



FREQUENCE ET FACTEURS ASSOCIES A LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF DE 0 A 6 MOIS A L'HOPITAL DE LA MERE ET DE L'ENFANT LAGUNE (HOMEL) DE COTONOU.

ADEDEMYJ D. *, BAGNAN-TOSSA L. **, NOUDAMADJO A *, AGOSSOU J. *, HOUNHAKOU P.***.

*Département Mère-Enfant, Faculté de Médecine, Université de Parakou, Bénin.

** Département Mère Enfant, Faculté des Sciences de la Santé, Cotonou, Université d'Abomey-Calavi, Bénin.

*** Ecole Nationale des Techniciens en Santé Publique et en Surveillance Epidémiologique. Université de Parakou. Bénin.

Auteur correspondant : Dr Bagnan-Tossa Léhila Faculté des Sciences de la Santé de l'UAC (Bénin); 10BP 1213, Cotonou (Bénin).Tél : (00229) 97 31 16 85 ; E-mail : tossabagn@yahoo.fr

RESUME

Introduction : L'allaitement maternel est la fonction ultime et complète de la femme en âge de procréer. Toutefois la fréquence de la pratique de l'allaitement maternel exclusif demeure faible dans nos pays

Objectif :Ce travail a pour objectif de déterminer la fréquence de la pratique de l'allaitement maternel exclusif à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant de Cotonou et les facteurs qui y sont associés.

Sujets et Méthode : Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive et analytique des mères ou gardiennes d'enfant rencontrées dans les services de pédiatrie, de vaccination, de consultation prénatale, de planning familial à l'HOMEL de Cotonou du 02 au 31 Octobre 2013. Ont été exclues les mères qui n'ont pas donné leur consentement ou grabataires incapables de participer à l'étude.

Résultats : L'échantillon était composé de 170 mères ou gardiennes d'enfant par un recrutement systématique. La fréquence de l'allaitement maternel exclusif était estimée à 14,71%. Cette fréquence était plus élevée chez les élèves/étudiantes (28,6%) ; les mères ayant un niveau d'instruction supérieur avec 24% ($p=0,00556$); les non salariées (16,2%) ; les mères d'ethnie yoruba avec 45,5% ($p=0,0017$); les animistes (33,3%); les mères qui étaient mariées (17,6%) ; les mères âgées de 21 à 30 ans avec 18,3%. Les facteurs associés à la faible application de la pratique de l'AME étaient le niveau d'instruction et l'ethnie.

Conclusion : Il serait alors judicieux de renforcer la sensibilisation des mères d'enfants sur la pratique de l'AME.

Mots clés : Allaitement maternel exclusif, enfants, hôpital mère enfant, facteurs associés.

SUMMARY

Six months exclusive breastfeeding practice frequency and associated factors among mothers at lagune's mother and child hospital (HOMEL) in Cotonou.

Background:Maternal breastfeeding is recognized to be the ultimate and complete of women in age of procreation. However, the frequency of exclusive breastfeeding is still low in our countries. **Objectives**: This work aims to determine the frequency of exclusive breastfeeding practice among mothers and associated factors with that practice in Cotonou's Mother and Child Hospital.

Subjects and Methods: It was a cross-sectionnal descriptive and analytical study including mothers or child watchers in Paediatrics wards, immunization section, prenatal care, family planning in HOMEL of Cotonou during the month of october 2013. The mothers who did not give their consent or were not able to participate to the study.

Results :the sample was about 170 mothers or children watchers who were systematically recruited. The frequency of exclusive breastfeeding was 14.71%. This frequency was higher in mothers who are still students or pupils. (28.6%) ; in mothers with high level of instruction 24% ($p=0.00556$); mothers who do not earn salary (16.2%) ; mothers from Yoruba's ethnic group 45.5% ($p=0.0017$); mothers practicing animism (33.3%); married mothers (17.6%) ; mothers aged 21 to 30 years (18.3%). The authors remarked a low application of exclusive breastfeeding practice among the mothers population admitted in the Homel Hospital. The associated factors with this low practice were the mother's instruction level and the ethnic origin.

Conclusion : It is then judicious to reinforce the sensitization of these mothers on the exclusive breastfeeding practice.

Mots clés :Exclusive breastfeeding, children , mothers, mother and child hospital.

INTRODUCTION

L'allaitement est le moyen idéal pour apporter aux nourrissons tous les nutriments dont ils ont besoin pour grandir et se développer en bonne santé. Pratiquement, toutes les mères peuvent allaiter, si elles ont des informations précises et le soutien de leur famille.

L'allaitement contribue à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD 4, OMD 5 et OMD 6). L'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) pendant les six premiers mois de vie de l'enfant. Cette recommandation porte tout son sens dans un pays en développement comme le Bénin où malgré les taux élevés d'allaitement maternel, la pratique de façon exclusive est plus rare et pourrait sauver des vies [1].

Toutefois, cette pratique est particulièrement entravée par de nombreux facteurs. Les prestataires de soins sont sensibilisés mais restent parfois en retrait alors que leur implantation au niveau communautaire et leur proximité avec les populations cibles représentent une situation stratégique pour la promotion et l'accompagnement des mères dans la pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) [1].

Dans le souci de rendre opérationnelle la stratégie nationale de réduction de la mortalité infantile, il a été élaboré en 2002, un manuel pour les pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant.

Ce manuel développé conjointement par l'OMS et l'UNICEF avait pour objectif d'attirer l'attention des prestataires de soins sur l'impact que les pratiques alimentaires ont sur le statut nutritionnel, la croissance, le développement et la santé, et donc la survie même des nourrissons et des jeunes enfants. Il a pour cibles les trois niveaux du système de santé du Bénin : le niveau national, départemental et le niveau zone sanitaire [2].

D'autres auteurs ont également attiré l'attention sur l'impact de l'AME sur la croissance harmonieuse des enfants [3].

Malgré les efforts des professionnels de la santé, la prévalence de l'AME au Bénin demeure faible à 33% en 2011 [4]; d'où l'intérêt d'étudier le niveau d'application de cette pratique à l'HOMEL de Cotonou en 2013.

PATIENTS ET METHODES

Cadre d'étude : L'étude s'est déroulée à l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune de (Homel) de Cotonou dans les services de

Planification Familiale, de Consultation prénatale, de Vaccination et de Pédiatrie.

Il s'agit d'un Hôpital tertiaire de soins maternels et infantiles de rang national, « Amis des Bébé » et assurant environ 8000 accouchements annuels.

Type et période d'étude : Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique avec recueil prospectif des données couvrant la période du 02 au 31 Octobre 2013.

Population d'étude, critères d'inclusion et d'exclusion : La population d'étude était constituée des mères ou gardiennes d'enfants âgés de 6 mois au moins dans les services de pédiatrie, vaccination, consultation prénatale, planning familial à l'HOMEL.

Ont été exclues des mères ou gardiennes d'enfants n'ayant pas donné leur consentement des mères ou gardiennes d'enfants incapables de répondre aux questions (mères grabataires et mères hospitalisées).

Echantillonnage : L'échantillonnage a été non probabiliste avec un recrutement systématique et exhaustif des mères d'enfant de 6 mois au moins selon l'ordre d'arrivée des mères dans les différents services sus cités de l'Homel.

Collecte des données : Les données étaient recueillies sur les fiches de dépouillement prévues à cet effet. Un entretien avec les agents socio-sanitaire a été mené. Un dépouillement des documents existants a été réalisé en vue de connaître le statut sérologique des mères et les principales affections des enfants.

Traitement et analyse des données : Après vérification pour s'assurer de la qualité du remplissage des outils et correction des éventuelles imperfections, la saisie des données et leur analyse ont été réalisées dans le logiciel Epi Info 3.5.1.

La description de l'échantillon a été réalisée à l'aide des méthodes statistiques : la moyenne, l'écart-type et la médiane avaient été utilisés pour les variables quantitatives alors que les fréquences avaient servi à décrire les variables qualitatives.

La recherche des liens entre la faible prévalence de l'AME et les autres variables indépendantes a été faite par une analyse univariée.

Le test de chi-carré de Pearson avait permis de rechercher un lien statistique entre les variables avec une p value < 0,05 et le rapport de prévalence (RP) a permis d'apprécier la force de l'association.

RESULTATS

Au total 170 mères d'enfants ou gardiennes d'enfants ont été incluses dans l'étude.

Caractéristiques sociodémographiques des mères d'enfants incluses dans l'étude

Dans 61,2% des cas, les mères d'enfants étaient âgées de 21 à 30 ans.

Les ménagères étaient les plus représentées avec une proportion de 30,6% suivies des fonctionnaires 29,4%.

Dans 94,1% des cas, les mères d'enfants incluses étaient soit mariées ou en union libre.

La proportion des femmes chrétiennes était de 85,3% suivie des femmes musulmanes avec une proportion de 9,4%.

Peu de femme de notre échantillon (23,53%) avaient une rémunération salariale.

Les mères d'ethnie « Fon » étaient les plus représentées avec 41,8% suivies des Mina avec 18,2%.

La plupart des mères avaient un niveau d'études secondaires avec 37,6% suivies de celles qui avaient un niveau primaire 24,1%.

Dans 69,41% des cas, les mères d'enfants étaient multipares.

Selon le statut immunologique, la sérologie VIH était positive pour 4,7% des mères d'enfants incluses dans l'étude.

Le détail des caractéristiques socio-démographiques des mères est présenté dans le tableau I.

Tableau I : Répartition des femmes ou gardiennes d'enfants suivant des caractéristiques sociodémographiques et économiques

Caractéristiques	Effectifs	Pourcentage (%)
Tranche d'âge (années)		
≤ 20	14	8,2
21- 30	104	61,2
≥ 31	52	30,6
Profession/Occupation		
Ménagère	52	30,6
Artisane	26	15,3
Fonctionnaire	50	29,4
Élève/étudiante	14	8,2
Commerçante	28	16,5
Niveau d'instruction		
Non scolarisée	40	23,5
Primaire	41	24,1
Secondaire	64	37,6
Supérieure	25	14,7
Etat civil		
Mariée	85	50,0
Célibataire	10	5,9
Union libre	75	44,1
Religion		
Chrétienne	145	85,3
Musulmane	16	9,4
Animiste	6	3,5
Autre	3	1,8
Rémunération salariale		
Salariée	40	23,53
Non salariée	130	76,47
Parité		
Multipares	118	69,4
Primipares	52	30,6
Statut VIH		
VIH (+)	08	4,7
VIH (-)	162	95,3

Fréquence de la pratique de l'allaitement maternel exclusif à l'HOMEL de Cotonou

La majorité des mères d'enfants de l'étude (99,4%) de notre échantillon pratiquaient l'allaitement maternel.

Seules 25 parmi ces dernières allaitaient exclusivement leurs enfants soit 14,71% de l'effectif total de notre échantillon.

Facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif à l'HOMEL de Cotonou

Il n'existait aucune association statistiquement significative entre la pratique de l'allaitement maternel exclusif et la profession ($p=0,5849$). Une association statistiquement significative a été notée entre la profession, la

pratique de l'allaitement maternel exclusif et le niveau d'instruction ($p=0,00556$).

Bien que les femmes n'ayant pas de rémunération salariale semblent plus allaitées leurs enfants exclusivement au lait maternel (84%), il n'existait pas d'association statistiquement significative entre la pratique de l'allaitement maternel exclusif et la rémunération salariale ($p=0,6049$).

L'ethnie a été statistiquement liée à l'allaitement maternel exclusif ($p=0,00105$). Le détail des relations entre les facteurs socio-démographiques et la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 0 à 6 mois à l'HOMEL de Cotonou est présenté dans les tableaux 2 et 3.

Tableau II: Répartition des mères ou gardiennes d'enfant dans l'étude pratiquant l'AME en fonction des caractéristiques sociodémographiques et économiques.

	AME (+)		AME (-)		RP (IC95%)	p-value
	n	%	n	%		
Tranches d'âge						0,212
≤ 20	2	14,3	12	85,7	1,28[0,33-4,91]	
21_30	19	18,3	85	81,7	1	
≥ 31	4	7,7	48	92,3	2,38[0,85-6,62]	
Profession						0,5849
Artisane	3	11,5	23	88,5	2,48 [0,64-9,54]	
Commerçante	3	10,7	25	89,3	2,67 [0,69-10,31]	
Elève/étudiante	4	28,6	10	71,4	1	
Fonctionnaire	8	16,0	42	84,0	1,79[0,63-5,07]	
Ménagère	7	13,5	45	86,5	2,12[0,72-6,23]	
Situation matrimoniale						0,5487
Célibataires	1	10,0	9	90,0	1,76 [0,26-11,98]	
Concubines	9	12,0	66	88,0	1,47 [0,68-3,16]	
Mariées	15	17,6	70	82,4	1	
Niveau d'instruction						0,00556
Non scolarisé	8	20,0	32	80,0	1,20 [0,47-3,05]	
Primaire	1	2,4	40	97,6	9,84 [1,26 -77,03]	
Secondaire	10	15,6	54	84,4	9,84 [1,26 -77,03]	
Supérieur	6	24,0	19	76,0	1	
Rémunération salariale						0,6049
Salarié	4	10,3	36	86,7	0,62[0,23-1,70]	
Non salarié	21	16,2	109	83,8	1	
Religion						0,4491
Chrétienne	20	13,8	124	86,2	2,42[0,73-8,04]	
Musulmane	2	12,5	14	87,5	2,67[0,48-14,90]	
Animiste	2	33,3	4	66,7	1	
Autre	1	33,3	2	66,7	1,00[0,14-7,10]	
Parité						0,2688
Multipares	15	12,7	103	87,3	0,66[0,32-1,37]	
Primipares	10	19,2	42	80,8		
Statut VIH						0,09
Positif	3	37,5	5	62,5	2,76[1,04-7,32]	
Négatif	22	13,6	140	86,4		

Tableau III : Répartition des mères incluses dans l'étude pratiquant l'AME en fonction de l'ethnie

Religion	AME				RP (IC95%)	p-value
	Oui		Non			
	n	%	n	%		
Fon	7	9,9	64	90,1	4,06[1,87-20,44]	0,00105
Bariba	2	20,0	8	80,0	2[0,54-7,54]	
Goun	1	5,3	18	94,7	7,60[1,07-53,08]	
Mina	3	9,7	28	90,3	4,13[1,29-13,20]	
Yoruba	12	40,0	18	60,0	1	
Autre	0	0,0	9	100,0		
Total	25		145			

DISCUSSION

La fréquence de la pratique de l'allaitement maternel exclusif à l'HOMEL était de 14,71%. Les facteurs associés à cette pratique étaient en analyse univariée le niveau d'instruction et l'ethnie. Dans ce travail, bien que les objectifs fixés aient été atteints, certaines variables auraient pu être mieux recherchées en l'occurrence la rémunération salariale qui n'explique pas clairement la situation socio-économique des mères d'enfant incluses dans l'étude. L'utilisation de la variable niveau socio-économique aurait été plus appropriée et plus expressive.

Caractéristiques sociodémographiques des mères d'enfants de l'étude

La tranche d'âge des mères ou gardiennes d'enfants la plus représentée, était celle de 21 à 30 ans (61,2%) et la majorité des mères étaient dans un engagement nuptial (94,1%). Ces données sont superposables à celles des travaux de BELLATI et al réalisés au Maroc en 1996 où la majorité des mères (60%) étaient dans la tranche d'âge de 20 à 30ans et 97,3% des mères étaient mariées [5].

Selon la profession des mères incluses dans ce travail, les ménagères (femmes au foyer) représentaient 30,6%, suivies des fonctionnaires (29,4%). D'après les travaux de KAMBAen 2009 au Cameroun, la couche des mères la plus représentée était celle des ménagères (55,4%) [6]. Ce résultat s'explique par le fait que le cadre d'étude était un centre hospitalier implanté en plein marché, ce qui permet une fréquentation assez élevée des femmes au foyer. La fréquence des fonctionnaires dans notre étude peut s'expliquer par le fait qu'il

s'agit d'un hôpital de référence. Ces mères fonctionnaires sont supposées avoir un pouvoir d'achat un peu plus élevé leur permettant de s'offrir les services d'un spécialiste en santé de la reproduction.

Par rapport au mode de rémunération des mères d'enfants dans ce travail, les mères non salariées étaient plus représentées (76,47%). Ce résultat est paradoxalement en contraste avec le type de profession (fonctionnaire). Cette différence s'explique par le fait que certaines mères bien qu'ayant un travail régulier, n'étaient pas rémunérées.

Concernant le niveau d'instruction des mères dans ce travail, 23,5% n'étaient pas scolarisées et parmi celles qui étaient scolarisées, environ 52% ont pu atteindre le niveau secondaire. Ces données contrastent avec les données de l'EDS qui a trouvé une population féminine majoritairement non scolarisée (60%) au plan national [4]. D'après une étude menée par KAMBAen 2009 au Cameroun à l'hôpital provincial de Bafoussam, la majorité des femmes avaient un niveau d'études secondaires (72,8%) [6]. Ce taux relativement faible des mères non scolarisées pourrait s'expliquer par le fait que l'étude s'est déroulée dans une grande ville où les mères ont plus de facilité par rapport à l'instruction dès le jeune âge.

Parrapport à la parité dans ce travail, les mères d'enfants interviewées étaient multipares dans 69,41% des cas. KAMBA a montré dans son étude que la grande majorité des mères étaient multipares (69,2%) et la moyenne d'enfant par femme était de 2,65 enfants [6]. La multiparité est un fait de société en Afrique subsaharienne et plus particulièrement dans notre pays.

Concernant le statut immunologique des mères incluses, 4,7% des mères étaient séropositives au VIH. En effet, la séoprévalence du VIH au Bénin en fin 2011 était de 1,2% dans la population générale. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que le cadre d'étude est un site de prise en charge de la transmission mère-enfant du VIH SIDA et c'est un centre hospitalier où sont concentrées les femmes enceintes. Les progrès obtenus dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif dans les années 90 pourraient malgré les recommandations de l'OMS subir un infléchissement à cause de l'influence du VIH comme l'ont suggéré certains auteurs [7].

Fréquence de la pratique de l'AME

La fréquence d'allaitement maternel exclusif pendant six mois (14,71%) observée dans notre étude est inférieure à celle observée au niveau national. Car selon l'EDS Bénin 2011-2012 que 90% des nourrissons de moins de 6 mois sont allaités mais 33% le sont exclusivement [4]. Nos résultats étaient également inférieurs à ceux de GELBERT en (France), où 66,6% des mères allaitaient partiellement leurs enfants et 31% allaitaient exclusivement leurs enfants jusqu'à 6 mois [8]. La fréquence d'AME est encore très faible à l'HOMEL de Cotonou et il existe un grand écart entre la fréquence d'AME et celle d'AM. Ce résultat serait probablement dû à l'insuffisance de sensibilisation des mères par le personnel de santé et à l'insuffisance de consultations prénatales des mères durant leur grossesse.

Toutefois, cette faible fréquence de la pratique de l'AME jusqu'à six (6) mois par les mères qui fréquentent l'HOMEL devrait être nuancée. Lorsque l'AME est pratiqué jusqu'à quatre (4) mois, cette fréquence va à 56,47%. Ce qui pourrait signifier que si l'on mettait de côté les pesanteurs socioculturelles, les interdits et autres facteurs entravant la pratique de l'AME, cette fréquence à 6 mois pourrait être nettement améliorée.

Ce résultat suggère aussi que si les pouvoirs publics et le personnel de santé soutenaient la pratique de l'AME par les causeries, par la préparation de la gestante à l'allaitement et par le soutien des parturientes et accouchées, on pourrait améliorer également ce taux. Cette faible fréquence paraît tout de même paradoxale dans un hôpital ami des bébés qui soutient la pratique de l'AME. Cela suggère également, soit une relâche des activités dans ce cadre ou une nécessité de relancer la sensibilisation de masse à cet effet. Loin d'être l'image d'un hôpital de référence, cette faible fréquence retrouvée dans notre étude pourrait exprimer

l'image réelle de la pratique de l'AME dans la population générale.

Facteurs associés à la pratique de l'AME à l'HOMEL de Cotonou

Il a été noté une différence significative des prévalences de l'AME en fonction du niveau d'instruction ($p=0,00556$). L'instruction des mères semble avoir un impact important sur la pratique de l'AME. Les mères instruites étaient plus susceptibles d'avoir un meilleur accès et une meilleure utilisation de l'information que les mères ayant un bas niveau d'instruction ce qui contribue à améliorer la nutrition des enfants. OGUNLESI également a fait ressortir que le taux d'AME est plus important lorsque le niveau d'éducation de la mère est élevé [9] au Nigéria. D'après les données issues de nos travaux nous avons trouvé qu'il y avait une association statistiquement significative entre la pratique de l'AME et l'ethnie ($p=0,00105$) (tableau III).

KAKUTE et al. [10] ont tenté de comprendre les barrières culturelles à l'AME dans quatre villages en zone rurale du Cameroun. Ainsi, certaines croyances et traditions ont été identifiées comme obstacle à l'AME, notamment la croyance selon laquelle le lait maternel est un aliment incomplet. Ce fait pourrait s'expliquer par la persistance des croyances ancestrales et les pratiques socioculturelles. En effet, nombreuses sont les mères qui ont hérité des pratiques ancestrales qui consistent à introduire précocement des tisanes dans l'alimentation du nourrisson.

Notre travail n'a pas établi une relation entre la parité et l'AME. Nos résultats diffèrent de ceux publiés par FOIX et al qui trouvaient que l'un des facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel était la multiparité avec un odds ratio ($OR=3,0$). [11]. Dans notre société, les mères qui ont plusieurs enfants (multipares), ne sont pas tellement disponibles en matière de temps pour bien s'occuper d'un nourrisson à cause de la multiplicité des travaux domestiques impliquant l'entretien des autres enfants.

Dans ce travail, l'âge, le niveau socio-économique et la situation matrimoniale des mères n'avaient aucune influence statistiquement significative sur la pratique de l'AME.

CONCLUSION

L'allaitement maternel est un acte naturel qui apporte de nombreux avantages à la mère comme à l'enfant. Le lait de femme représente l'alimentation la mieux adaptée à l'enfant jusqu'à ses six mois et lui assure une croissance harmonieuse [3]

A l'HOMEL de Cotonou, il a été constaté une faible pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères fréquentant cet hôpital. Les facteurs associés à cette faible pratique étaient le niveau d'instruction et l'ethnie.

Face à cette situation, un nouvel élan devrait être donné à la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Aussi, des recyclages du personnel de santé des hôpitaux, maternités et des centres de santé, des actions au niveau communautaire devront être mis en place pour

renforcer la sensibilisation des mères d'enfants sur la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Conflit d'intérêt

Aucun

Remerciements

Les auteurs expriment leur profonde gratitude aux mères et aux nouveau-nés qui ont accepté de participer à cette étude.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. **Cade C.** Promotion de l'allaitement maternel exclusif au Bénin et rôle du pharmacien d'officine. Bénin ; 2011. <<http://www.archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action.pdf>>. Consulté le 08 Août 2013
2. **OMS. Bénin :** Pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson, et du jeune enfant. Bénin ; 2009. <http://www.who.int/fr/>. Consulté le 02 Novembre 2013.
3. **Kramer MS, Guo T, Platt RW, Sevkovskaya Z, Dzikovitch I, Collet JP, Shapiri S, Chalmers B, Hodrett E, Vanilovich I, Mezer I, Ducruet T, Shishko G, Bogdanovich N.** Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 months of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003;78(2) 291-5. Downloaded from ajcn.nutrition.org at Benin: ASNA Sponsored on February 27, 2014.
4. **INSAE Bénin et ICF International ClavertonMaryland :** Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples du Bénin EDS-MICS-IV 2011-2012. Rapport préliminaire. 40 pages.
5. **Bellati Saadi F, Sallm G, Martin SL.** Situation actuelle de l'allaitement maternel dans la région d'Agadir au Maroc, à propos d'une enquête chez 220 mères. *Médecine d'Afrique noire*.1996 ; 43 :194-96.
6. **Kamba Gamgne B.** Étude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussam, Cameroun.2009 <<http://www.memoireonline.com>>Consulté le 03 octobre 2013
7. **Marie- Claude D.** L'allaitement maternel en Afrique : l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie de sida ? Cahier d'étude et de recherche francophone/santé. Question nouvelle. 2002 ; 12(1) :64-72.
8. **Labarere J, Gelbert N, Ayral A.S, Duc C, Berchoteau M, Bouchon N, Schelstraete C, Vitoz JP, François P, Pons JC.** Efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours du postpartum sur la durée d'allaitement maternel. *Médecine & Enfance*.2006 ;26(10) :591-95.
9. **Ogunlesi TA.** Maternal socio-demographic factors influencing the initiation and exclusivity of breastfeeding in a Nigerian semi-urban setting. *Maternal and child Health Journal* 2010; 14(3):459-65.
10. **Kakute PN.** Cultural barriers to exclusive breastfeeding by mothers in rural area of Cameroon. Africa. *Journal of Midwifery and Women Health* 2005;50(4):324-28.
11. **Foix l'Helias L, Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K.** Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère. *Archives de Pédiatrie* 2008 ;15 (7) :1167-1173 <<http://www.em-consulte.com/article/>>consulté le 15/10/2013.