promouvoir les droits des femmes et de permettre aux gouvernements de mettre en œuvre des politiques relatives à l'économie, à l'emploi et à d'autres domaines pour favoriser l'autonomisation des femmes. Dans cet article, nous soutenons que l'allaitement, tout comme l'accouchement, est un travail de soins dont la charge ne devrait pas être réduite et dont la responsabilité ne peut être redistribuée directement aux pères ou à d'autres personnes. Nous estimons plutôt que l'approche des trois R devrait être reconceptualisée de manière à ce que l'allaitement soit considéré comme un travail de soins « sexué » qui devrait être soutenu, et non réduit, et que des mesures devraient être prises pour éviter de nuire à l'allaitement. Par conséquent, les initiatives en faveur de l'égalité entre les genres devraient être analysées en fonction de leur effet sur la capacité des femmes à allaiter. Cette reconceptualisation nécessite aussi des ajustements au sein des principales institutions économiques internationales et des systèmes nationaux de collecte de données pour reconnaître adéquatement la valeur de ce travail. De plus, des mesures structurelles supplémentaires, comme la protection des femmes durant la période périnatale et l'accès aux services de garde, s'avèrent essentielles pour éviter que la maternité et l'allaitement ne désavantagent les femmes dans le cadre des efforts visant à réduire les écarts de rémunération entre les genres et les inégalités sur le plan économique. Enfin, des interventions politiques distinctes sont également nécessaires pour faciliter l'engagement des pères dans la promotion et le soutien de l'allaitement par le partage des autres tâches non rémunérées et chronophages liées au travail de soins, tant pour les soins aux nourrissons et aux jeunes enfants que pour les tâches domestiques.

## MOTS-CLÉS

**égalité entre les genres, allaitement, nutrition périnatale, économie des soins, congé de maternité, protection de la maternité, comptabilité nationale**

## Introduction

L'allaitement, mode d'alimentation par lequel les nourrissons et les jeunes enfants sont nourris et réconfortés au sein, est une activité de soin non rémunérée dont les effets bénéfiques sont considérables, non seulement sur la santé, la survie et le développement des enfants, mais aussi sur la santé et le bien-être des femmes (1). Le travail de soins comprend les activités et les interactions nécessaires pour répondre aux besoins physiques, psychologiques et émotionnels des personnes, notamment des nourrissons et des jeunes enfants, mais aussi des personnes âgées, malades ou en situation de handicap (2). Les activités de soin peuvent être directes (comme allaiter un nourrisson ou

soigner une personne malade) ou indirectes (comme faire du ménage ou cuisiner) (2). Selon l'Organisation internationale du travail (OIT), le travail de soins est au cœur de l'humanité, car tous les êtres humains dépendent des soins pour survivre et s'épanouir. Ne pas soutenir de manière appropriée la prestation de soins non rémunérée fragilise le tissu social dont dépendent les sociétés (3-5). Alors que ce travail est indispensable, ce sont les femmes qui l'assument de manière disproportionnée, ce qui affecte leur bien-être et entrave leur autonomisation et leur pleine participation à la société (6). Nous sommes d'avis que le travail de soins a un « effet positif considérable et durable sur le bien-être et le développement » (7), et que le problème ne réside pas dans les soins en eux-mêmes, « mais dans le fait que les soins sont dispensés de manière disproportionnée par les femmes » (8). Il est admis que la disparité entre les genres dans le domaine de la prestation de soins non rémunérée doit être prise en compte pour atteindre l'objectif de développement durable (ODD) visant à autonomiser les femmes et les filles (9). Cependant, la spécificité de l'allaitement dans la biologie reproductive des femmes et les interactions qui en résultent entre la biologie et la santé des femmes, les soins qu'elles prodiguent ainsi que les normes et les attentes sociales doivent être considérés dans les initiatives en faveur de leur autonomisation (10). Dans le cas contraire, les actions visant à promouvoir l'égalité entre les genres pourraient avoir pour effet de porter atteinte aux droits des femmes, notamment à leurs droits à la santé et au travail, ce qui aurait de graves conséquences pour les femmes, les enfants et la société.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF recommandent de nourrir les enfants exclusivement au sein pendant les six premiers mois, et de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou plus (11). Porter atteinte à l'allaitement comporte des risques pour la santé reproductive et la nutrition des femmes. Par exemple, des grossesses rapprochées (<24 mois) rendent les femmes plus susceptibles de souffrir d'anémie (12-14), la carence nutritionnelle la plus courante chez les femmes en âge de procréer, qui touche 40 % des femmes enceintes dans le monde (15). Toutefois, l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant bloque l'ovulation, entraînant ainsi un effet protecteur contre les grossesses rapprochées (16), et l'allaitement au-delà de cette période continue de faire obstacle à la conception. Au Nigéria, l'allaitement pendant 10 mois ou plus a été fortement associé à un intervalle entre les naissances de plus de 24 mois (17). En Jordanie, l'intervalle entre les naissances était plus long de 5 mois chez les femmes qui ont allaité pendant plus de 12 mois comparativement à celles qui ont allaité moins longtemps (18). La baisse de fertilité causée par l'allaitement est plus marquée chez les femmes sous-alimentées, offrant une protection supplémentaire à celles qui en ont le plus besoin (19). Une étude récente menée en Afrique subsaharienne confirme l'importance de l'allaitement dans le contrôle de la fertilité chez les femmes les plus défavorisées (20). Dans les cas où la malnutrition est si grave qu'elle compromet la lactation, il est moins coûteux et plus efficace d'améliorer l'état nutritionnel de la mère en lui fournissant des aliments additionnels que d'offrir à l'enfant des préparations commerciales pour nourrissons (21, 22). En d'autres termes, nourrir la mère permet non seulement d'améliorer son état nutritionnel et sa santé, mais aussi de nourrir son bébé. Cependant, la nutrition des femmes qui allaitent ne reçoit souvent pas l'attention qu'elle mérite (23-25). Des taux plus élevés de morbidité et de mortalité maternelles ainsi qu'un état de santé plus précaire chez les nourrissons sont associés à de courts intervalles entre les grossesses, même dans les pays développés (26).

La biologie reproductive, en particulier l'arrêt prématuré de l'allaitement, est également l'une des principales causes de l'incidence élevée des cancers de l'appareil reproducteur chez les femmes dans les pays à revenu élevé (27). Des recherches menées en 2002 à partir de données collectées auprès de

57 000 femmes dans le monde entier montrent que les taux de cancer du sein dans les pays à revenu élevé diminuent de 42 % chez les femmes qui ont allaité chacun de leurs enfants pendant la durée recommandée (28). Des données épidémiologiques montrent en plus que les femmes qui cessent prématurément d'allaiter présentent un risque accru non seulement de cancers du sein et de l'ovaire, mais aussi d'autres maladies non transmissibles comme le diabète et les maladies cardiaques (29-31). Au niveau mondial, l'arrêt prématuré de l'allaitement entraînerait le décès d'au moins 845 000 enfants chaque année (principalement en raison de maladies infectieuses et de malnutrition) et d'au moins 98 000 femmes (en raison de cancers du sein et de l'ovaire et du diabète de type 2) (1, 31).

## Les trois R : renforcer l'égalité en matière d'allaitement

Les trois R — reconnaître, réduire et redistribuer — constituent la base d'un cadre qui gagne en importance pour faire face à la charge disproportionnée du travail de soins non rémunéré, un obstacle à l'égalité entre les genres. La première composante, la reconnaissance, implique de veiller à ce que le travail de soins soit valorisé et reconnu comme un élément essentiel du bien-être de la société (6). Une fois ce travail reconnu, des mesures doivent être prises pour réduire (2<sup>e</sup> R) cette charge et la redistribuer (3<sup>e</sup> R) à d'autres personnes, y compris aux partenaires masculins, aux autres membres de la famille, aux employeurs et à l'État, de sorte que les femmes n'aient plus à porter une responsabilité disproportionnée dans la prestation de soins (6). La réduction et la redistribution du travail de soins auprès des enfants bénéficieraient grandement aux femmes, car celles-ci pourraient participer plus facilement au marché du travail rémunéré, ce qui renforcerait leur sécurité financière et leur autonomisation (32, 33). Il est suggéré, directement ou indirectement, que la prestation de soins aux nourrissons soit incluse dans la redistribution du travail de soins, de manière à favoriser un partage équitable entre les genres (p. ex. 34-37).

L'allaitement soulève des défis particuliers pour l'égalité entre les genres en ce qui a trait à la prestation de soins aux enfants (33, 38). Les enquêtes nationales sur l'emploi du temps, qui recueillent des données sur toutes les activités effectuées par une personne au cours d'une journée de 24 heures, montrent que l'allaitement occupe un temps considérable. Une étude australienne a constaté que les femmes qui allaitent exclusivement des nourrissons âgés de trois à six mois consacrent en moyenne 17 heures par semaine à l'allaitement, auxquelles s'ajoutent 11 à 12 heures supplémentaires pour d'autres soins sur le plan affectif (réconfort, portage, câlins) (39). Les tétées sont réparties durant le jour et la nuit ; l'étude multiculturelle de l'OMS (Brésil, Ghana, Inde, Norvège, Oman et États-Unis) sur la référence de croissance a révélé que le nombre médian de tétées est de 10 par jour, allant jusqu'à plus de 15 dans certains cas, chez les nourrissons de trois mois allaités exclusivement ou quasi exclusivement (40). La poursuite de l'allaitement devient plus difficile lorsque les nourrissons ne sont pas à proximité de leur mère, surtout si elle occupe un emploi rémunéré.

Au Zimbabwe, une étude a montré que les femmes sur le marché du travail ne peuvent pas allaiter à la demande (41), ce qui, en raison du mécanisme de l'offre et de la demande assurant la production de lait maternel (42), met en péril leur allaitement. Il n'est donc pas surprenant que les mères ayant un emploi rémunéré au Brésil (43), au Zimbabwe (41) et au Népal (44) soient plus susceptibles que les autres d'arrêter prématurément l'allaitement exclusif. L'emploi a également un impact sur la capacité des femmes à poursuivre l'allaitement ; en Éthiopie, les femmes occupant un emploi sont moins susceptibles que les autres d'allaiter leur nourrisson jusqu'à un an (45). En Inde et en Afrique du Sud, malgré de bonnes connaissances sur l'importance de l'allaitement, les femmes travaillant dans le secteur informel

cessent l'allaitement après leur retour au travail en raison de difficultés logistiques et sociales (comme l'allaitement dans l'espace public) (46). Aux États-Unis (47) (où il n'y a pas de congé de maternité rémunéré prévu par la loi) et en Australie (48) (où le droit à un congé de maternité rémunéré de courte durée est reconnu), les femmes invoquent généralement le retour au travail pour justifier l'arrêt de l'allaitement. Par ailleurs, compte tenu de l'impact significatif du retour au travail sur l'allaitement, il est évident que la santé infantile s'en trouve affectée. Des études menées au Pakistan (49), au Bangladesh (49), en Éthiopie (45), en Inde (49) et au Népal (44, 49) ont montré que l'exercice d'un emploi chez la mère est associé à une augmentation des taux de malnutrition infantile.

S'il est admis que les droits reproductifs des femmes doivent être protégés, l'allaitement est souvent négligé, alors qu'il a trait lui aussi à la santé reproductive. La lactation commence par la production de colostrum pendant la grossesse, puis la sécrétion de lait se déclenche à l'accouchement, après l'expulsion du placenta (50). L'allaitement peut se poursuivre pendant plusieurs années suivant la première tétée au sein. La grossesse, l'accouchement et l'allaitement s'inscrivent dans le continuum de la santé reproductive, l'allaitement étant un processus biologique qui entraîne des effets sur la santé reproductive et les droits reproductifs qui y sont associés (38, 50, 51). Cependant, l'allaitement est un phénomène à la fois biologique et social. Les phénomènes sociaux (structures, institutions, normes) influencent l'allaitement par la manière dont ses particularités biologiques, le temps qui doit lui être consacré et la proximité qu'il exige pour le maintien d'une production de lait suffisante, sont pris en considération. Par conséquent, les droits des femmes en matière d'allaitement sont protégés par un certain nombre d'instruments relatifs aux droits de la personne et de documents connexes (p. ex. 52-60). Le fait que les femmes aient des droits fondamentaux en la matière ne signifie pas qu'elles sont obligées d'allaiter, pas plus qu'elles ne sont obligées d'être enceintes ou d'utiliser des moyens de contraception. Il ne faut pas non plus en déduire que l'allaitement est facile pour toutes les femmes ni que toutes souhaitent allaiter. En effet, les femmes ne devraient pas être empêchées d'allaiter. Elles devraient plutôt être soutenues dans leur parcours d'allaitement aux niveaux médical, familial et social, et être protégées contre la mésinformation sur l'alimentation infantile (50, 61).

## Le congé de maternité rémunéré : un outil pour favoriser la santé des femmes et leur droit à allaiter

Alors que l'allaitement est parfois ouvertement considéré comme un obstacle à l'égalité des genres (33), des voix s'élèvent pour réclamer une meilleure prise en compte de la prestation de soins aux nourrissons et de l'allaitement dans les politiques publiques (62). Le congé de maternité rémunéré offre un soutien essentiel à l'allaitement et au rétablissement des femmes après l'accouchement. L'OIT en avait d'ailleurs fait une priorité dans la première Convention sur la protection de la maternité, adoptée en 1919 (38). Les droits des femmes au congé de maternité et aux pauses d'allaitement énoncés dans cette première convention ont par la suite été actualisés et précisés dans d'autres instruments plus généraux relatifs aux droits de la personne, à la santé des femmes et à la non-discrimination en emploi (38). Pour que le congé de maternité protège les droits de toutes les femmes, il est évident qu'il doit être accessible non seulement pour les femmes qui travaillent dans le secteur formel, mais aussi pour celles — la majorité — qui travaillent dans le secteur informel (63).

L'accès à un congé de maternité rémunéré a des effets mesurables sur les taux d'allaitement. L'analyse des données du programme d'enquêtes démographiques et sanitaires, recueillies dans 38 pays à faible

revenu et à revenu intermédiaire, a montré qu'une augmentation de la durée du congé de maternité d'un mois serait associée à une hausse de 7,4 % des taux d'allaitement à la naissance et de 5,9 % des taux d'allaitement exclusif de 0 à 5 mois, ainsi qu'à une augmentation de 2,2 mois de la durée moyenne d'allaitement (64). Au Canada, l'allongement du congé de maternité rémunéré de 6 à 12 mois a permis d'augmenter les taux d'allaitement exclusif de 40 % et la durée moyenne d'allaitement d'un mois, tout en réduisant la proportion de femmes qui déclarent avoir cessé d'allaiter en raison de leur emploi (65).

Le congé de maternité rémunéré protège également la santé maternelle à court et à long terme. En Australie, l'instauration en 2011 d'un tel congé, d'une durée de 18 semaines, a amélioré la santé mentale et physique des femmes, en particulier celles qui occupent des emplois précaires (66). En Norvège, l'instauration en 1977 d'un congé de maternité rémunéré de 4 mois (et d'un congé non rémunéré de 12 mois) a permis d'améliorer les indicateurs de santé des femmes à l'âge de 40 ans, relativement à l'indice de masse corporelle, à la pression artérielle, à la douleur et à la santé mentale (67). Ce congé est aussi associé à une diminution du nombre de congés de maladie liés aux cancers du sein et de l'ovaire (67). Les mères célibataires et issues de milieux socioéconomiques défavorisés sont celles qui en bénéficient le plus. Considérant les effets reconnus de l'allaitement sur la santé des femmes, ces résultats peuvent être attribués au fait que davantage de femmes ont pu allaiter plus longtemps. En Europe, un congé de maternité rémunéré de plus de 12 semaines lors de la première naissance est associé à une réduction du risque de présenter des symptômes dépressifs à l'âge de 50 ans et plus (68). Une revue systématique récente a montré que l'accès au congé de maternité améliore invariablement la santé mentale des femmes et que, plus les termes sont avantageux (durée, montant de la rémunération), plus les bénéfices augmentent (69).

L'accès au congé de maternité favorise également la santé et le développement des enfants. L'analyse des données du programme d'enquêtes démographiques et sanitaires, recueillies dans 20 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, a révélé que chaque mois supplémentaire de congé de maternité rémunéré entraînerait 7,9 décès infantiles de moins pour 1000 naissances vivantes, soit une réduction relative de 13 % (70). Chaque semaine supplémentaire aurait aussi augmenté le taux de vaccination contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche de 2,2 % (71). Aux États-Unis, le risque d'hospitalisation des nourrissons dont la mère a bénéficié d'un congé de maternité non rémunéré serait presque deux fois moins élevé (47 %) par rapport aux autres (72). De plus, les nourrissons dont la mère est mariée et a fait des études universitaires, et qui a pris un congé de maternité non rémunéré, présenteraient un risque réduit de 16 % de succomber à une anomalie congénitale ou à des maladies d'origine inconnue (comme le syndrome de mort subite du nourrisson) comparativement à ceux dont la mère a des caractéristiques comparables sur le plan démographique, mais qui n'a pas pris un tel congé (72). Tanaka (73) a étudié l'effet du congé rémunéré après la naissance sur la mortalité infantile dans 18 pays à revenu élevé, et a constaté que chaque tranche de 10 semaines supplémentaire de congé est associée à une diminution de 4,1 % de la mortalité post-néonatale. Ces résultats démontrent qu'en plus d'être bénéfique pour la santé maternelle, le congé de maternité protège la santé infantile, et ce, tant dans les pays les plus pauvres que dans les pays les plus riches.

Bien que les politiques publiques et les programmes de protection de la maternité soient essentiels pour promouvoir la santé et la nutrition de la mère et de l'enfant, ainsi que l'égalité entre les genres, le manque d'accès au congé de maternité demeure problématique (74). Selon la plus récente étude mondiale de l'OIT, seuls 42 pays (sur 185) offrent un congé de maternité rémunéré de 18 semaines ou plus (75). Toutefois, une étude portant sur le coût lié à l'augmentation de la durée de ce type de congé a

montré que l'ajout d'une semaine aurait un coût médian de 195 \$ US au Brésil, de 50 \$ US au Ghana et de 83 \$ US au Mexique (76). Ces montants sont minimes par rapport au coût des services de garde et des préparations commerciales pour nourrissons. Au Mexique par exemple, le coût du service de garde pour un enfant est de 56 \$ US par jour, et celui des préparations commerciales pour nourrissons est de 39 \$ US par semaine (76). Une autre étude récente de l'OIT a montré que l'instauration d'un congé de maternité rémunéré adéquatement et la mise en place de pauses d'allaitement répondant à des normes minimales seraient des mesures viables sur le plan économique dans tous les pays qui représenteraient un coût total de 269 G\$ US en 2030, soit moins de 0,5 % du produit intérieur brut (PIB) (77). Ce montant est inférieur au coût économique annuel qui serait imputable au non-allaitement, estimé entre 341,3 G\$ US et 570 G\$ US (78).

De plus, le fait de permettre aux pères de prendre leur congé de paternité en même temps que les mères favorise l'allaitement et la santé des femmes. En Suède, lorsque les pères bénéficient de ce congé, la durée de l'allaitement exclusif augmenterait (79). La Suède offre aussi aux pères la possibilité de prendre des congés intermittents aux côtés des mères, y compris pour une seule journée, ce qui aurait entraîné une diminution de 38 % des traitements hospitaliers et ambulatoires pour des complications liées à l'accouchement, une baisse de 31 % de la probabilité qu'un antibiotique soit prescrit, ainsi qu'une réduction de 45 % du nombre de prescriptions de médicaments contre l'anxiété au cours des six premiers mois de la vie de l'enfant (80). Ces résultats indiquent que la flexibilité dont bénéficient les parents pour adapter la prise de congés a des effets bénéfiques sur la santé des femmes et des enfants. Toutefois, à l'heure actuelle, alors que de nombreux pays à revenu élevé disposent d'un congé de paternité rémunéré de plusieurs semaines ou mois, la plupart des pays à faible revenu et à revenu intermédiaire ne disposent que d'un congé de moins d'une semaine, voire d'aucun congé (81).

## L'allaitement, un travail de soins « sexué »

Lorsque les politiques gouvernementales permettent aux mères ou aux pères de prendre un congé après la naissance, la quasi-totalité des mères utilise tous les congés qui leur sont offerts. En Finlande, seulement 1 % des femmes ne prennent pas l'intégralité du congé de maternité qui leur est réservé et du congé parental dont bénéficie l'un ou l'autre des parents (34). En Espagne, les mères utilisent 99,5 % du congé parental (34). Toutefois, le fait que ce soient les femmes plutôt que les hommes qui prennent le plus souvent un congé professionnel après la naissance d'un enfant a été qualifié « d'obstacle à l'atteinte de l'égalité entre les genres » (33). L'organisation MenCare, soutenue par l'ONU, plaide en faveur d'un congé parental rémunéré et non transférable de 16 semaines pour chacun des parents après la naissance d'un enfant (37). Pour favoriser l'égalité entre les genres, les hommes devraient, selon elle, assumer 50 % des soins prodigués aux enfants, sans faire aucune exception pour les nourrissons ni mentionner l'allaitement ou le prendre en considération (37). Dans cette optique, le congé parental est conceptualisé comme un moyen de promouvoir l'équité entre les genres en matière de soins aux enfants, par la réduction du travail de soins non rémunéré des femmes, plutôt que comme un moyen de protéger les droits reproductifs des femmes et leur droit au travail, ainsi que le droit des enfants à la santé (38, 51, 82). Cette approche, intentionnellement ou non, fait des préparations commerciales pour nourrissons un « outil d'émancipation en conserve » (51) pour les femmes, sans tenir compte du coût pour la santé des femmes et des enfants et du respect de leurs droits. Cette approche porte aussi atteinte à la capacité d'agir des femmes et encourage des mesures qui réduisent la durée du congé de maternité, allant à l'encontre de leurs intérêts. Ce n'est pas un hasard, puisque les leaders d'opinion affirment ouvertement

que « l'imposition de restrictions importantes sur les choix des femmes » est justifiée pour atteindre l'égalité entre les genres (83, 84). Dans la pratique, cette approche contraint les femmes à réduire la participation qu'elles souhaitent avoir dans l'allaitement et la prestation de soins aux nourrissons.

Le fait de considérer l'équité entre les genres dans la prestation de soins aux nourrissons comme un objectif à atteindre fausse l'évaluation des mesures prises par les pays en faveur de l'égalité des genres. Les États-Unis par exemple, où aucun congé de maternité n'est prévu par la loi (85), ont été classés au 11<sup>e</sup> rang parmi 21 pays à revenu élevé en matière d'égalité entre les genres dans le cadre d'une évaluation des politiques de congé parental, essentiellement parce que les mères et les pères sont privés de la même manière d'un congé rémunéré après la naissance d'un enfant (82). Ce classement est supérieur à celui des pays qui offrent un congé de maternité rémunéré de six mois ou plus, et fait abstraction des conséquences réelles de l'absence d'un congé de maternité rémunéré sur la vie des femmes et des enfants. Une proportion importante de femmes aux États-Unis reprend le travail dans les six mois qui suivent l'accouchement (86).

La réticence des hommes à prendre un congé parental serait, selon certains points de vue, à l'origine du déséquilibre entre les congés pris par les pères et par les mères après la naissance d'un enfant (34). Toutefois, cette hypothèse est en contradiction avec les données relatives à la capacité d'agir des femmes et aux raisons qui les poussent à prendre un congé. Une étude menée en Islande a montré que ce sont les femmes qui décident lequel des deux parents prend le congé après la naissance de l'enfant (33). Le désir de poursuivre l'allaitement est souvent invoqué par les femmes pour justifier le fait qu'elles prennent tous les congés rémunérés dont elles disposent (33, 87) ainsi que des congés supplémentaires non rémunérés (88). Certains pays à revenu élevé ont instauré ce que l'on appelle les « quotas de pères », c'est-à-dire des congés de paternité « perdus s'ils ne sont pas utilisés », qui ne peuvent pas être transférés aux mères, afin de permettre aux femmes de reprendre le travail plus tôt, et aux pères de s'occuper des nourrissons (36). Cependant, en Suède, ce quota non transférable a poussé les femmes à cesser d'allaiter plus tôt qu'elles ne l'avaient prévu lorsqu'elles reprennent le travail et que leur partenaire prend en charge les soins au nourrisson (89). En Norvège, les femmes ont exprimé leur mécontentement à l'égard du nombre de congés rémunérés accordés à leur partenaire parce qu'elles réclament plus de congés pour elles-mêmes (88). Malgré les initiatives prises par les pouvoirs publics, les femmes insistent généralement pour prodiguer les soins à leur nourrisson. Ainsi, en Suède, l'octroi d'un avantage fiscal aux couples qui partagent équitablement le congé parental n'a pas eu d'effets significatifs sur l'utilisation de ce congé par les pères (32). L'augmentation du quota de pères et la réduction simultanée de la durée du congé de maternité en Norvège ont été associées à une hausse du nombre de femmes qui ont pris des congés non rémunérés, malgré l'impact financier de cette décision (88). Les données relatives à l'emploi du temps montrent que les femmes persistent à vouloir prodiguer les soins aux enfants même lorsqu'elles reprennent leur travail, et qu'elles déploient des efforts considérables pour éviter d'opposer leur travail rémunéré à leur travail de soins auprès des enfants, notamment en sacrifiant le sommeil, les moments de détente et les loisirs (90).

De facteurs physiologiques sous-tendent, au moins en partie, la volonté des femmes à prodiguer les soins aux nourrissons. Pendant la grossesse, des processus biologiques entraînent des modifications structurelles et fonctionnelles du cerveau qui incitent les femmes à s'attacher à leurs nourrissons et à éprouver du plaisir à interagir avec eux (91). Après la naissance, l'allaitement et le contact peau à peau avec le nourrisson facilitent les interactions dyadiques et stimulent la sécrétion d'ocytocine, une hormone qui favorise l'établissement de liens affectifs et de comportements maternels, comme la



recherche de proximité avec le nourrisson (92-98). Les hypothèses avançant que les femmes n'auraient pas de prédisposition biologique à s'occuper des enfants qu'elles ont portés et mis au monde (p. ex. 99) ne sont pas basées sur des données scientifiques. Toutefois, il ne s'agit pas de prétendre que toutes les femmes devraient prendre un congé de maternité ou vouloir en prendre un, ni de minimiser l'influence des facteurs sociaux et des attentes de la société (100) ou de supposer que cette influence s'étend aux soins de manière générale (y compris aux soins indirects comme les tâches ménagères) (101). La volonté à prodiguer des soins aux nourrissons est plutôt influencée par la physiologie des femmes, et il n'est donc pas surprenant que le congé de maternité soit valorisé.

Les processus qui incitent les mères à prendre soin de leur enfant peuvent être au moins partiellement entravés par l'absence de contact peau à peau, le placement des nourrissons dans la pouponnière à l'hôpital plutôt que la cohabitation dans la même chambre et les mesures qui découragent l'allaitement (102). Ces interventions diminuent l'impulsion des mères à s'occuper de leur nourrisson, mais le non-allaitement entraîne des effets néfastes sur la santé et diminue la sensibilité maternelle (1, 103). En outre, séparer les mères de leur nourrisson, en particulier dans les heures et les jours qui suivent la naissance, nuit à la construction du lien d'attachement mère-enfant et diminue la sensibilité maternelle (97, 104). Chez les mères en situation de vulnérabilité, la séparation précoce du nourrisson et le manque d'allaitement peuvent compromettre leur capacité à s'occuper de leur enfant, au point de l'abandonner ou de le négliger (105-109). Le rôle de l'allaitement dans l'impulsion des mères à prendre soin de leur nourrisson a été démontré par une étude américaine, dont les résultats indiquent que la mise en place de politiques hospitalières favorables à l'allaitement aurait entraîné non seulement une augmentation des taux d'allaitement et du temps investi par les mères dans les soins, mais aussi une autre « conséquence inattendue », à savoir une baisse de la participation des mères au marché du travail (110). Par conséquent, les données scientifiques montrent que les interventions en faveur de l'allaitement et de la santé maternelle et infantile sont en contradiction avec les politiques visant à encourager les nouvelles mères à retourner sur le marché du travail au cours de la première année de vie de leur enfant.

La littérature considère que le travail de soins est « genré », c'est-à-dire que les femmes en assument une part (rémunérée et non rémunérée) plus importante que les hommes (77). Il est présumé que la part disproportionnée du travail de soins effectué par les femmes résulte de stéréotypes de genre sur ce qui est considéré comme approprié pour les hommes et les femmes et d'autres pressions liées au sexisme. Toutefois, cette lecture ne tient pas suffisamment compte de la récupération à la suite de l'accouchement et de la physiologie complexe de la lactation et de l'allaitement. L'effet néfaste des approches en matière de congé parental sur les soins et sur l'allaitement illustre ce problème. Nous soutenons que, comme la grossesse et l'accouchement, l'allaitement et les soins directs aux nourrissons ne devraient pas être considérés comme un travail de soins « genré », mais plutôt comme un travail de soins « sexué », c'est-à-dire un travail qui s'inscrit dans le continuum de la santé reproductive des femmes. L'allaitement serait ainsi considéré à sa juste valeur comme un droit reproductif à protéger et à soutenir, et non comme une pratique qui devrait être réduite au nom de l'égalité entre les genres. L'accent n'est plus porté sur la réduction et la redistribution des soins aux nourrissons, mais sur la reconnaissance et le soutien. Il s'agit de reconnaître le besoin des femmes pour une « égalité réelle » qui reflète le fait qu'elles portent et allaitent des enfants, plutôt que pour une « égalité formelle » qui ne tient pas compte des différences entre les genres (111-113). Schoenbaum et Fontana (112) et Schoenbaum (113) avancent des arguments pour faire valoir l'égalité réelle lors de la grossesse et de

l'allaitement. Cependant, pour atteindre l'égalité réelle entre les genres, il faut que les droits des femmes et des enfants en matière d'allaitement ne soient plus bafoués, mais plutôt qu'ils soient renforcés grâce à la prise en charge par les pères, les familles, la société et l'État de leurs responsabilités respectives en matière de soins et de soutien à l'enfant et à la mère durant la période d'allaitement.

## Le congé de paternité non transférable : un effet minime sur l'implication des pères dans la prestation de soins non rémunérée

Le congé de paternité rémunéré non transférable est souvent préconisé pour renforcer l'égalité entre les genres (p. ex. 36, 37, 114). L'implication précoce des pères dans la prestation de soins aux nourrissons serait, selon cette approche, importante pour renforcer le lien père-enfant et les compétences parentales, de manière à encourager à long terme une implication accrue dans les soins aux enfants et les tâches domestiques (35, 36). Ainsi, le congé de paternité non transférable permettrait de redistribuer le travail de soins non rémunéré aux hommes et de réduire la charge des femmes. Bien que, comme il a été mentionné ci-dessus, ce type de congé de paternité puisse entraîner une diminution de l'allaitement si le congé de maternité n'est pas suffisamment long, l'on pourrait soutenir que cet effet néfaste serait compensé par une plus grande égalité entre les genres. Or, si le congé de paternité non transférable parvient à inciter plus de pères à prendre un congé (33), son impact sur la prise en charge des soins non rémunérés ou sur l'égalité entre les genres est contestable.

En Suède, l'instauration en 1995 d'un congé de paternité rémunéré d'un mois, non transférable, n'a eu aucun effet sur la propension des pères à s'occuper d'un enfant malade (un indicateur de l'implication parentale) ni sur les salaires ou les taux d'emploi des mères et des pères (114). Du côté de l'Allemagne, à la suite de l'instauration en 2007 d'un congé de deux mois, le temps moyen consacré aux soins par les pères aurait augmenté de 36 minutes par jour lors de la première année de vie de l'enfant, et de 26 minutes par jour à 18 et à 30 mois (115). Toutefois, ces variations s'inscrivent dans un contexte où les mères consacrent en moyenne plus de 10 heures par jour aux soins, comparativement aux pères dont le temps consacré aux soins ne représente que le quart de celui des mères (115). De plus, le quota de pères n'a eu aucun effet sur le temps que les pères consacrent aux tâches ménagères (115). Burning et al. (116) ont noté que les pères allemands ayant pris un congé de paternité se seraient déclarés plus impliqués dans les soins aux enfants et auraient réduit leur charge de travail rémunérée, sans égard à la durée de leur congé ou au fait qu'ils l'aient pris en même temps que leur conjointe. Ceux qui ont pris un congé de deux mois ou plus ou qui ont pris seuls le congé auraient déclaré qu'ils consacrent plus de temps aux tâches ménagères (116). Malheureusement, aucune comparaison n'a été faite avec le temps consacré par les femmes aux soins et aux tâches domestiques. Selon une autre étude menée en Allemagne, les hommes ayant pris un congé de paternité auraient déclaré qu'ils s'occupent davantage des soins aux enfants et des tâches ménagères quatre ans après la naissance de leur enfant ; or, 77 % et 73 % du temps consacré par les ménages aux tâches domestiques et aux soins aux enfants seraient respectivement toujours pris en charge par les mères (117). En Norvège, Cools et al. (117) ont constaté que l'instauration en 1993 d'un congé de paternité non transférable d'un mois (qui est généralement pris lorsque le congé de maternité se termine, dix mois après la naissance) n'a pas eu d'effet sur la participation relative des femmes et des hommes au marché du travail (117). Kotsadam et Fineraas (118) ont observé une réduction du nombre de conflits concernant les tâches ménagères et une plus grande

implication des hommes dans la lessive (mais pas dans les autres tâches ménagères) lorsque les enfants nés immédiatement après l'instauration du congé de paternité étaient âgés de 10 à 12 ans, sans toutefois distinguer les perceptions des hommes de celles des femmes.

Ainsi, les effets du congé de paternité rémunéré non transférable sur la prise en charge des soins et des tâches domestiques par les hommes sont négligeables par rapport à l'ampleur de la charge des femmes, même dans le cas d'un congé de paternité de longue durée ou d'un congé qui n'est pas pris en même temps que la conjointe. De plus, toutes les études sur le sujet sont basées sur des estimations simplifiées du temps consacré aux activités, ce qui remet en question l'exactitude des résultats obtenus (119). Les hommes auraient tendance à surestimer le temps qu'ils consacrent au travail domestique, tandis que les femmes le sous-estimeraient (120). Dans les sociétés qui valorisent l'égalité des genres, il est probable que les estimations avancées par les hommes soient influencées par leur motivation à fournir des réponses socialement acceptables (121). Les études dont les données sont recueillies à l'aide d'un journal d'emploi du temps sont plus précises (121), mais sont peu nombreuses à s'intéresser aux effets d'un congé de paternité sur l'implication des hommes dans les tâches domestiques et parentales.

Toutefois, les études sur l'emploi du temps donnent un aperçu des différences dans la manière dont les hommes et les femmes assument le travail de soins non rémunéré. Elles montrent qu'un calcul effectué uniquement selon une base horaire sous-estime le travail des femmes et l'impact de ce travail sur leur vie par rapport à l'impact sur celle des hommes. Une étude australienne réalisée auprès de parents de jeunes enfants a montré que la moitié du temps consacré par les pères à s'occuper des enfants aurait été vouée à la « surveillance » plutôt qu'à la prestation de soins directs et que, dans 90 % du temps où les pères sont avec leurs enfants, leur conjointe était également présente (122). Une part importante des soins prodigués aux enfants par les hommes consistent en des activités d'enrichissement, comme jouer ou faire la lecture, plutôt qu'en des soins physiques, comme laver, habiller ou nourrir les enfants, alors que les femmes suivent la tendance inverse (122, 123). Les activités d'enrichissement sont à l'évidence plus agréables et, comme elles ne sont généralement pas soumises à des contraintes de temps, elles s'intègrent plus facilement à d'autres activités que les autres soins qui, eux, sont fixés dans le temps, comme l'habillement, l'alimentation ou le transport au service de garde (122). Ces activités sont donc moins coûteuses du point de vue de leur impact sur d'autres activités, y compris sur l'emploi rémunéré. Cette même étude a aussi montré que les mères salariées passaient deux fois plus de temps à s'occuper des enfants (en activité principale ou secondaire) que les pères salariés, et qu'elles faisaient beaucoup plus souvent de nombreuses tâches à la fois (122). De la sorte, elles préservent le temps passé avec leurs enfants en effectuant une plus grande densité de tâches, ce qui signifie qu'elles travaillent plus fort que les pères et accomplissent un plus grand nombre de tâches dans le temps qui leur est disponible (122). Une analyse des données australiennes sur le temps consacré à la prestation de soins aux enfants et aux tâches domestiques, prenant en compte les activités principales et secondaires, a montré que le fait d'exclure les activités secondaires de l'analyse sous-estimait de 90 % la charge de travail des mères d'enfants d'âge préscolaire (124). Dans l'ensemble, cette étude remet en question le bien-fondé des allégations relatives à l'implication accrue des pères dans le travail de soins résultant du congé de paternité rémunéré.

Il faut aussi prendre en compte les conséquences sur l'allaitement des attentes sociétales selon lesquelles les mères et les pères devraient se partager équitablement les soins aux nourrissons, comme c'est le cas en Scandinavie. Dans les guides sur la parentalité en Suède, l'allaitement est présenté comme un « problème d'égalité entre les genres » qui aliène les pères en les tenant à l'écart de leurs nourrissons

et en minimisant leur rôle (125). Une étude norvégienne a montré que certains pères éprouveraient de la jalousie à l'égard de la relation mère-enfant, ainsi qu'un sentiment de tristesse et d'exclusion lorsque leur conjointe allaite (126). Ils considèrent que l'allaitement serait positif pour les enfants, mais négatif pour eux. Si certains pères compensent en effectuant davantage de tâches non liées aux soins aux nourrissons, d'autres s'éloigneraient de leur partenaire et de leur enfant (126). L'allaitement, par son caractère sexué, constituerait un obstacle aux ambitions sociétales d'équité entre les genres en matière de soins aux enfants (126). Étant donné l'importance que revêt le soutien du partenaire pour l'exclusivité et la poursuite de l'allaitement, prôner l'implication des pères à parts égales dans les soins aux nourrissons peut nuire à l'allaitement. En sensibilisant les pères au caractère particulier et sexué de l'allaitement ainsi qu'à leur rôle important dans le soutien de l'allaitement et la prise en charge d'autres soins, il est possible de faciliter leur transition vers la paternité et de favoriser une implication accrue dans les autres tâches domestiques et parentales, tout en augmentant les taux d'allaitement (128, 129). Cette question doit faire l'objet de recherches plus approfondies.

Lorsque les pères prennent leur congé de paternité et que les mères allaitantes retrouvent leur emploi, celles-ci doivent allaiter ou exprimer du lait et le conserver sur leur lieu de travail. La Convention de l'OIT sur la protection de la maternité prévoit des pauses d'allaitement rémunérées, qui, selon les études, augmenteraient les taux d'allaitement (130). Cependant, un grand nombre de femmes dans le monde n'ont pas accès à des pauses d'allaitement rémunérées (130), ce qui étend le travail de soins non rémunéré au lieu de travail. De plus, de nombreuses femmes n'ont pas la possibilité d'exprimer et de conserver du lait maternel dans leur milieu de travail ou dans un service de garde à proximité, rendant la poursuite de l'allaitement plus difficile (131).

En résumé, aucune donnée probante ne permet d'affirmer que le congé de paternité rémunéré augmente de manière significative la propension des hommes à prodiguer des soins aux enfants ou à effectuer des tâches domestiques ni qu'il réduit véritablement le travail de soins non rémunéré des femmes. Il ne semble pas non plus que la réduction de l'écart entre les droits au congé parental des hommes et des femmes ait une incidence notable sur l'écart de rémunération entre les genres, sur la progression de carrière des femmes ou sur la participation à la vie active (81). Une corrélation négative a par exemple été observée entre l'inégalité d'accès au congé parental et la participation des femmes au marché du travail dans les régions de l'Asie de l'Est et du Pacifique, de l'Asie du Sud et de l'Afrique subsaharienne (81). Toutefois, cette corrélation s'avère positive au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, tandis que, dans d'autres régions du monde, aucune relation n'a été observée (81), ce qui témoigne de l'importance du contexte dans l'évaluation de la portée des interventions.

Les modèles de congé parental qui incitent les hommes à prendre un congé de paternité et les femmes à reprendre le travail plus tôt pourraient bien aggraver la situation des femmes qui, en plus de leur emploi rémunéré, doivent assumer le « deuxième quart de travail », c'est-à-dire les tâches domestiques et parentales (132). Par conséquent, nous soutenons que le congé parental devrait avoir pour objectif de protéger les droits reproductifs des femmes et le droit des enfants de jouir du meilleur état de santé possible. Les données suggèrent en effet que ces droits sont protégés lorsque les femmes ont accès à un long congé parental, et que le congé de paternité s'ajoute à celui des mères, tout en pouvant être utilisé de manière intermittente et simultanée. Certaines personnes ont exprimé leurs craintes de voir les généreux congés accordés aux nouvelles mères se traduire par un désavantage à long terme pour les femmes sur le plan de l'emploi. Partout dans le monde, le fait de devenir mère a un effet négatif sur les revenus des femmes à court et à long terme. Toutefois, il n'y a pas de relation directe entre les congés

octroyés aux mères et les revenus à long terme des femmes. Les données de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) montrent que des pays comme la Suède et la Norvège, où les nouvelles mères bénéficient d'un généreux congé rémunéré, présentent un écart de rémunération global entre les hommes et les femmes inférieur à celui des États-Unis et de la Suisse, où le congé de maternité est inexistant ou relativement court (133). Kleven et al. (134) ont constaté que l'écart de rémunération à long terme des mères est moins important en Suède et au Danemark qu'aux États-Unis, et que, par conséquent, les politiques de congé ne sont pas à l'origine de l'écart de rémunération entre les parents.

Il faudrait donc encourager les pères, par d'autres moyens que des incitations à prendre des congés aux dépens des femmes, à prendre en charge une plus grande partie du travail de soins genré, comme les tâches ménagères, les soins aux enfants plus âgés et les soins aux nourrissons en dehors de l'allaitement. Une étude australienne a d'ailleurs démontré que le nombre d'heures de travail des pères peut avoir une plus grande incidence sur leur propension à s'impliquer dans les soins aux enfants que le fait de prendre un congé après la naissance d'un enfant (122, 135). Une transformation sociale profonde est nécessaire pour soutenir adéquatement le travail de soins, y compris l'allaitement, et favoriser l'égalité entre les hommes et les femmes.

## Reconnaître l'allaitement comme une activité de soins économiquement importante

L'allaitement, une activité de soin sexuée, est d'une importance capitale pour les sociétés et pourtant il est à peine visible ou valorisé (136). Pour que ce travail soit reconnu et valorisé à sa juste valeur, il doit être mesuré. Les données sur l'emploi du temps permettent aux responsables politiques de prendre conscience de l'importance du travail de soins non rémunéré dans l'économie (3) tout en offrant une représentation plus complète des activités économiques d'un pays (137). Elles permettent également de lier la valeur du travail non rémunéré aux statistiques économiques axées sur le marché et de la comptabiliser en termes financiers, de manière à pouvoir l'intégrer dans l'élaboration des politiques (138-140). Toutefois, les enquêtes traditionnelles sur l'emploi du temps ne tiennent pas suffisamment compte du travail des femmes en matière d'allaitement et de soins aux nourrissons (141). Selon une étude australienne, les soins apportés aux enfants pendant la nuit, les soins secondaires (soins réalisés en même temps qu'une autre tâche) et les onze heures d'allaitement par semaine n'étaient pas pris en compte dans les analyses traditionnelles de l'emploi du temps, qui tendent à considérer les « soins aux enfants » comme un tout ou à mettre l'accent sur les activités principales et les soins primaires (142). Ces analyses ne distinguent pas le temps consacré aux soins du nourrisson et à l'allaitement du temps passé simultanément à s'occuper d'enfants plus âgés ou à effectuer d'autres tâches, occultant ainsi tout le travail d'allaitement (143). Pour que les données sur l'emploi du temps reflètent bien le travail d'allaitement et de soins aux nourrissons, il faut tirer pleinement parti de leur potentiel pour prendre en compte et isoler les multiples tâches domestiques et parentales, y compris l'allaitement (142).

L'absence de données fiables sur l'emploi du temps n'est que l'un des obstacles à l'intégration du travail de soins non rémunéré dans les statistiques économiques des pays (144, 145). Le PIB est la mesure standard utilisée pour évaluer la performance et la croissance économiques nationales. Or, la définition de l'activité économique dans le PIB exclut ou marginalise le travail de soins non rémunéré (146). L'exclusion de l'allaitement, et plus particulièrement du lait maternel, dans le calcul du PIB illustre

parfaitement cette lacune (138, 147, 148). La prise en compte du travail de soins non rémunéré dans les statistiques économiques a connu quelques avancées grâce à une disposition relative à la comptabilité satellite dans le principal instrument de mesure de l'activité économique, le Système de comptabilité nationale des Nations unies (149). Les comptes satellites sont des outils permettant de prendre en considération la valeur de certains aspects de l'économie, notamment ceux qui n'impliquent pas de transactions monétaires (150). La comptabilité satellite permet d'attribuer une valeur au travail de soins non rémunéré qui est cohérente avec les comptes nationaux, ce qui rend possible la comparaison avec les activités commerciales (150). Toutefois, les gouvernements doivent être encouragés à mesurer avec précision le travail de soins non rémunéré, à appliquer la comptabilité satellite à ce travail, et à l'inclure dans les évaluations du développement économique.

Les économistes reconnaissent que le lait maternel répond aux critères pour entrer dans la composition du PIB (138, 147, 148) et que s'il était inclus, sa valeur pécuniaire serait substantielle (151). La Norvège a commencé dès les années 1990 à comptabiliser la production de lait maternel dans son système alimentaire (152). Ce pays est toutefois un cas unique, puisque la production de lait humain n'est prise en compte nulle part ailleurs, alors qu'elle pourrait l'être sans difficulté. Le fait de ne pas inclure spécifiquement le lait humain dans le PIB suppose que la baisse des taux d'allaitement et l'augmentation concomitante des ventes de préparations commerciales pour nourrissons se traduiraient par une augmentation du PIB (151), ce qui laisse croire, à tort, à un progrès économique. Les activités commerciales, y compris le traitement des problèmes de santé résultant du non-allaitement, sont ainsi favorisées par rapport à l'allaitement, une activité de soin bénéfique sur le plan économique, mais non rémunérée (153). De même, les coûts économiques associés au non-allaitement et à ses effets sur la santé des femmes et des enfants doivent également être mesurés et pris en compte dans les évaluations économiques (151, 153). Lancé depuis peu, l'outil « Mothers' Milk Tool » a été conçu pour estimer la valeur de l'allaitement (154). Il permet aussi bien aux responsables politiques qu'aux mères elles-mêmes de calculer la valeur financière du lait maternel et le manque à gagner lorsque les mères ne sont pas en mesure d'allaiter (78), mais il ne s'agit là que d'un début.

D'autres mesures de la santé de la population portant sur le bien-être sont à l'étude dans certains pays et certaines juridictions ; elles pourraient réduire les effets néfastes des politiques axées sur le PIB (155, 156). Toutefois, les cadres actuels en matière de bien-être accordent peu d'attention au travail non rémunéré et ne sont pas de nature à remettre en question le paradigme profondément biaisé qui soutend les mesures comptables en vigueur (144). Pour transformer les institutions économiques qui désavantagent encore les femmes, il faut remettre en question l'incapacité des systèmes de comptabilité économiques, traditionnels ou contemporains, à mesurer la productivité des femmes qui allaitent (157). Une publication récente du Conseil de l'OMS sur l'économie de la santé pour tous note que « la grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont au cœur de la santé pour tous, mais puisque la reproduction humaine relève du travail des femmes, ces activités ne sont pas prises en compte » (158). Les choses doivent changer.

## Emploi rémunéré, autonomisation des femmes, soins aux enfants et développement de l'enfant

La réduction et la redistribution du travail de soins non rémunéré des femmes sont souvent considérées, pour reprendre ce qui a été dit précédemment, comme des mesures bénéfiques, car elles sont censées

favoriser l'autonomisation des femmes par le biais de l'emploi rémunéré. Cependant, il y a déjà près de dix ans, des économistes ont signalé que les politiques fondées sur la croyance selon laquelle les inégalités entre les hommes et les femmes pourraient être résorbées simplement par des opportunités d'emploi sont vouées à l'échec, dans la mesure où ces politiques aggravent le problème du manque de temps pour dispenser les soins essentiels, dont l'allaitement, et creusent les inégalités en matière d'accès aux loisirs (159-161). Les données sur l'emploi du temps dans certains pays à revenu élevé témoignent en effet d'une diminution du temps de loisir chez les femmes, parallèlement à l'évolution des rôles en matière de soins aux enfants et de participation au marché du travail, tandis que le temps de loisir des hommes augmente (143). Il est clair que l'emploi rémunéré n'est pas en soi un facteur d'autonomisation. L'autonomisation des femmes dépend plutôt d'un emploi bien rémunéré et d'un équilibre sain entre le travail rémunéré et non rémunéré, notamment en ce qui a trait aux soins aux enfants (162, 163).

Le fait de ne pas tenir compte de la dynamique du travail non rémunéré des femmes dans les programmes visant à promouvoir leur autonomisation par le biais de l'emploi peut creuser les inégalités. En Inde par exemple, la loi sur l'emploi rural garanti vise à autonomiser les personnes défavorisées, en particulier les femmes, en leur offrant un emploi dans le domaine de la construction d'infrastructures communautaires (163). Les premières ébauches de ce programme prévoyaient la mise en place de services de garde pour les jeunes enfants dans tous les lieux de travail comptant au moins 20 femmes, alors que d'autres préconisaient l'instauration de tels services lorsqu'au moins 10 personnes y travaillent, peu importe le genre. Malheureusement, les services de garde n'étaient pas une priorité pour les responsables politiques ; leur mise en place a donc été adoptée seulement lorsque cinq enfants ou plus sont présents (163). La loi n'a pas non plus prévu de congé de maternité, de dispositions relatives à l'allaitement, ni de mesures de contrôle de la qualité des services de garde (163). Les besoins des femmes liés à la grossesse, à l'accouchement et à l'allaitement ont donc été ignorés, leur capacité à allaiter exclusivement leur enfant a été compromise, et elles ont été confrontées à un risque accru d'engorgement (164). Les enfants des mères participantes n'ont pas non plus reçu les soins appropriés (163). Certains nourrissons allaités ont dû être laissés à la maison sous la surveillance de leurs frères et sœurs de cinq ou six ans, ce qui les exposait à un risque de préjudice grave (165, 166). Des enjeux similaires ont été relevés dans d'autres programmes d'autonomisation par le travail (p. ex. 167). De nombreuses femmes n'ont pas voulu participer à ce programme parce qu'elles ne pouvaient pas allaiter leur nourrisson et lui fournir les soins adéquats (164). Toutefois, certaines ont été contraintes de travailler dans le cadre de ce programme, parfois par la violence physique (164). Les nouvelles mères qui ont vécu de telles expériences ne considèrent pas ce programme comme un outil d'autonomisation (164).

L'expérience de ce programme indien illustre également la nécessité de veiller à ce que les nourrissons reçoivent des soins adéquats lorsque les mères travaillent. Pour un développement sain, il est bien connu que les nourrissons et les très jeunes enfants ont besoin de recevoir les soins d'un petit nombre d'adultes fiables « qui s'occupent d'eux avec calme, attention et affection » (168). Le programme Soins pour le développement de l'enfant, développé par l'Unicef et l'OMS, insiste sur la nécessité pour les très jeunes enfants de recevoir des soins attentifs et affectueux (169). Dans de nombreux pays, la famille élargie, comme les grands-parents, aide les parents à s'occuper de leurs enfants (p. ex. 170, 171). En Corée du Sud par exemple, 57 % des nourrissons dont la mère exerce un emploi rémunéré sont gardés par leurs grands-parents (172). En Australie, les formules de garde d'enfants impliquant d'autres

membres de la famille ont été associées à des taux d'allaitement plus élevés chez les nouvelles mères salariées (173). Cependant, on observe dans plusieurs pays un éloignement de la famille élargie, de sorte que cette option de garde est moins accessible (p. ex. 174-176). Et dans certains autres pays, bien que la présence de la famille élargie soit coutumière, les circonstances ne permettent pas toujours d'y recourir, comme dans les bidonvilles urbains du Bangladesh (177). Dans ce contexte, il est possible que ce soit les sœurs plus âgées qui s'occupent des enfants pendant que les parents travaillent, au détriment de leur scolarité (177). Les mères dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire peuvent allaiter leur nourrisson pendant leur congé de maternité rémunéré, mais doivent ensuite le confier à leur famille dans les zones rurales lorsqu'elles retournent travailler dans les villes (178). La crise de la garde d'enfants est particulièrement flagrante chez les mères qui laissent leurs nourrissons et jeunes enfants à des membres de leur famille pour s'occuper d'enfants issus de milieux aisés, dans leur propre pays ou à l'étranger (179).

Les options de groupe, comme les garderies, sont de plus en plus souvent présentées comme une solution pour répondre aux besoins en matière de garde d'enfants et permettre aux mères d'exercer un emploi. Cependant, il est difficile et coûteux de fournir les soins attentifs et affectueux dont les nourrissons ont besoin dans un cadre de groupe (168). Ils seraient exposés à un stress chronique, comme l'indique une forte sécrétion de cortisol (168), et subirait des effets négatifs sur le plan cognitif et comportemental (179-182). Des études associent systématiquement l'emploi maternel au cours de la première année à un moins bon développement de l'enfant, et le congé de maternité rémunéré à un meilleur développement, ce qui témoigne une fois de plus du défi de fournir des soins de remplacement adéquats aux nourrissons. Dans une vaste méta-analyse des effets de l'emploi maternel sur les enfants, Lucas-Thompson et al. (183) ont constaté que le travail rémunéré chez les mères serait associé à une baisse des résultats aux tests de connaissances et à des problèmes de comportement. Le et Nguyen (184) ont utilisé les données des enquêtes démographiques et sanitaires de 29 pays pour examiner les effets de l'allongement du congé de maternité sur la taille des adultes nés avant et après les bonifications du congé, ainsi que sur le nombre d'années d'études de ceux-ci. Sur la base d'un échantillon de près d'un million de personnes, il apparaît que chaque semaine supplémentaire de congé de maternité rémunéré augmente la taille des adultes de 0,056 cm et le niveau d'éducation de 0,007 année (184). En Norvège, l'effet bénéfique du congé de maternité sur le développement de l'enfant s'est traduit par une baisse de 2 % du taux de décrochage scolaire et une augmentation de 5 à 7 % des salaires à l'âge de 30 ans chez les personnes nées après l'instauration du congé de maternité rémunéré (185). Ces progrès étaient plus importants chez les personnes dont la mère avait un plus faible niveau de scolarité (185). Étant donné que le congé de maternité facilite l'allaitement, il ne faut pas négliger la possibilité qu'une partie des effets positifs des soins maternels et du congé de maternité sur le développement et la réussite de l'enfant soit due à l'augmentation de l'allaitement. Des études d'observation et des essais cliniques randomisés ont montré que l'allaitement serait associé à un meilleur développement cognitif (186, 187). Au Brésil, les personnes ayant été allaitées pendant 12 mois et plus auraient non seulement un QI plus élevé que celles ayant été allaitées pendant moins d'un mois, mais aussi 0,91 année d'études de plus et 341 BRL (soit 167 USD en date de la collecte des données) de plus en revenu mensuel à 30 ans (188).

Le temps que les mères consacrent aux soins et à l'allaitement est précieux (189) ; l'analyse des bénéfices des mesures telles que le congé de maternité devrait prendre en compte le coût lié à l'absence de congé de maternité, notamment le coût des services de garde alternatifs et les effets sur le



développement de l'enfant. Le calcul des gains de productivité, qui seraient dus aux politiques visant à accroître la participation des mères au marché du travail, devrait aussi prendre en compte la diminution du temps passé par les femmes à donner des soins à leurs enfants lorsqu'elles occupent un emploi (190). Sinon, la croissance du PIB et le développement économique sont surestimés (191), tandis que l'épuisement des femmes reste invisible et que la valeur de leurs soins demeure sous-estimée. Il faut reconnaître que les vulnérabilités des nourrissons sur le plan du développement, qui rendent les options de garde alternatives si délicates, diminuent avec l'âge et qu'il existe d'autres interactions importantes entre la qualité et l'intensité des soins qui atténuent les effets sur les enfants (182). Nous ne prétendons pas que les nourrissons n'ont pas leur place dans les services de garde, mais bien qu'il existe des solutions de compromis qui doivent être reconnues et mises en œuvre. Lorsque des services de garde sont nécessaires pour les nourrissons, il est essentiel qu'ils soient accessibles, flexibles et de bonne qualité (192), et qu'ils assurent des soins à la fois attentifs, affectueux, constants et de haut niveau. Les personnes chargées de s'occuper des enfants doivent également avoir les compétences nécessaires pour accueillir les nourrissons allaités (193).

## Favoriser l'égalité entre les genres sans nuire aux droits des femmes en matière d'allaitement

Bien que le congé de maternité rémunéré puisse contribuer à la santé des femmes et à leurs droits en matière d'allaitement, toutes les femmes ne bénéficient pas d'un accès égal à ce congé. Au niveau mondial, le secteur informel représente plus de 60 % de l'emploi, et, dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, ce taux est encore plus élevé. En Afrique par exemple, 86 % de l'emploi relève du secteur informel (194). Bon nombre de personnes travaillant dans le secteur informel n'ont pas accès à la protection juridique et sociale, notamment à la protection de la maternité (195), et beaucoup de femmes en situation de vulnérabilité sont confrontées à des difficultés supplémentaires lorsqu'elles doivent concilier leur emploi avec leur travail de soins, en particulier l'allaitement (63). Il a été démontré que le nonaccès à des mesures de protection de la maternité chez les travailleuses atypiques nuit à l'allaitement (196). Selon des estimations de coûts réalisés récemment aux Philippines, en Indonésie, au Ghana, au Mexique et au Brésil, les programmes gouvernementaux de transfert d'argent aux femmes en congé de maternité dans le secteur informel sont financièrement viables dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire où le taux de natalité et la situation du marché du travail sont hétérogènes (76, 197-200). Cependant, malgré l'amélioration des politiques, une grande partie des législations nationales sur la protection de la maternité sont inadéquates et inégalement mises en œuvre (201). Par exemple, l'Afrique du Sud dispose d'une législation spécifique pour les personnes qui travaillent dans le secteur informel, et pourtant les femmes éprouvent des difficultés à obtenir des paiements en espèces lorsqu'elles sont en congé de maternité (202). Par conséquent, il est nécessaire de garantir l'accès à une protection complète de la maternité pour toutes les travailleuses, de manière à les soutenir dans leurs efforts pour concilier leur emploi avec leurs tâches parentales et l'allaitement.

Les mesures d'accommodement sur le lieu de travail, comme les pauses d'allaitement, peuvent permettre aux femmes de concilier plus facilement l'allaitement et l'emploi. En Turquie par exemple, les femmes ont droit à un « congé d'allaitement » de trois heures par jour pendant les six premiers mois et d'une heure et demie pendant les six mois suivants. De plus, le travail de nuit est interdit jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de deux ans (203). Les pauses d'allaitement doivent être assorties d'autres mesures de soutien, comme l'accès à un espace privé pour exprimer du lait ou allaiter et à un

réfrigérateur pour conserver le lait (204). Avoir un service de garde à même le lieu de travail ou à proximité (203), travailler de la maison ou à proximité (205), et avoir la possibilité d'amener son nourrisson au travail sont autant de facteurs supplémentaires qui favorisent l'allaitement. La pandémie de COVID-19 a rendu possible le télétravail à grande échelle, ce qui a permis aux nouvelles mères d'allaiter plus longtemps (206), mais la poursuite de l'allaitement reste à confirmer. Dans les pays nordiques, les accommodements sur la flexibilité du travail et le travail à temps partiel prévus par l'État sont appréciés et couramment adoptés par les mères (207). Toutefois, les travailleuses à temps partiel ne doivent pas faire l'objet de discriminations (208). Par exemple, les politiques de travail ne doivent pas exclure les femmes qui occupent un emploi occasionnel ou à temps partiel des occasions de développement professionnel ou de promotion.

Les résultats d'une récente revue systématique suggèrent que les interventions en faveur de l'allaitement sur le lieu de travail pourraient augmenter la durée de l'allaitement et prévenir l'introduction précoce de substituts du lait maternel (209). Plus le congé de maternité est court, plus les accommodements sur le lieu de travail sont importants ; l'absence de telles mesures peut raisonnablement être considérée comme une forme de discrimination fondée sur le genre.

Les accommodements ne seront toutefois pas suffisants pour permettre aux femmes d'allaiter si la culture du milieu de travail est hostile à l'allaitement. Les études montrent que le soutien aux mères allaitantes en milieu de travail est influencé par les expériences, les connaissances, les croyances et les attitudes du reste du personnel et des gestionnaires. Certaines personnes pourraient percevoir les pauses d'allaitement comme une injustice et stigmatiser l'allaitement, en l'associant à une pratique non professionnelle ou en décrivant le lait maternel comme un liquide corporel non hygiénique (209, 210). Une étude qualitative récente menée au Mexique a montré que les facteurs favorables et défavorables aux travailleuses qui allaitent comprennent, d'une part, le niveau de connaissance sur les mesures législatives de protection de la maternité et, d'autre part, l'utilisation réelle des mesures d'accommodement en faveur de l'allaitement, lesquelles sont à leur tour influencées par la culture du lieu de travail et par le soutien du reste du personnel et des gestionnaires à l'égard de l'allaitement (211). Des études quantitatives antérieures menées en Australie ont démontré un lien entre les mesures de soutien sur le lieu de travail et la poursuite de l'allaitement exclusif pendant six mois (212).

Traiter la question de la répartition inégale du travail de soins non rémunéré a des implications importantes pour les politiques visant à réduire l'écart de rémunération entre les hommes et les femmes (213). Il a déjà été démontré que le fait de prendre un congé de maternité prolongé peut réduire la valeur attribuée aux femmes sur le marché du travail et leur porter préjudice sur le plan économique (214). Une partie de ce problème pourrait être résolue par des mesures qui facilitent le maintien de liens entre les femmes et leur lieu de travail pendant le congé de maternité, ainsi que par la communication des femmes sur leur volonté de poursuivre leur carrière après leur congé (215). Toutefois, l'allongement du congé de paternité au détriment du congé de maternité risque de creuser les écarts de rémunération à court terme entre les hommes et les femmes si les mères décident de rester plus longtemps auprès de leur nourrisson en prenant un congé non rémunéré (88).

Pour que le coût des soins aux nourrissons soit réparti entre les femmes, les hommes et la société dans son ensemble, il faut que le travail de soins, en particulier l'allaitement, soit davantage valorisé grâce à des mesures telles que la comptabilisation économique du travail de soins dans le PIB, décrite précédemment. L'inclusion de ce travail dans les statistiques économiques nationales augmenterait

probablement le soutien des gouvernements, des entreprises et de la société à son égard, et permettrait de trouver des moyens nouveaux et innovants de lutter contre les inégalités entre les genres. La valeur de l'allaitement dans le cadre de la production alimentaire est encore souvent négligée (p. ex. 216), mais le fait de reconnaître que le lait humain assure la sécurité alimentaire des nourrissons peut contribuer à corriger la situation (217, 218). De manière plus générale, la lutte contre les inégalités dans le travail non rémunéré pourrait impliquer de devoir s'attaquer à d'autres inégalités. Lorsque les heures de travail rémunérées sont excessives et que les salaires sont bas, la répartition des rôles entre les hommes et les femmes dans les tâches domestiques et parentales peut être encore plus inégale (135). Les pays où prévaut une plus grande égalité entre les genres sont généralement ceux où les politiques favorisent la réduction du temps de travail pour les deux parents de jeunes enfants (219), ce qui pourrait être une condition préalable à la redistribution du travail non rémunéré entre les hommes et les femmes au sein des ménages (220).

Enfin, les programmes qui encouragent les pères à soutenir l'allaitement, notamment par la prise en charge de tâches qui ne sont pas sexuées par nature, comme le ménage, la préparation des repas et les courses, ont contribué à l'augmentation des taux d'allaitement exclusif (129, 221) et de l'implication dans la prestation de soins (222). La sensibilisation des pères à l'allaitement et le soutien par les pairs sont d'autres moyens de renforcer leur détermination, leur confiance et leur capacité à soutenir les femmes dans l'allaitement (223, 224). La réduction du temps de déplacement (225) et du nombre maximal d'heures de travail à temps plein permet aux hommes de disposer de plus de temps pour s'impliquer dans les tâches parentales (226), en particulier dans les soins indirects aux nourrissons et les soins aux enfants plus âgés. D'ailleurs, l'implication accrue dans les soins aux enfants produit des effets sur le cerveau des pères et sur leur capacité à s'occuper des enfants (227). Les soins directs aux nourrissons et le contact physique, comme le peau à peau, renforcent les compétences paternelles et la confiance en soi, tout en favorisant le développement d'un lien affectif avec le nourrisson (227, 228). Il faut toutefois trouver un juste équilibre ; dans la petite enfance en particulier, l'implication des pères ne devrait pas se substituer aux soins maternels au détriment des activités de soins sexuées comme l'allaitement. Ces changements sociaux profiteraient aux hommes et aux femmes, et rendraient la société plus équitable entre les genres, tout en reconnaissant et en soutenant les caractéristiques biologiques de l'alimentation des nourrissons et des soins directs qui leur sont prodigués. Bien entendu, l'accès aux infrastructures permettant de réduire le temps et l'énergie investis dans les soins, comme l'électricité et l'eau courante, peut diminuer la demande globale de soins en rendant le travail de soins plus facile et moins chronophage (205). Les femmes doivent être associées à l'élaboration des politiques dans le cadre de toutes les initiatives visant à renforcer l'égalité entre les genres (140) ; l'autonomisation des femmes « exige que les expériences vécues par les femmes soient prises en compte, notamment en ce qui a trait à leurs responsabilités parentales et domestiques non rémunérées » (163). Lorsque les expériences et les aspirations des femmes ne sont pas prises en compte, il en résulte des politiques et des pratiques qui nuisent à leur autonomisation et qui leur rendent la vie plus difficile. Jusqu'à présent, les responsables politiques n'ont pas reconnu à sa juste valeur l'activité de soin sexuée que représente l'allaitement ni le fait que les actions en faveur de l'égalité entre les genres doivent exclure des efforts de réduction ou de redistribution. Il faut y remédier. Les approches de budgétisation différenciées selon les genres peuvent contribuer d'une part à atténuer les disparités et les biais de genre qui caractérisent la politique fiscale, notamment en ce qui concerne le financement de la protection sociale et les investissements dans les services de garde ou autres services publics, et, d'autre part, à renforcer les mesures de soutien à l'allaitement, comme la protection de la maternité (147). Le tableau 1 résume les

mesures à prendre pour reconnaître, soutenir et préserver l'activité de soin sexuée que représente l'allaitement, tandis que le tableau 2 résume les mesures clés à prendre pour réduire et redistribuer les soins aux nourrissons qui ne sont pas sexués par nature.

**Tableau 1 — Mesures visant à reconnaître, soutenir et préserver l'activité de soin sexuée que représente l'allaitement, tout en redistribuant ses coûts**

<b>Reconnaître</b>
Mener des études sur l'emploi du temps et la prestation de soins non rémunérés, en s'assurant que le temps consacré aux activités de soins secondaires et primaires est pris en compte (notamment la réalisation de plusieurs tâches à la fois) afin de pouvoir mesurer avec précision le travail de soins des femmes.
Produire des comptes satellites pour le travail de soins non rémunéré et intégrer le lait maternel dans le PIB et autres mesures de la production économique.
Veiller à ce que la valeur de l'allaitement — comme produit alimentaire et soin préventif tant pour la santé et le développement des enfants que pour la santé des femmes — soit prise en compte dans les analyses économiques et l'élaboration des politiques.
Veiller à ce que les coûts environnementaux liés à la production de préparations commerciales pour nourrissons, les coûts supplémentaires des soins de santé maternelle et infantile, l'augmentation de la mortalité maternelle et infantile et les perturbations dans le développement de l'enfant, résultant de la réduction de l'allaitement, soient pris en compte dans les analyses économiques.
Lors de l'évaluation des interventions visant à soutenir l'allaitement, notamment le congé de maternité, prendre en compte l'ensemble des coûts économiques, tels que les services de garde, si l'intervention n'avait pas été mise en œuvre.
Sensibiliser la population, par le biais de campagnes de communication par exemple, à la contribution de l'allaitement à la santé maternelle (notamment pour la prévention des grossesses rapprochées et la nutrition des femmes), à la santé infantile, à l'économie et au bien-être de la société.
Sensibiliser les employeurs, les personnes salariées et les gouvernements aux exigences minimales de protection de la maternité auxquelles toutes les femmes qui travaillent devraient avoir accès.
<b>Soutenir</b>
La Convention sur la protection de la maternité de l'Organisation internationale du travail devrait être révisée pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>● allonger la durée minimale du congé de maternité rémunéré afin de l'aligner sur la durée de six mois recommandée par l'OMS pour l'allaitement exclusif, comme le rappelle la série du Lancet sur l'allaitement (2023) ;</li> <li>● veiller à ce que les prestations versées pendant le congé de maternité correspondent à 100 % des revenus antérieurs ;</li> <li>● inclure des dispositions plus explicites sur l'obligation de fournir des services de garde appropriés et des pauses d'allaitement rémunérées pendant au moins six mois, et, de préférence, 12 mois.</li> </ul>
Offrir une protection complète de la maternité à toutes les travailleuses, y compris un congé de maternité, des pauses d'allaitement, des installations pour l'allaitement ou l'expression et la conservation du lait maternel, de la flexibilité dans les horaires de travail, des options de travail à temps partiel ou à domicile, des services de garde sur le lieu de travail ou à proximité, et des aménagements pour amener les nourrissons au travail.

Sensibiliser les gestionnaires à l'allaitement afin d'instaurer une culture favorable à sa poursuite sur le lieu de travail, ce qui devrait générer des retombées positives pour l'employeur, comme la baisse de l'absentéisme et l'augmentation du bien-être des travailleuses allaitantes.
Faire en sorte que le congé de maternité rémunéré (à 100 % des revenus antérieurs) soit disponible et facilement accessible pour les femmes du secteur informel, selon des modalités adaptées au contexte, par le biais de paiements en espèces par exemple.
Mettre en pratique les données montrant que la santé maternelle et infantile et le développement de l'enfant bénéficient à long terme du congé de maternité, en particulier lorsque le congé de paternité s'ajoute au congé de maternité et que tout congé réservé aux pères peut être pris de manière intermittente et simultanée avec celui de leur conjointe.
Donner la priorité à la nutrition maternelle chez les femmes enceintes et allaitantes, pour leur propre santé et pour soutenir l'allaitement et les soins aux nourrissons.
Sensibiliser les pères à l'importance de l'allaitement et à son caractère sexué particulier, et les conseiller quant à leur rôle essentiel dans le soutien de l'allaitement et la réalisation d'autres tâches de soins, afin de les aider à s'adapter à la paternité.
Prévoir des dispositions relatives au congé de maternité et aux services de garde pour les femmes dont la situation d'emploi est précaire, par exemple les travailleuses migrantes et celles qui se trouvent dans des contextes de sous-développement ou d'urgence.
Accroître le soutien social (y compris de la part des employeurs) en faveur de l'allaitement et du travail de soins non rémunéré en sensibilisant la population à l'importance de ce travail pour l'économie et le bien-être de la société.
Prévoir une réduction du temps de travail pour tous les parents de nourrissons et de jeunes enfants, ainsi que des paiements en espèces pour assurer un niveau minimal de protection sociale et réduire la pauvreté.
<b>Préserver l'allaitement et redistribuer ses coûts</b>
Dans la lutte pour l'égalité des genres, privilégier l'égalité réelle qui reconnaît l'existence de différences entre les sexes, plutôt que l'égalité formelle qui ne tient pas compte du travail ni des besoins des femmes sur le plan génésique.
Veiller à ce que les soins aux nourrissons, notamment l'allaitement, soient exclus des efforts visant à réduire et à redistribuer le travail de soins non rémunéré des femmes, en procédant à des évaluations de l'impact des politiques et des interventions sur leur capacité à effectuer ce travail.
S'il s'avère qu'une politique ou une intervention entraîne un effet négatif sur l'allaitement, prévoir des ajustements pour atténuer cet effet.
Concevoir le congé parental dans le but premier de soutenir les droits reproductifs des femmes ainsi que les droits des enfants à bénéficier du meilleur état de santé possible.
Maintenir le paiement des cotisations au régime de retraite pendant le congé de maternité ou le congé à temps partiel comme si l'employée était au travail à temps plein, et veiller à ce que les femmes qui travaillent à temps partiel ou de manière occasionnelle ne soient pas exclues des occasions de développement professionnel et de promotion.
Consulter les femmes sur leurs besoins en matière de soutien à l'allaitement afin de s'assurer que les politiques et les programmes y répondent adéquatement, sans nuire à la poursuite de l'égalité entre les genres.
Fournir des services de garde accessibles et abordables, répondant aux normes les plus élevées, en veillant à ce que le personnel éducateur soit formé aux soins des nourrissons allaités et à la conservation et la manipulation du lait maternel exprimé.

**Tableau 2 — Mesures clés pour réduire et redistribuer les soins aux nourrissons qui ne sont pas sexués par nature**

Encourager les pères à prendre en charge d'autres activités de soins non rémunérées, notamment les tâches domestiques et les soins directs aux enfants plus âgés, et les soutenir dans cette démarche.
Adapter les conditions de travail afin de soutenir le travail de soins, en favorisant l'accès au travail à temps partiel, au télétravail, ou à un horaire allégé, de sorte que les pères puissent plus facilement assumer leurs tâches domestiques et parentales.
Offrir à tous les salariés des mesures favorisant la flexibilité du travail et en mesurer l'utilisation.
Promouvoir la valeur de toutes les activités de soins non rémunérées.
Promouvoir une « approche éthique en matière de soins prodigués par les hommes » dans toutes les sphères de la société, notamment les écoles, les médias, les institutions religieuses, les entreprises, et toute autre organisation influente où les normes sociales sont définies et renforcées.

## Conclusion

Les trois R appellent à la reconnaissance, à la réduction et à la redistribution du travail de soins non rémunéré des femmes. Cependant, l'allaitement constitue une activité de soin particulière. Son caractère sexué, tout comme le droit à l'allaitement dont disposent les femmes et les enfants, suppose que cette activité de soin soit reconnue, mais qu'elle soit exclue des efforts de réduction et de redistribution. Il convient plutôt de soutenir les femmes dans leur travail de soins auprès des nourrissons et des jeunes enfants, y compris dans l'allaitement, et de prendre des mesures pour éviter de compromettre la capacité des femmes à allaiter. Il est nécessaire de reconnaître davantage la valeur économique de l'allaitement dans le continuum de la santé reproductive et de l'intégrer dans les indicateurs économiques, les politiques et les budgets. L'objectif ne devrait pas être de réduire la quantité de soins directs que les mères prodiguent à leurs nourrissons et à leurs jeunes enfants allaités, mais de réduire le temps et l'énergie consacrés aux autres tâches domestiques et parentales. Cette approche favoriserait la nutrition, la santé et le bien-être des femmes et de leurs enfants, tout en contribuant aux sociétés dans lesquelles vivent les mères, les pères et les enfants. Les mesures favorables à l'allaitement, comme le congé de maternité rémunéré, les accommodement sur le lieu de travail et le soutien informel, ne protègent pas seulement la santé et les droits des femmes et des enfants. Elles apportent également une contribution substantielle aux sociétés en facilitant la pratique de l'allaitement, qui concourt au maintien d'une population en bonne santé. En adoptant une approche sociale collective, les coûts économiques de la prestation de soins aux nourrissons et aux jeunes enfants ne pèseraient pas aussi lourdement sur les femmes. Les modalités précises de cette démarche devront bien entendu tenir compte du contexte national. Toutefois, en résumé, plutôt que de redistribuer l'allaitement et les soins aux nourrissons, nous devrions redistribuer le coût de ces soins. Nous devrions nous efforcer de soutenir le travail de soins qui est sexué par nature et de répartir les autres soins de manière plus équitable entre les hommes et les femmes, la communauté et l'État, au bénéfice des femmes, des enfants et de la société dans son ensemble.

## Contributions des auteurs et autrices

KG et RM ont rédigé l'article. KG a rédigé la première version du texte. KG, JS, TG, VU, PE, LC, CP-K, DC, AS, MH et RM ont fourni le contenu original de l'article. Tous les auteurs et autrices ont contribué à l'article et en ont approuvé la présente version.

## Financement

Ce travail a été soutenu en partie par des subventions de la Fondation Bill et Melinda Gate à FHI Solutions pour le projet « La nutrition des femmes : une approche intégrée des politiques et du plaidoyer » et de l'initiative Alive and Thrive pour compenser le temps consacré à la préparation de l'article par deux des auteurs (KG, numéro de subvention INV-035699 ; RM, numéros de subvention OPP50838 et INV-042392).

## Conflit d'intérêts

Les auteurs déclarent que la recherche a été menée en l'absence de toute relation commerciale ou financière qui pourrait être interprétée comme un conflit d'intérêts potentiel.

## Note de l'éditeur

Toutes les affirmations formulées dans cet article n'engagent que les auteurs et ne représentent pas nécessairement la position de leurs organisations affiliées ni celle de l'éditeur et des réviseurs. Tout produit pouvant faire l'objet d'une évaluation dans cet article, ou toute allégation pouvant être faite par son fabricant, n'est ni garanti ni appuyé par l'éditeur.

## Avis de non-responsabilité de l'auteur

Les points de vue et les opinions exprimés dans cet article appartiennent aux auteurs et ne représentent pas nécessairement la position de leurs associations affiliées ou de leurs bailleurs de fonds.

## Références

1. Walters DD, Phan LTH, Mathisen R. The cost of not breastfeeding: global results from a new tool. *Health Policy Plan.* (2019) 34:407–17. doi: 10.1093/heapol/czz050
2. ILO. *Care work and care jobs for the future of decent work.* Geneva: ILO (2018).
3. Fraser N. Capitalism's crisis of care. *Dissent.* (2016) 64:30–7.
4. Laugier S. *Politics of the ordinary: Care, ethics, and forms of life.* Leuven: Peeters Publishers (2020).
5. Toronto J. *Moral boundaries: A political argument for an ethic of care.* New York: Routledge (1994).
6. Elson D. Recognize, reduce, and redistribute unpaid care work: how to close the gender gap. *New Labor Forum.* (2017) 26:52–61. doi: 10.1177/1095796017700135
7. Chopra D, Sweetman C. Introduction to gender, development and care. *Gend Dev.* (2014) 22:409–21. doi: 10.1080/13552074.2014.975486

8. Chopra D, Krishnan M. 'Care is not a burden': a 7-4-7 framework of action for operationalising the triple R. *Gend Dev.* (2022) 30:35–57. doi: 10.1080/13552074.2022.2066265
9. UN Women. *United Nations Department of economic and social affairs. Progress on the sustainable development goals: The gender snapshot 2021.* New York: UN Women (2021).
10. Mulford C. "Are we there yet?" breastfeeding as a gauge of carework by mothers In: PH Smith, B Hausman and M Labbok, editors. *Beyond health, beyond choice: Breastfeeding constraints and realities.* New Brunswick: Rutgers University Press (2012)
11. World Health Organization UNICEF. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding.* Geneva: World Health Organization UNICEF (2003).
12. Mruts KB, Gebremedhin AT, Tessema GA, Scott JA, Pereira G. Interbirth interval and maternal anaemia in 21 sub-Saharan African countries: a fractional-polynomial analysis. *PLoS One.* (2022) 17:e0275155. doi: 10.1371/journal.pone.0275155
13. King JC. The risk of maternal nutritional depletion and poor outcomes increases in early or closely spaced pregnancies. *J Nutr.* (2003) 133:1732S–6S. doi: 10.1093/jn/133.5.1732S
14. Ajepe AA, Okunade KS, Sekumade AI, Daramola ES, Beke MO, Ijase O, et al. Prevalence and foetomaternal effects of iron deficiency anaemia among pregnant women in Lagos, Nigeria. *PLoS One.* (2020) 15:e0227965. doi: 10.1371/journal.pone.0227965
15. Victora CG, Christian P, Vidaletti LP, Gatica-Domínguez G, Menon P, Black RE. Revisiting maternal and child undernutrition in low-income and middle-income countries: variable progress towards an unfinished agenda. *Lancet.* (2021) 397:1388–99. doi: 10.1016/S0140-6736(21)00394-9
16. Labbok MH. Postpartum sexuality and the lactational amenorrhea method for contraception. *Clin Obstet Gynecol.* (2015) 58:915–27. doi: 10.1097/grf.000000000000154
17. Dim CC, Ugwu EO, Iloghalu EI. Duration and determinants of inter-birth interval among women in Enugu, South-Eastern Nigeria. *J Obstet Gynaecol.* (2013) 33:175–9. doi: 10.3109/01443615.2012.747494
18. Youssef RM. Duration and determinants of interbirth interval: community-based survey of women in southern Jordan. *East Mediterr Health J.* (2005) 11:559–72.
19. Peng Y-K, Hight-Laukaran V, Peterson AE, Pérez-Escamilla R. Maternal nutritional status is inversely associated with lactational amenorrhea in sub-saharan Africa: results from demographic and health surveys II and III. *J Nutr.* (1998) 128:1672–80. doi: 10.1093/jn/128.10.1672
20. Finlay JE, Mejía-Guevara I, Akachi Y. Inequality in total fertility rates and the proximate determinants of fertility in 21 sub-Saharan African countries. *PLoS One.* (2018) 13:e0203344. doi: 10.1371/journal.pone.0203344
21. Brown LV, Rogers BL, Zeitlin MF, Gershoff SN, Huq N, Peterson KE. Comparison of the costs of compliance with nutrition education messages to improve the diets of Bangladeshi breastfeeding mothers and weaning-age children. *Ecol Food Nutr.* (1993) 30:99–126. doi: 10.1080/03670244.1993.9991328



22. Araujo MFM, Del Fiaco A, Pimentel LS, Schmitz BAS. Costs and savings for the family as the result of breast feeding [Custo e economia da prática do aleitamento materno Para a família]. *Rev Bras Saude Mater Infant.* (2004) 4:135–41. doi: 10.1590/S1519-38292004000200003
23. Shrimpton R. Global policy and programme guidance on maternal nutrition: what exists, the mechanisms for providing it, and how to improve them? *Paediatr Perinat Epidemiol.* (2012) 26:315–25. doi: 10.1111/j.1365-3016.2012.01279.x
24. Torlesse H, Benedict RK, Craig HC, Stoltzfus RJ. The quality of maternal nutrition and infant feeding counselling during antenatal care in South Asia. *Matern Child Nutr.* (2021) 17:e13153. doi: 10.1111/mcn.13153
25. Kinshella M-LW, Moore SE, Elango R. The missing focus on women's health in the first 1,000 days approach to nutrition. *Public Health Nutr.* (2021) 24:1526–30. doi: 10.1017/S1368980020003894
26. Schummers L, Hutcheon JA, Hernandez-Diaz S, Williams PL, Hacker MR, VanderWeele TJ, et al. Association of short interpregnancy interval with pregnancy outcomes according to maternal age. *JAMA Intern Med.* (2018) 178:1661–70. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4696
27. Eaton SB, Pike MC, Short RV, Lee NC, Trussell J, Hatcher RA, et al. Women's reproductive cancers in evolutionary context. *Q Rev Biol.* (1994) 69:353–67. doi: 10.1086/418650
28. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. *Lancet.* (2002) 360:187–95. doi: 10.1016/S0140-6736(02)09454-0
29. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, Taneja S, Bhandari N, Rollins N, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr.* (2015) 104:96–113. doi: 10.1111/apa.13102
30. Del Ciampo LA, Del Ciampo LRL. Breastfeeding and the benefits of lactation for women's health. *Rev Bras Ginecol Obstet.* (2018) 40:354–9. doi: 10.1055/s-0038-1657766
31. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet.* (2016) 387:475–90. doi: 10.1016/S0140-6736(15)01024-7
32. Duvander A-Z, Johansson M. What are the effects of reforms promoting fathers' parental leave use? *J Eur Soc Policy.* (2012) 22:319–30. doi: 10.1177/0958928712440201
33. Gíslason IV, Símonardóttir S. Mothering and gender equality in Iceland: irreconcilable opposites? *Soc Policy Soc.* (2018) 17:457–66. doi: 10.1017/S1474746417000525
34. Castro-García C, Pazos-Moran M. Parental leave policy and gender equality in Europe. *Fem Econ.* (2016) 22:51–73. doi: 10.1080/13545701.2015.1082033
35. Gheaus A, Robeyns I. Equality-promoting parental leave. *J Soc Philos.* (2011) 42:173–91. doi: 10.1111/j.1467-9833.2011.01525.x

36. Ellingsaeter AL. *Feminist policies and feminist conflicts: daddy's care or mother's milk? Gender inequalities in the 21st century: New barriers and continuing constraints*. Cheltenham: Edward Elgar, pp. 257–274. (2010).
37. Parental Leave Corporate Taskforce. *Putting Father's care to work: Landscape report on working Father's uptake of parental leave*. Washington: Equimundo (2020).
38. Galtry J. Strengthening the human rights framework to protect breastfeeding: a focus on CEDAW. *Int Breastfeed J*. (2015) 10:29. doi: 10.1186/s13006-015-0054-5
39. Smith JP, Ellwood M. Feeding patterns and emotional care in breastfed infants. *Soc Indic Res*. (2011) 101:227–31. doi: 10.1007/s11205-010-9657-9
40. De Onis M WHO Multicentre Growth Reference Study G. Breastfeeding in the WHO multicentre growth reference study. *Acta Paediatr*. (2006) 95:16–26. doi: 10.1111/j.1651-2227.2006.tb02372.x
41. Gonah L, Mutambara J. Determinants of weaning practices among mothers of infants aged below 12 months in Masvingo. *Zimbabwe Ann Glob Health*. (2016) 82:875–84. doi: 10.1016/j.aogh.2016.10.006
42. Daly SE, Kent JC, Owens RA, Hartmann PE. Frequency and degree of milk removal and the short-term control of human milk synthesis. *Exp Physiol*. (1996) 81:861–75. doi: 10.1113/expphysiol.1996.sp003982
43. Demétrio F, Pinto EJ, Assis AMO. Factors associated with early breastfeeding cessation: a birth cohort study in two municipalities in the Recôncavo region, Bahia state, Brazil. *Cad Saude Publica*. (2012) 28:641–50. doi: 10.1590/S0102-311X2012000400004
44. Brauner-Otto S, Baird S, Ghimire D. Maternal employment and child health in Nepal: the importance of job type and timing across the child's first five years. *Soc Sci Med*. (2019) 224:94–105. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.02.009
45. Ketema B, Bosha T, Feleke FW. Effect of maternal employment on child nutritional status in bale robe town, Ethiopia: a comparative cross-sectional analysis. *J Nutr Sci*. (2022) 11:e28. doi: 10.1017/jns.2022.26
46. Horwood C, Surie A, Haskins L, Luthuli S, Hinton R, Chowdhury A, et al. Attitudes and perceptions about breastfeeding among female and male informal workers in India and South Africa. *BMC Public Health*. (2020) 20:875. doi: 10.1186/s12889-020-09013-9
47. Hawkins MAW, Colaizzi J, Rhoades-Kerswill S, Fry ED, Keirns NG, Smith CE. Earlier onset of maternal excess adiposity associated with shorter exclusive breastfeeding duration. *J Hum Lact*. (2018) 35:292–300. doi: 10.1177/0890334418799057
48. Australian Institute for Health and Welfare. *2010 Australian National Infant Feeding Survey*. Canberra: AIHW (2011).
49. Hosen MZ, Pulok MH, Hajizadeh M. The impact of maternal employment on child malnutrition in South Asia: an instrumental variable approach. *Nutr*. (2022) 105:111851. doi: 10.1016/j.nut.2022.111851
50. Gribble KD, McGrath M, MacLaine A, Lhotska L. Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*. (2011) 35:720–38. doi: 10.1111/j.1467-7717.2011.01239.x

51. Stone C, Smith JP. The visibility of breastfeeding as a sexual and reproductive health right: a review of the relevant literature. *Int Breastfeed J.* (2022) 17:18. doi: 10.1186/s13006-022-00457-w
52. UN. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women.* (1981). Available at: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>.
53. World Health Organization. *International code of Marketing of Breastmilk Substitutes.* Geneva: WHO (1981).
54. United Nations Office of the High Commissioner. *Convention on the rights of the child.* New York: United Nations (1990).
55. ILO. *C183 Maternity Protection Convention.* (2000). Available at: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>.
56. UNFPA. *Report of the international conference on population and development, Cairo, 5–13 September, 1994.* New York: United Nations (1995).
57. Fourth World Conference on Women. *Beijing Declaration and Platform for Action.* (1995). Available at: [https://archive.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/u1281/bdpfa\\_e.pdf](https://archive.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/u1281/bdpfa_e.pdf).
58. WHO, UNICEF. *Innocenti Declaration. On the protection, promotion and support of breastfeeding.* Florence: UNICEF (1991).
59. United Nations. *Universal Declaration of Human Rights, 1948 20 October.* (2020). Available at: <http://www.un.org/en/documents/udhr/index.shtml>. (Accessed October 25, 2020).
60. United Nations Office of the High Commissioner. *Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding 2016.* (2016). Available at: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20871>.
61. Kent G. Child feeding and human rights. *Int Breastfeed J.* (2006) 1:27. doi: 10.1186/1746-4358-1-27
62. Van Esterik P. Breastfeeding and feminism. *Int J Gynaecol Obstet.* (1994) 47:S41–54. doi: 10.1016/0020-7292(94)02233-O
63. Bhan G, Surie A, Horwood C, Dobson R, Alfors L, Portela A, et al. Informal work and maternal and child health: a blind spot in public health and research. *Bull World Health Organ.* (2020) 98:219–21. doi: 10.2471/blt.19.231258
64. Chai Y, Nandi A, Heymann J. Does extending the duration of legislated paid maternity leave improve breastfeeding practices? Evidence from 38 low-income and middle-income countries. *BMJ Glob Health.* (2018) 3:e001032. doi: 10.1136/bmjgh-2018-001032
65. Baker M, Milligan K. Maternal employment, breastfeeding, and health: evidence from maternity leave mandates. *J Health Econ.* (2008) 27:871–87. doi: 10.1016/j.jhealeco.2008.02.006

66. Hewitt B, Strazdins L, Martin B. The benefits of paid maternity leave for mothers' post-partum health and wellbeing: evidence from an Australian evaluation. *Soc Sci Med.* (2017) 182:97–105. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.04.022
67. Bütikofer A, Riise J, Skira MM. The impact of paid maternity leave on maternal health. *Am Econ J Econ Policy.* (2021) 13:67–105. doi: 10.1257/pol.20190022
68. Avendano M, Berkman LF, Brugiavini A, Pasini G. The long-run effect of maternity leave benefits on mental health: evidence from European countries. *Soc Sci Med.* (2015) 132:45–53. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.02.037
69. Heshmati A, Honkaniemi H, Juárez SP. The effect of parental leave on parents' mental health: a systematic review. *Lancet Public Health.* (2023) 8:e57–75. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00311-5
70. Nandi A, Hajizadeh M, Harper S, Koski A, Strumpf EC, Heymann J. Increased duration of paid maternity leave lowers infant mortality in low- and middle-income countries: a quasi-experimental study. *PLoS Med.* (2016) 13:e1001985. doi: 10.1371/journal.pmed.1001985
71. Hajizadeh M, Heymann J, Strumpf E, Harper S, Nandi A. Paid maternity leave and childhood vaccination uptake: longitudinal evidence from 20 low-and-middle-income countries. *Soc Sci Med.* (2015) 140:104–17. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.07.008
72. Rossin M. The effects of maternity leave on children's birth and infant health outcomes in the United States. *J Health Econ.* (2011) 30:221–39. doi: 10.1016/j.jhealeco.2011.01.005
73. Tanaka S. Parental leave and child health across OECD countries. *Econ J.* (2005) 115:F7–F28. doi: 10.1111/j.0013-0133.2005.00970.x
74. Vilar-Compte M, Pérez-Escamilla R, Ruano AL. Interventions and policy approaches to promote equity in breastfeeding. *Int J Equity Health.* (2022) 21:63. doi: 10.1186/s12939-022-01670-z
75. ILO. *Maternity and paternity at work: Law and practice across the world.* Geneva: ILO (2014).
76. Vilar-Compte M, Teruel GM, Flores-Peregrina D, Carroll GJ, Buccini GS, Perez-Escamilla R. Costs of maternity leave to support breastfeeding; Brazil, Ghana and Mexico. *Bull World Health Organ.* (2020) 98:382–93. doi: 10.2471/blt.19.229898
77. ILO. *Care at Work: Investing in care leave and services for a more gender equal world of work.* Geneva: International Labour Organization (2022).
78. Australian National University, *Alive and Thrive, FHI Solutions. Mothers' Milk Tool: The Value of Nourishing Newborns and Nations,* Australia: Australian National University. (2022). Available at: [https://nceph.anu.edu.au/files/Mothers\\_Milk\\_Tool\\_Information\\_Kit.pdf](https://nceph.anu.edu.au/files/Mothers_Milk_Tool_Information_Kit.pdf).
79. Grandahl M, Stern J, Funkquist E-L. Longer shared parental leave is associated with longer duration of breastfeeding: a cross-sectional study among Swedish mothers and their partners. *BMC Pediatr.* (2020) 20:159. doi: 10.1186/s12887-020-02065-1
80. Persson P, Rossin-Slater M. *When dad can stay home: Fathers' workplace flexibility and maternal health NBER working paper no 25902.* (2019).

81. Hyland M, Shen L. *The evolution of maternity and paternity leave policies over five decades*. Washington: World Bank Group (2022).
82. Ray R, Gornick JC, Schmitt J. *Parental leave policies in 21 countries: Assessing generosity and gender equality*. Washington, DC: Center for Economic and Policy Research (2009).
83. Gornick JC, Meyers MK. *Families that work: Policies for reconciling parenthood and employment*. New York: Russell Sage Foundation (2003).
84. Brighthouse H, Olin WE. Strong gender egalitarianism. *Polit Soc.* (2008) 36:360–72. doi: 10.1177/0032329208320566
85. Nandi A, Jahagirdar D, Dimitris MC, Labrecque JA, Strumpf EC, Kaufman JS, et al. The impact of parental and medical leave policies on socioeconomic and health outcomes in OECD countries: a systematic review of the empirical literature. *Milbank Q.* (2018) 96:434–71. doi: 10.1111/1468-0009.12340
86. Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics.* (2011) 127:e1414–27. doi: 10.1542/peds.2010-0459
87. Farstad GR. Difference and equality: Icelandic parents' division of parental leave within the context of a childcare gap. *Community Work Fam.* (2015) 18:351–67. doi: 10.1080/13668803.2014.965661
88. Bakken AFM. *Ulønnet og lønnet foreldrepermisjon – mødre og fedres bruk og vurderinger*. (2022). Available at: [https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2022/1/m-3749/Ul%C3%B8nnet\\_og\\_l%C3%B8nnet\\_foreldrepermisjon\\_%E2%80%93\\_m%C3%B8dre\\_og\\_fedres\\_bruk\\_og\\_vurderinger?fbclid=IwAR2d2wDorzMJ9zrrAzXv0jqc6Ci1Qu7e8tM6VVa4qFTZHx1AwJsm\\_mrD6yU](https://arbeidogvelferd.nav.no/journal/2022/1/m-3749/Ul%C3%B8nnet_og_l%C3%B8nnet_foreldrepermisjon_%E2%80%93_m%C3%B8dre_og_fedres_bruk_og_vurderinger?fbclid=IwAR2d2wDorzMJ9zrrAzXv0jqc6Ci1Qu7e8tM6VVa4qFTZHx1AwJsm_mrD6yU).
89. Lööf-Johanson M, Foldevi M, Rudebeck CE. Breastfeeding as a specific value in women's lives: the experiences and decisions of breastfeeding women. *Breastfeed Med.* (2013) 8:38–44. doi: 10.1089/bfm.2012.0008
90. Craig L. How employed mothers in Australia find time for both market work and childcare. *J Fam Econ Issues.* (2007) 28:69–87. doi: 10.1007/s10834-006-9047-2
91. Hoekzema E, van Steenbergen H, Straathof M, Beekmans A, Freund IM, Pouwels PJW, et al. Mapping the effects of pregnancy on resting state brain activity, white matter microstructure, neural metabolite concentrations and grey matter architecture. *Nat Commun.* (2022) 13:6931. doi: 10.1038/s41467-022-33884-8
92. Feldman R. Oxytocin and social affiliation in humans. *Horm Behav.* (2012) 61:380–91. doi: 10.1016/j.yhbeh.2012.01.008
93. Widstrom AM, Wahlberg V, Matthiesen AS, Eneroth P, Uvnas-Moberg K, Werner S, et al. Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early Hum Dev.* (1990) 21:153–63. doi: 10.1016/0378-3782(90)90114-x
94. Strathearn L. Maternal neglect: oxytocin, dopamine and the neurobiology of attachment. *J Neuroendocrinol.* (2011) 23:1054–65. doi: 10.1111/j.1365-2826.2011.02228.x

95. Feldman R, Weller A, Zagoory-Sharon O, Levine A. Evidence for a neuroendocrinological foundation of human affiliation: plasma oxytocin levels across pregnancy and the postpartum period predict mother-infant bonding. *Psychol Sci.* (2007) 18:965–70. doi: 10.1111/j.1467-9280.2007.02010.x
96. Smith JP, Forrester R. Maternal time use and nurturing: analysis of the association between breastfeeding practice and time spent interacting with baby. *Breastfeed Med.* (2017) 12:269–78. doi: 10.1089/bfm.2016.0118
97. Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, Matthiesen A-S, Ransjö-Arvidson A-B, Mukhamedrakhimov R, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth.* (2009) 36:c97–c109. doi: 10.1111/j.1523-536X.2009.00307.x
98. Uvnäs Moberg K, Ekström-Bergström A, Buckley S, Massarotti C, Pajalic Z, Luegmair K, et al. Maternal plasma levels of oxytocin during breastfeeding—a systematic review. *PLoS One.* (2020) 15:e0235806. doi: 10.1371/journal.pone.0235806
99. World Health Organization. *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach.* Geneva: World Health Organization (2011).
100. Zarzycki M, Morrison V, Bei E, Seddon D. Cultural and societal motivations for being informal caregivers: a qualitative systematic review and meta-synthesis. *Health Psychol Rev.* (2022) 17:247–76. doi: 10.1080/17437199.2022.2032259
101. ILO. *Care Work and Care Jobs: For the Future of Decent Work.* (2018). Available at: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_633166.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_633166.pdf).
102. Gribble KD, Marinelli KA, Tomori C, Gross MS. Implications of the COVID-19 pandemic response for breastfeeding, maternal caregiving capacity and infant mental health. *J Hum Lact.* (2020) 36:591–603. doi: 10.1177/0890334420949514
103. Weaver JM, Schofield TJ, Papp LM. Breastfeeding duration predicts greater maternal sensitivity over the next decade. *Dev Psychol.* (2018) 54:220–7. doi: 10.1037/dev0000425
104. Norr KF, Roberts JE, Freese U. Early postpartum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *J Nurse Midwifery.* (1989) 34:85–91. doi: 10.1016/0091-2182(89)90034-7
105. Buranasin B. The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia Pac J Public Health.* (1991) 5:217–20. doi: 10.1177/101053959100500305
106. Lvoff NM, Lvoff V, Klaus MH. Effect of the baby-friendly initiative on infant abandonment in a Russian hospital. *Arch Pediatr Adolesc Med.* (2000) 154:474–7. doi: 10.1001/archpedi.154.5.474
107. Mata L, Saenz P, Araya JR. Promotion of breastfeeding in Costa Rica: the puriscal study In: DB Jelliffe and EFP Jelliffe, editors. *Programmes to promote breast-feeding.* Oxford: Oxford University Press (1988). 55–69.

108. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*. (2009) 123:483–93. doi: 10.1542/peds.2007-3546
109. O'Connor S, Vietze PM, Sherrod KB, Sandler HM, Altemeier WA. Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*. (1980) 66:176–82.
110. Lawler EC, Yewell KG. The effect of hospital postpartum care regulations on breastfeeding and maternal time allocation. *American economic journal. Appl Econ*. (2021) 2021:3.
111. IWRAP. *Asia Pacific. Substantive equality*. (n.d.). Available at: <https://cedaw.iwraw-ap.org/cedaw/cedaw-principles/cedaw-principles-overview/substantive-equality/>.
112. Fontana D, Schoenbaum N. Unsexing pregnancy. *Columbia Law Rev*. (2019) 119:309–68.
113. Schoenbaum N. Unsexing breastfeeding. *Minn Law Rev*. (2022) 107:139–244.
114. Ekberg J, Eriksson R, Friebel G. Parental leave: a policy evaluation of the Swedish “daddy-month” reform. *J Public Econ*. (2013) 97:131–43. doi: 10.1016/j.jpubeco.2012.09.001
115. Schober PS. Parental leave and domestic work of mothers and fathers: a longitudinal study of two reforms in West Germany. *J Soc Policy*. (2014) 43:351–72. doi: 10.1017/S0047279413000809
116. Bünning M. What happens after the ‘daddy months’? Fathers’ involvement in paid work, childcare, and housework after taking parental leave in Germany. *Eur Sociol Rev*. (2015) 31:738–48. doi: 10.1093/esr/jcv072
117. Cools S, Fiva JH, Kirkebøen LJ. Causal effects of paternity leave on children and parents. *Scand J Econ*. (2015) 117:801–28. doi: 10.1111/sjoe.12113
118. Kotsadam A, Finseraas H. The state intervenes in the battle of the sexes: causal effects of paternity leave. *Soc Sci Res*. (2011) 40:1611–22. doi: 10.1016/j.ssresearch.2011.06.011
119. Kan MY, Pudney S. Measurement error in stylized and diary data on time use. *Sociol Methodol*. (2008) 38:101–32. doi: 10.1111/j.1467-9531.2008.00197.x
120. Geist C. Men’s and women’s reports about housework In: J Traeas and S Drobnic, editors. *Dividing the domestic: Men, Women and household work in cross-National Perspective*. Stanford: Stanford University Press (2012). 217–40.
121. Steenkamp J-BEM, De Jong MG, Baumgartner H. Socially desirable response tendencies in survey research. *J Mark Res*. (2010) 47:199–214. doi: 10.1509/jmkr.47.2.199
122. Craig L. Does father care mean fathers share?: a comparison of how mothers and fathers in intact families spend time with children. *Gend Soc*. (2006) 20:259–81. doi: 10.1177/0891243205285212
123. Yogman MW. *Father–infant caregiving and play with preterm and full-term infants. Men’s transitions to parenthood*. Hove, UK: Psychology Press, pp. 175–195. (2014).
124. Craig L. Is there really a second shift, and if so, who does it? A time-diary investigation. *Fem Rev*. (2007) 86:149–70. doi: 10.1057/palgrave.fr.9.400.339

125. Henriksson HW, Rubertsson C. Bodies get in the way: breastfeeding and gender equality in Swedish handbooks for new parents. *NORA Nord J Feminist Gen Res.* (2021) 29:330–42. doi: 10.1080/08038740.2021.1888791
126. Solberg B, Glavin K, Berg RC, Olsvold N. “Opening up a well of emotions”: a qualitative study of men's emotional experiences in the transition to fatherhood. *Nurs Open.* (2022) 10:2282–94. doi: 10.1002/nop2.1482
127. Mahesh PKB, Gunathunga MW, Arnold SM, Jayasinghe C, Pathirana S, Makarim MF, et al. Effectiveness of targeting fathers for breastfeeding promotion: systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* (2018) 18:1140. doi: 10.1186/s12889-018-6037-x
128. Bich TH, Long TK, Hoa DP. Community-based father education intervention on breastfeeding practice-results of a quasi-experimental study. *Matern Child Nutr.* (2019) 15:e12705. doi: 10.1111/mcn.12705
129. Alive and Thrive. *Dads can do that! Strategies to involve fathers in child feeding.* Spotlight on Innovation, pp. 1–8. (2012).
130. Heymann J, Raub A, Earle A. Breastfeeding policy: a globally comparative analysis. *Bull World Health Organ.* (2013) 91:398–406. doi: 10.2471/blt.12.109363
131. Li J, Nguyen TT, Wang X, Mathisen R, Fang J. Breastfeeding practices and associated factors at the individual, family, health facility and environmental levels in China. *Matern Child Nutr.* (2020) 16:e13002. doi: 10.1111/mcn.13002
132. Hockschild A. *The second shift.* New York: Metropolitan Press (2012).
133. Organisation for Economic Co-operation and Development. *Gender wage gap.* (2022). Available at: <https://data.oecd.org/earnwage/gender-wage-gap.htm>.
134. Kleven H, Landais C, Posch J, Steinhauer A, Zweimüller J. Child penalties across countries: evidence and explanations. *Am Econ Assoc Papers Proc.* (2019) 109:122–6.
135. Hosking A, Whitehouse G, Baxter J. Duration of leave and resident fathers' involvement in infant care in Australia. *J Marriage Fam.* (2010) 72:1301–16.
136. Waring M. *Insight from the WHO Council on the economics of health for all: Time-use data can clarify crucial inputs to health for all.* Geneva: The WHO Council on the Economics of Health for All (2022).
137. Australian Bureau of Statistics. *Spotlight on the national accounts: unpaid work and the Australian economy.* (2014). Available at: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/mf/5202.0?>
138. Smith JP, Ingham LH. Mothers' milk and measures of economic output. *Fem Econ.* (2005) 11:41–62. doi: 10.1080/1354570042000332605
139. Smith JP. Making mothers' milk count In: M Bjørnholt and A McKay, editors. *Counting on Marilyn Waring: New advances of feminist economics.* Bradford, Ontario: Demeter Press (2014). 267–86.



140. Ferrant G, Thim A. *Measuring women's economic empowerment*. OECD Development Policy Papers (2019).
141. Folbre N, Yoon J. What is child care? Lessons from time-use surveys of major English-speaking countries. *Rev Econ Househ.* (2007) 5:223–48. doi: 10.1007/s11150-007-9012-3
142. Smith J, Craig L. *The time use of new mothers – what does it tell us about time use methodologies?* ACERH Research Report. (2009).
143. Gimenez-Nadal JI, Sevilla A. Trends in time allocation: a cross-country analysis. *Eur Econ Rev.* (2012) 56:1338–59. doi: 10.1016/j.euroecorev.2012.02.011
144. Waring M. *Still counting: Wellbeing, Women's work and policy-making*. Wellington: Bridget Williams Books (2018).
145. United States Bureau of Economic Analysis (BEA). (2018). Available at: <https://www.bea.gov/help/faq/1297#:~:text=GDP%20measures%20the%20market%20value,are%20no%20transactions%20to%20track>.
146. Saunders C, Dalziel P. Twenty-five years of counting for nothing: Waring's critique of national accounts. *Fem Econ.* (2017) 23:200–18. doi: 10.1080/13545701.2016.1178854
147. Baker P, Smith JP, Garde A, Grummer-Strawn LM, Wood B, Sen G, et al. The political economy of infant and young child feeding: confronting corporate power, overcoming structural barriers, and accelerating progress. *Lancet.* (2023) 401:503–24. doi: 10.1016/S0140-6736(22)01933-X
148. Stiglitz J, Sen A, Fitoussi J. *The measurement of economic performance and social progress revisited: Reflections and overview*. Paris: French Observatory of Economic Conditions, Economics Research Center (2009).
149. European Commission. *International Monetary Fund, Organisation for economic co-operation and development, United Nations, World Bank. System of National Accounts 2008*. New York: United Nations (2009).
150. United Nations Economic Commission for Europe. *Guide on valuing unpaid service work*. Geneva: United Nations (2017).
151. Smith JP. "lost milk?": counting the economic value of breast milk in gross domestic product. *J Hum Lact.* (2013) 29:537–46. doi: 10.1177/0890334413494827
152. Smith JP, Lande B, Johansson L, Baker P, Bærug A. The contribution of breastfeeding to a healthy, secure and sustainable food system for infants and young children: monitoring mothers' milk production in the food surveillance system of Norway. *Public Health Nutr.* (2022) 25:1–9. doi: 10.1017/s1368980022001495
153. Smith JP. Counting the cost of not breastfeeding is now easier, but women's unpaid health care work remains invisible. *Health Policy Plan.* (2019) 34:479–81. doi: 10.1093/heapol/czz064
154. Smith JP, Iellamo A, Nguyen TT, Mathisen R. The volume and monetary value of human milk produced by the world's breastfeeding mothers: Results from a new tool. *Front Public Health.* (2023) 11:1152659. doi: 10.3389/fpubh.2023.1152659

155. Cylus J, Smith PC. The economy of wellbeing: what is it and what are the implications for health? *BMJ*. (2020) 369:m1874. doi: 10.1136/bmj.m1874
156. Dalziel P. Wellbeing economics in public policy: a distinctive Australasian contribution? *Econ Labour Relat Rev*. (2019) 30:478–97. doi: 10.1177/1035304619879808
157. Smith JP, Folbre N. New ways to measure economic activity: breastfeeding as an economic indicator In: M Sawer, F Jenkins and K Downing, editors. *How gender can transform the social sciences: Innovation and impact*. London: Palgrave Pivot Cham (2020). 105–16.
158. WHO Council on the Economics of Health For All. *Time-use data can clarify crucial inputs to Health for all*. Geneva: World Health Organization, (2022).
159. Folbre N, Gornick J, Connolly H, Munzi T. *Women's employment, unpaid work and economic inequality*. Redwood City, California: Stanford University Press, pp. 234–260. (2013).
160. Wyn J, Cuervo H, Crofts J, Woodman D. Gendered transitions from education to work: the mysterious relationship between the fields of education and work. *J Sociol (Melb)*. (2017) 53:492–506. doi: 10.1177/1440783317700736
161. Folbre N. Measuring care: gender, empowerment, and the care economy. *J Human Dev Capabil*. (2006) 7:183–99. doi: 10.1080/14649880600768512
162. Ghosh A, Chopra D. Paid work, unpaid care work and women's empowerment in Nepal. *Contemp South Asia*. (2019) 27:471–85. doi: 10.1080/09584935.2019.1687646
163. Chopra D. Taking care into account: leveraging India's MGNREGA for women's empowerment. *Dev Change*. (2019) 50:1687–716. doi: 10.1111/dech.12535
164. Nair M, Ariana P, Webster P. Impact of mothers' employment on infant feeding and care: a qualitative study of the experiences of mothers employed through the mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee act. *BMJ Open*. (2014) 4:e004434. doi: 10.1136/bmjopen-2013-004434
165. Pankaj A, Tankha R. Empowerment effects of the NREGS on women workers: a study in four states. *Econ Polit Wkly*. (2010) 45:45–55.
166. Kiran B. Employment guarantee and child rights. *Econ Polit Wkly*. (2006) 41:1965–7.
167. Grun R. *World Bank on social protection in Africa: Burkina Faso mobile childcare scheme could transform public works*. *Capital finance International*, pp. 112–114. (2018).
168. Jarvis P. Attachment theory, cortisol and care for the under-threes in the twenty-first century: constructing evidence-informed policy. *Early Years*. (2022) 42:450–64. doi: 10.1080/09575146.2020.1764507
169. Lucas JE, Richter LM, Daelmans B. Care for child development: an intervention in support of responsive caregiving and early child development. *Child Care Health Dev*. (2018) 44:41–9. doi: 10.1111/cch.12544

170. Low S, Goh E. Granny as nanny: positive outcomes for grandparents providing childcare for dual-income families Fact or myth? *J Intergener Relat.* (2015) 13:302–19. doi: 10.1080/15350770.2015.1111003
171. Lo S, Lindsay J. “My children,” “my grandchildren”: navigating intergenerational ambivalence in grandparent childcare arrangements in Hong Kong. *Fam Relat.* (2022) 71:1834–51. doi: 10.1111/fare.12678
172. Lee JW, Bauer J. Motivations for providing and utilizing child care by grandmothers in South Korea. *J Marriage Fam.* (2013) 75:381–402. doi: 10.1111/jomf.12014
173. Baxter J. Breastfeeding, employment and leave: an analysis of mothers in growing up in Australia. *Fam Matters.* (2008) 80:17–26.
174. Liu X, Lin C. History and reform of early childhood care and education (ECCE) in Japan. In: M Fleer and OersB Van. *International handbook of early childhood education.* Dordrecht: Springer Netherlands, pp. 623–648. (2018).
175. Ibrahim R, Tan J, Hamid T, Ashari A. Cultural, demographic, socio-economic background and care relations in Malaysia In: P Wongboosin and J Tan, editors. *Care relations in Southeast Asia.* Leiden: Brill (2019). 41–98.
176. Yamashita J, Soma N, Chan RKH. Re-examining family centred care arrangements in East Asia In: M Izuhara, editor. *Handbook on east Asian social policy.* Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing (2013). 472–90.
177. Das M, Elsey H, Shawon RA, Hicks J, Ferdoush J, Huque R, et al. Protocol to develop sustainable day care for children aged 1–4 years in disadvantaged urban communities in Dhaka, Bangladesh. *BMJ Open.* (2018) 8:e024101. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024101
178. Schneiders ML, Phou M, Tum V, Kelley M, Parker M, Turner C. Grandparent caregiving in Cambodian skip-generation households: roles and impact on child nutrition. *Matern Child Nutr.* (2021) 17:e13169. doi: 10.1111/mcn.13169
179. Isaksen LW, Devi SU, Hochschild AR. Global care crisis: a problem of capital, care chain, or commons? *Am Behav Sci.* (2008) 52:405–25. doi: 10.1177/0002764208323513
180. Loeb S, Bridges M, Bassok D, Fuller B, Rumberger RW. How much is too much? The influence of preschool centers on children's social and cognitive development. *Econ Educ Rev.* (2007) 26:52–66. doi: 10.1016/j.econedurev.2005.11.005
181. NICHD Early Child Care Research Network. Does quality of child care affect child outcomes at age 4(1/2)? *Dev Psychol.* (2003) 39:451–69. doi: 10.1037/0012-1649.39.3.451
182. Yamauchi C, Leigh A. Which children benefit from non-parental care? *Econ Educ Rev.* (2011) 30:1468–90. doi: 10.1016/j.econedurev.2011.07.012
183. Lucas-Thompson RG, Goldberg WA, Prause J. Maternal work early in the lives of children and its distal associations with achievement and behavior problems: a meta-analysis. *Psychol Bull.* (2010) 136:915–42. doi: 10.1037/a0020875

184. Le K, Nguyen M. The long-run impacts of paid maternity leave on height and educational attainment. Humanities and social sciences. *Communications*. (2022) 9:317. doi: 10.1057/s41599-022-01340-z
185. Carneiro P, Løken KV, Salvanes KG. A flying start? Maternity leave benefits and long-run outcomes of children. *J Polit Econ*. (2015) 123:365–412. doi: 10.1086/679627
186. Horta BL, Victora CG World Health Organization. *Long-term effects of breastfeeding: A systematic review*. Geneva: World Health Organization (2013).
187. Kramer MS, Aboud F, Mironova E, Vanilovich I, Platt RW, Matush L, et al. Promotion of breastfeeding intervention trial (PROBIT) study group. Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. (2008) 65:578–84. doi: 10.1001/archpsyc.65.5.578
188. Victora CG, Horta BL, de Mola CL, Quevedo L, Pinheiro RT, Gigante DP, et al. Association between breastfeeding and intelligence, educational attainment, and income at 30 years of age: a prospective birth cohort study from Brazil. *Lancet Glob Health*. (2015) 3:e199–205. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70002-1
189. Bono ED, Francesconi M, Kelly Y, Sacker A. Early maternal time investment and early child outcomes. *Econ J*. (2016) 126:F96–F135. doi: 10.1111/ecoj.12342
190. Folbre N. *Developing care recent research on the care economy and economic development*. Ottawa: International Development Research Centre (2018).
191. Van de Ven P, Zwijnenburg J, Queljoe M. *Including unpaid household activities: An estimate of its impact on macro-economic indicators in the G7 economies and the way forward*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development (2018).
192. UNESCAP, ASEAN. *Addressing unpaid care work in ASEAN*. Bangkok: UNESCAP, ASEAN (2021). Available at: [https://www.unescap.org/sites/default/d8files/knowledge-products/SDD-ASEAN-21022-Unpaid-Care-report\\_2.pdf](https://www.unescap.org/sites/default/d8files/knowledge-products/SDD-ASEAN-21022-Unpaid-Care-report_2.pdf).
193. Abou Jaoude M, Moukarzel S, Kremers SPJ, Gubbels JS. Factors related to breastfeeding support in Lebanese daycare centers: a qualitative study among daycare directors and employees. *Int J Environ Res Public Health*. (2021) 18:6205. doi: 10.3390/ijerph18126205
194. ILO. *Women and men in the informal economy: A statistical picture*. 3rd ed. Geneva: ILO (2018).
195. ILO. *Non-standard employment around the world: Understanding challenges, shaping prospects*. Geneva: ILO (2016).
196. Pereira-Kotze C, Feeley A, Doherty T, Faber M. Maternity protection entitlements for non-standard workers in low-and-middle-income countries and potential implications for breastfeeding practices: a scoping review of research since 2000. *Int Breastfeed J*. (2023) 18:9. doi: 10.1186/s13006-023-00542-8
197. Holla-Bhar R, Iellamo A, Gupta A, Smith JP, Dadhich JP. Investing in breastfeeding—the world breastfeeding costing initiative. *Int Breastfeed J*. (2015) 10:8. doi: 10.1186/s13006-015-0032-y

198. Siregar AYM, Pitriyan P, Hardiawan D, Zambrano P, Vilar-Compte M, Belismelis GMT, et al. The yearly financing need of providing paid maternity leave in the informal sector in Indonesia. *Int Breastfeed J.* (2021) 16:17. doi: 10.1186/s13006-021-00363-7
199. Ulep VG, Zambrano P, Datu-Sanguyo J, Vilar-Compte M, Belismelis GMT, Pérez-Escamilla R, et al. The financing need for expanding paid maternity leave to support breastfeeding in the informal sector in the Philippines. *Matern Child Nutr.* (2021) 17:e13098. doi: 10.1111/mcn.13098
200. Carroll G, Vilar-Compte M, Teruel G, Moncada M, Aban-Tamayo D, Werneck H, et al. Estimating the costs for implementing a maternity leave cash transfer program for women employed in the informal sector in Brazil and Ghana. *Int J Equity Health.* (2022) 21:20. doi: 10.1186/s12939-021-01606-z
201. UNICEF. *Breastfeeding and family-friendly policies: An evidence brief.* New York: UNICEF (2019).
202. Pereira-Kotze C, Faber M, Kannemeyer L, Doherty T. Access to maternity protection and potential implications for breastfeeding practices of domestic workers in the Western cape of South Africa. *Int J Environ Res Public Health.* (2023) 20:2796. doi: 10.3390/ijerph20042796
203. Agadayi E, Baser DA, Cevik M. Impact of maternity leave and breastfeeding policies on physician fathers in Turkey: a descriptive research study. *Ital J Gender-Specific Med.* (2022) 8:87–96. doi: 10.1723/0000.37948
204. Soomro JA, Shaikh ZN, Saheer TB, Bijarani SA. Employers' perspective of workplace breastfeeding support in Karachi, Pakistan: a cross-sectional study. *Int Breastfeed J.* (2016) 11:24. doi: 10.1186/s13006-016-0084-7
205. Chopra D, Zambelli E. *No time to rest: Women's lived experiences of balancing paid work and unpaid care work.* London: Institute of Development Studies (2017).
206. Nuampa S, Ratinthorn A, Patil CL, Kuesakul K, Prasong S, Sudphet M. Impact of personal and environmental factors affecting exclusive breastfeeding practices in the first six months during the COVID-19 pandemic in Thailand: a mixed-methods approach. *Int Breastfeed J.* (2022) 17:73. doi: 10.1186/s13006-022-00515-3
207. Wetterberg CC, Melby K. The claim of economic citizenship: the concept of equality in a historical context In: A-B Ravn, C Carlsson Wetterberg and K Melby, editors. *Gender equality and welfare politics in Scandinavia: The limits of political ambition?* Bristol: Bristol University Press (2008). 43–62.
208. Callister P. Overworked families? Changes in the paid working hours of families with young children, 1986 to 2001. *Soc Policy J N Zeal.* (2005) 24:160–84.
209. Vilar-Compte M, Hernández-Cordero S, Ancira-Moreno M, Burrola-Méndez S, Ferre-Eguiluz I, Omaña I, et al. Breastfeeding at the workplace: a systematic review of interventions to improve workplace environments to facilitate breastfeeding among working women. *Int J Equity Health.* (2021) 20:110. doi: 10.1186/s12939-021-01432-3
210. Litwan K, Tran V, Nyhan K, Pérez-Escamilla R. How do breastfeeding workplace interventions work?: a realist review. *Int J Equity Health.* (2021) 20:148. doi: 10.1186/s12939-021-01490-7

211. Hernández-Cordero S, Vilar-Compte M, Litwan K, Lara-Mejía V, Rovelo-Velázquez N, Ancira-Moreno M, et al. Implementation of breastfeeding policies at workplace in Mexico: analysis of context using a realist approach. *Int J Environ Res Public Health*. (2022) 19:2315. doi: 10.3390/ijerph19042315
212. Smith JP, McIntyre E, Craig L, Javanparast S, Strazdins L, Mortensen K. Workplace support, breastfeeding and health. *Fam Matters*. (2013) 93:58–73.
213. Grimshaw D, Rubery J. *The motherhood pay gap: A review of the issues, theory, and international evidence*. Geneva: ILO (2015).
214. Olivetti C, Petrongolo B. The economic consequences of family policies: lessons from a century of legislation in high-income countries. *J Econ Perspect*. (2017) 31:205–30.
215. Hideg I, Krstic A, Trau RNC, Zarina T. The unintended consequences of maternity leaves: how agency interventions mitigate the negative effects of longer legislated maternity leaves. *J Appl Psychol*. (2018) 103:1155–64. doi: 10.1037/apl0000327
216. Malapit HJ, Meinzen-Dick RS, Quisumbing AR, Zselezcky L. Women: transforming food systems for empowerment and equity In: Institute IFPR, editor. *2020 global food policy report: Building inclusive food systems*. Washington DC: International Food Policy Research Institute (2020). 36–45.
217. Van Esterik P. Breastfeeding as Foodwork. In: C Counihan, Esterik P Van and A Julier, editors. *Food and culture: A reader*. Abingdon: Taylor & Francis (2018).
218. FAO, IFAD, UNICEF, WFP, WHO. *The state of food security and nutrition in the world, 2021: Transforming food Systems for Food Security, Improved Nutrition and Affordable Healthy Diets for All*. Rome: FAO (2021).
219. Craig L, Churchill B. Working and caring at home: gender differences in the effects of Covid-19 on paid and unpaid labor in Australia. *Fem Econ*. (2021) 27:310–26. doi: 10.1080/13545701.2020.1831039
220. Galtry J, Callister P. Assessing the optimal length of parental leave for child and parental well-being: how can research inform policy? *J Fam Issues*. (2005) 26:219–46. doi: 10.1177/0192513X04270344
221. Bich TH, Hoa DTP, Målvqvist M. Fathers as supporters for improved exclusive breastfeeding in Viet Nam. *Matern Child Health J*. (2014) 18:1444–53. doi: 10.1007/s10995-013-1384-9
222. Su M, Ouyang Y-Q. Father's role in breastfeeding promotion: lessons from a quasi-experimental trial in China. *Breastfeed Med*. (2016) 11:144–9. doi: 10.1089/bfm.2015.0144
223. Maycock B, Binns CW, Dhaliwal S, Tohotoa J, Hauck Y, Burns S, et al. Education and support for fathers improves breastfeeding rates: a randomized controlled trial. *J Hum Lact*. (2013) 29:484–90. doi: 10.1177/0890334413484387
224. Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis C-L. Perinatal breastfeeding interventions including fathers/partners: a systematic review of the literature. *Midwifery*. (2019) 75:41–51. doi: 10.1016/j.midw.2019.04.001
225. Craig L. Coronavirus, domestic labour and care: hendered roles locked down. *J Sociol (Melb)*. (2020) 56:684–92. doi: 10.1177/1440783320942413

226. Craig L, Brown JE, Jun J. Fatherhood, motherhood and time pressure in Australia, Korea, and Finland. *Soc Polit.* (2020) 27:312–36. doi: 10.1093/sp/jxz006
227. Abraham E, Hendler T, Shapira-Lichter I, Kanat-Maymon Y, Zagoory-Sharon O, Feldman R. Father's brain is sensitive to childcare experiences. *Proc Natl Acad Sci U S A.* (2014) 111:9792–7. doi: 10.1073/pnas.1402569111
228. Shorey S, He HG, Morelius E. Skin-to-skin contact by fathers and the impact on infant and paternal outcomes: an integrative review. *Midwifery.* (2016) 40:207–17. doi: 10.1016/j.midw.2016.07.007