



PREVALENCE ET DESCRIPTION DES PRATIQUES D'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF DANS UNE ZONE SEMI-RURALE AU SUD DU BENIN

PADONOU Sètonджи Géraud Roméo ^{1*}, AGUEMON Badirou ¹, Gilles M. A. BOGNON ², DAMIEN Georgia ¹, MIZEHOUN-ADISSODA Carmelle ³, AYELO Paul ⁴, DJOSSOU Elisette¹

1 : Département de Santé Publique. Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey-Calavi. 01 BP 188 Cotonou, République du BENIN.

2 : Service de pédiatrie. Centre hospitalier universitaire départemental Ouémé-Plateau. Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey-Calavi. 01 BP 188 Cotonou, République du BENIN.

3 : Ecole de Nutrition et Diététique. Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey-Calavi. 01 BP 188 Cotonou, République du BENIN.

4 : Unité de recherche et d'enseignement en santé au travail et environnement. Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey-Calavi. 01 BP 188 Cotonou, République du BENIN.

Auteur correspondant : Sètonджи Géraud Roméo PADONOU.

Département de Santé Publique. Faculté des Sciences de la Santé. Université d'Abomey-Calavi. 01 BP 188 Cotonou, République du BENIN. geraudpad@yahoo.fr Tél : 00229 66 64 75 75.

RESUME

Introduction : Dans un contexte de non atteinte des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF concernant l'allaitement maternel exclusif, cette étude avait pour objectif de décrire les pratiques et habitudes d'allaitement maternel dans une population semi-rurale au sud du Bénin.

Matériel et méthode : Cette enquête s'est déroulée à Sèmè-Kpodji située à 15 km au sud-est de la capitale Porto-Novo. Les pratiques d'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois ont été observées et notées chez 339 femmes ayant accouché entre janvier 2015 et janvier 2016.

Résultats : La plupart des enfants (71,40%) ont été mis au sein dès la première de vie ; l'âge moyen de sevrage était de 4,5 mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif était de 53,9% et a diminué progressivement en fonction de l'âge de l'enfant. Les taux d'allaitement maternel prédominant et complété ont varié de 25,4% à 49,6% et de 0 à 40,7% respectivement. La durée moyenne des tétées est passée de 24,1 à 15,1 minutes et la fréquence des repas de 9,5 à 6,4 repas par jour.

Conclusion : Cette enquête confirme la nécessité de continuer les interventions de santé publique visant à promouvoir l'allaitement maternel exclusif afin d'améliorer les indicateurs de santé materno-infantile.

Mots-clés : Allaitement maternel exclusif-Allaitement maternel prédominant-Allaitement maternel complété-Fréquence et durée des tétées.

ABSTRACT

PREVALENCE AND DESCRIPTION OF EXCLUSIVE BREASTFEEDING PRACTICES IN A PERI URBAN AREA, SOUTHERN BENIN

Introduction: In a context of non-compliance with WHO and UNICEF recommendations on exclusive breastfeeding, this study aimed to describe breastfeeding practices and habits in a semi-rural population in southern Benin.

Methods: This survey took place in Sèmè-Kpodji, located 15 km southeast of the capital Porto-Novo. Exclusive breastfeeding practices from 0 to 6 months were observed and noted in 339 women who gave birth between January 2015 and January 2016.

Results: Most children (71.40%) were breastfed early in life; mean age of weaning was 4.5 months. The exclusive breastfeeding rate was 53.9% and decreased progressively according to the age of the child. Predominant and supplemented breastfeeding rates ranged from 25.4% to 49.6% and from 0 to 40.7% respectively. Mean duration of feedings decreased from 24.1 to 15.1 minutes and the frequency of meals from 9.5 to 6.4 meals per day.

Conclusion: This study confirms the need for continued public health interventions to promote exclusive breastfeeding to improve maternal and child health indicators.

Keywords: Exclusive breastfeeding-Predominant breastfeeding-Completed breastfeeding-Frequency and duration of breastfeeding.

INTRODUCTION

L'organisation Mondiale de la santé (OMS) recommande un allaitement maternel exclusif chez tous les enfants jusqu'à l'âge de 06 mois [1]. Cette recommandation est diversement observée dans le monde où le taux d'allaitement

maternel exclusif est environ de 40% [1]. Au Bénin, ce taux est de 41%, soit 4 enfants sur 10, et moins de la moitié des enfants (46%) ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi la naissance (Enquête multiple indicateur cluster survey MICS 2014).

Le lait maternel est un aliment complet contenant tous les éléments dont a besoin l'enfant : vitamines, minéraux, enzymes et anticorps [1, 2]. Il est le premier aliment naturel pour les nourrissons, il fournit toute l'énergie et les nutriments qu'il faut à l'enfant pendant les 6 premiers mois de vie et continue de couvrir la moitié ou plus de ses besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie, et jusqu'à un tiers de ceux-ci pendant la deuxième année. Il joue un rôle bénéfique majeur sur la croissance, et contribue à réduire la mortalité et la morbidité. Selon l'OMS, plus de 820000 vies d'enfants de 0 à 5 ans pourraient être sauvées si entre 0 et 23 mois ces enfants ont eu un allaitement maternel optimal [1]. La mortalité néonatale est réduite de 20% par une mise au sein précoce du nouveau-né dès la première heure de vie [3, 4]. De plus l'allaitement maternel exclusif chez les moins de 06 mois est essentiel pour la croissance staturo-pondérale de l'enfant, son développement psychomoteur et cognitif. Il renforce le système immunitaire de l'enfant en baissant ainsi sa susceptibilité aux infections notamment les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës [5, 6].

Chez la mère, l'allaitement, par un mécanisme physiologique de contrôle hormonal, aide à la prévention des hémorragies du postpartum et joue un rôle contraceptif [2].

Les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif sur la santé de l'enfant ont été largement reportés dans les pays à faibles revenus. Améliorer les indicateurs de santé materno-infantile passe entre autres stratégies par la promotion de l'allaitement maternel exclusif et de bonnes pratiques d'allaitement de façon générale. Ces stratégies sont particulièrement utiles au sein des populations vivant en milieu rural ou semi-urbain où l'allaitement maternel est fortement tributaire de facteurs socio-culturels tels que les traditions et coutumes ethniques, la culture, la religion.

Dans ce contexte, la présente étude avait pour objectif principal de décrire les pratiques d'allaitement maternel à Sèmè-kpodji, commune semi-rurale située au sud du Bénin.

MATERIEL ET METHODES

Cadre et type d'étude

Cette étude transversale descriptive s'est déroulée de juillet à août 2016, au sud de la République du Bénin, dans le département de l'Ouémé, à Sèmè-Kpodji (arrondissement d'Agblangandan) située à 15 km au sud-est de la capitale Porto-Novo et à 21 km de Cotonou.

Population d'étude

Toutes les femmes ayant accouché dans le centre de santé d'Agblangandan entre janvier 2015 et janvier 2016 et dont les enfants avaient au moins 06 mois au moment de l'enquête ont été recrutées. Les critères d'exclusion étaient :

- Refus de participer à l'enquête
- Déménagement secondaire hors de la zone d'étude

Au total 339 femmes remplissant les critères de sélection ont été incluses dans l'étude.

Recueil des données

Des enquêteurs de terrain formés avant le début de l'enquête ont interrogé les femmes au cours d'un entretien individuel au centre de santé ou à domicile lorsque cela était nécessaire. A l'aide d'un questionnaire et d'un guide d'entretien, des données sociodémographiques, des données gynéco-obstétricales, et des informations sur les habitudes et pratiques d'allaitement maternel ont été collectées. Les femmes ont été interrogées sur comment elles avaient allaité leur enfant à chaque mois jusqu'à l'âge de 06 mois, sur le moment (à partir de quel mois) d'introduction d'autres aliments que le lait maternel et quelle nature d'aliment a été introduit. Les enquêteurs tenaient à disposition des femmes pour une meilleure compréhension des notes explicatives concernant la nature des aliments : aliments solides, aliments liquides, aliments mixés, liquides nutritifs, liquides non nutritifs.

Définition des variables

Variable dépendante

Il s'agissait de l'allaitement maternel exclusif défini lorsque l'enfant a été exclusivement nourri au lait maternel de 0 à 6 mois. C'était une variable dichotomique codée 1 quand il y a eu allaitement maternel exclusif ou 0 quand il n'y en a pas eu.

Co-variables

- Données sociodémographiques : sexe de l'enfant, âge de la mère, statut du foyer matrimonial (monogame ou polygame), religion (chrétien, musulman, traditionnelle), niveau de scolarité de la femme (non scolarisée, primaire, secondaire et plus), activité professionnelle de la femme pendant la période d'AME.
- Données gynéco-obstétricales : parité, nombre de consultations prénatales (< 4 ou ≥4), suivi de consultations postnatales, accouchement par césarienne, réanimation du nouveau-né à la naissance.
- Pratiques d'allaitement maternel : délai de mise au sein (dès la première heure, pendant les 24 premières heures, au-delà de

24 heures), allaitement maternel prédominant (rajout de liquides non nutritifs tels que eau, médicaments, tisanes médicinales), allaitement maternel complété (rajout de liquides nutritifs tels que bouillie et jus de fruits, rajout d'aliments solides ou mixés), le nombre de tétées par jour et la durée moyenne de chaque tétée, l'âge moyen de sevrage.

Stratégies d'analyses statistiques

A l'issue de la collecte des données, les incohérences, les doublons, les données manquantes ont été systématiquement recherchés et corrigés. La première partie du travail a consisté en une description des caractéristiques sociodémographiques et gynéco-obstétricales de la population d'étude. Dans la 2^{ème} partie, les pratiques et habitudes d'allaitement maternel ont été décrites. Les données ont été traitées par le logiciel statistique STATA® (StataCorp LP, College Station, TX, USA).

Ethique

Les mères ont été recrutées et enquêtées sur la base de leur consentement oral libre et

éclairé. Les participantes avaient le droit de se retirer de l'enquête à tout moment. Toutes les données recueillies étaient anonymes et confidentielles.

RESULTATS

Description de la population d'étude

Dans l'échantillon il y avait 188 garçons et 151 filles, représentant un sex ratio M/F de 1,24. L'âge moyen des mères était de 28,22 ans, 60,18% avaient entre 25 et 35 ans et 75,52% étaient des multipares. La majorité (57,23%) avaient suivi au moins 4 consultations prénatales et seules 12,68% avaient fait une consultation postnatale. Près de 20% des femmes ont accouché par césarienne et 17,40% des nouveau-nés ont été réanimés à la naissance. Moins de la moitié des mères n'étaient pas scolarisées, la plupart (61,36%) exerçaient une activité professionnelle. La religion dominante était la religion chrétienne.

L'ensemble des caractéristiques descriptives de la population d'étude est montré dans le tableau 1.

Tableau 1 : Description de la population d'étude

	N=339	Moyenne (DS)	%
<i>Sexe de l'enfant</i>			
Masculin	188		55,46
Féminin	151		44,54
<i>Age de la mère (en année)</i>			
		28,22 (2,17)	
<i>Classes d'âge</i>			
< 25	91		26,84
[25 - 35]	204		60,18
>35	44		12,98
<i>Parité</i>			
Multipares	256		75,52
Primipares	83		24,48
<i>Nombre de consultation prénatale</i>			
< 4	145		42,77
≥ 4	194		57,23
<i>Consultation postnatale</i>			
Oui	43		12,68
Non	296		87,32
<i>Accouchement par césarienne</i>			
Oui	67		19,76
Non	272		80,24
<i>Réanimation du NNé à la naissance</i>			
Oui	59		17,40
Non	280		82,60

<i>Statut du foyer</i>		
Polygamie	58	17,11
Monogamie	281	82,89
<i>Niveau de scolarité de la mère</i>		
Non scolarisée	132	38,94
Primaire	97	28,61
Secondaire et plus	110	32,45
<i>Mère en activité professionnelle</i>		
Oui	208	61,36
Non	131	38,64
<i>Religion</i>		
Chrétienne	189	55,75
Musulmane	94	27,73
Traditionnelle	56	16,52

Description des pratiques d'allaitement maternel

Délai de mise au sein

Plus de 70% des nouveau-nés ont eu un allaitement maternel précoce c'est-à-dire une mise au sein dans l'heure qui a suivi la naissance, 19,4% ont été allaités dans un intervalle de 24 heures et 9,2% l'ont été plus de 24 heures après la naissance (figure 1).

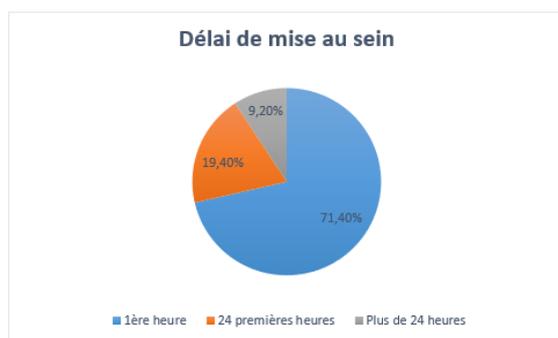


Figure 1 : Délai de mise au sein après la naissance.

Prévalence de l'allaitement maternel exclusif

Dans notre population d'étude, la prévalence globale de l'allaitement maternel exclusif (AME) était de 53,9%. Nous avons déterminé à chaque mois le taux d'AME afin d'en observer l'évolution durant les 06 premiers mois de vie (figure 2). Ce taux a baissé progressivement en fonction de l'âge de l'enfant au fur et à mesure que les mères introduisaient d'autres types d'aliments dans l'alimentation de l'enfant. Dès le premier mois de vie, le taux d'AME était de 74,6%. A cet âge-là certaines mères donnaient déjà à leur enfant des liquides non nutritifs, essentiellement à vertu médicale. A 3 mois, seule la moitié des enfants (53,8%) étaient encore nourris exclusivement au sein et à 6 mois, le taux d'AME était le plus bas.

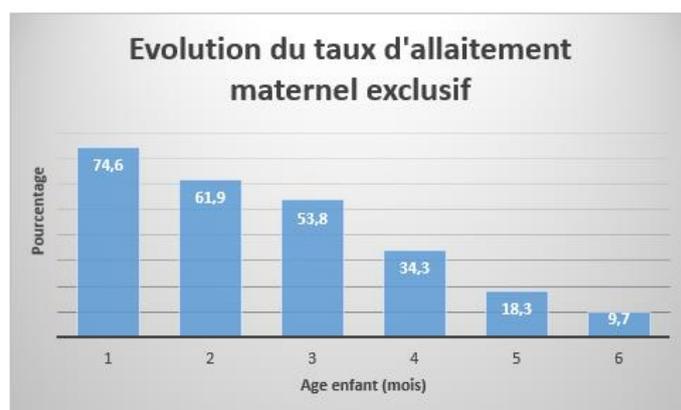


Figure 2 : Allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie

Age moyen de sevrage

En questionnant les mères sur le moment du sevrage, nous avons relevé que l'âge moyen (DS) des enfants au sevrage était de 4,5 (1,1) mois, avec une légère variation selon le sexe de l'enfant, soit 4,3 (1,2) mois chez les garçons et 4,9 (1,02) mois chez les filles. Mais cette différence n'était pas statistiquement significative, $p=0,81$.

Evolution des taux d'allaitement maternel prédominant et complété de la naissance à 6 mois

La figure 3 montre l'évolution des taux d'allaitement maternel prédominant (AMP) et d'allaitement maternel complété (AMC). A l'inverse de l'AME, ces taux ont augmenté progressivement allant de 25,4% au 1^{er} mois à 49,6% au 6^{ème} mois pour l'AMP et 0 à 40,7% pour l'AMC. Le taux modal d'AMP était observé à 5 mois. Dans notre échantillon d'étude, c'est à partir du 2^{ème} mois que les mères ont commencé à diversifier l'alimentation de l'enfant avec des liquides nutritifs et aliments mixés tels que bouillie enrichie en complément du lait maternel.

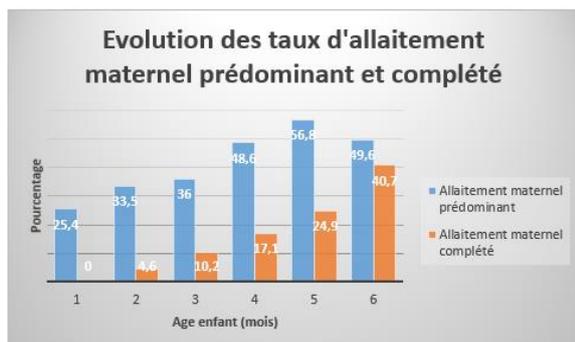


Figure 3 : Allaitement maternel prédominant et allaitement maternel complété durant les 6 premiers mois de vie

Evolution du nombre moyen de tétées et de la durée moyenne de tétée de la naissance à 6 mois

Au fur et à mesure que les enfants grandissaient, les mères passaient moins de temps durant le moment de l'allaitement. Au cours du premier mois, en moyenne elles passaient 24,1 minutes pour allaiter l'enfant et à 6 mois, la durée moyenne de tétées était de 15,1 minutes.

La fréquence des repas a suivi la même dynamique. Le nombre de fois où l'enfant était allaité a diminué, passant de 9,5 repas par jour dès la naissance à 6,4 repas par jour à l'âge de 6 mois.

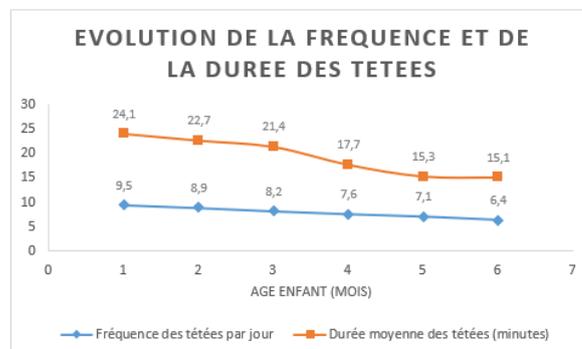


Figure 4 : Fréquence et durée moyennes des tétées

Le tableau 2 présente un récapitulatif de l'évolution des différents paramètres des pratiques d'allaitement maternel, mesurés de la naissance à l'âge de 6 mois.

Tableau 2 : Récapitulatif de l'évolution des pratiques et habitudes d'allaitement maternel de 0 à 6 mois.

Pratiques d'allaitement maternel	Age enfant (en mois)					
	1	2	3	4	5	6
Allaitement maternel exclusif (%)	74,6	61,9	53,8	34,3	18,3	9,7
Allaitement maternel prédominant (%)	25,4	33,5	36	48,6	56,8	49,6
Allaitement maternel complété (%)	0	4,6	10,2	17,1	24,9	40,7
Fréquence des tétées (Moy)	9,5	8,9	8,2	7,6	7,1	6,4
Durée des tétées en minutes (Moy)	24,1	22,7	21,4	17,7	15,3	15,1

DISCUSSION

La présente étude qui s'est déroulée à Sèmè-Kpodji, ville semi-rurale au sud du Bénin, avait pour objectif de décrire les pratiques et habitudes d'allaitement maternel exclusif. La plupart des enfants (71,40%) ont été mis au sein dès la première de vie ; l'âge moyen de sevrage était de 4,5 mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif était de 53,9% et a diminué progressivement en fonction de l'âge de l'enfant, à l'instar de la fréquence et de la durée des tétées, et à l'inverse des taux d'allaitement maternel prédominant et complété.

Prévalence de l'allaitement maternel exclusif

Selon l'OMS et l'UNICEF, environ 40% des nourrissons de 0 à 6 mois dans le monde sont exclusivement nourris au sein. Ce taux est encore assez bas malgré qu'il ait connu une légère amélioration ces dernières années. En effet de 2007 à 2014, ce taux était de 36% dans le monde [2]. Dans notre population d'étude nous

avons trouvé une prévalence de 53,9% pour l'allaitement maternel exclusif. Dans les autres pays africains, ce taux est fortement variable, en étant supérieur ou inférieur au nôtre. Au Burkina Faso, pays frontalier du Bénin, le taux d'allaitement maternel exclusif variait de 30 à 40% [7, 8]. En Gambie, ce taux était de 32% [9]. Dans une récente revue de littérature dans 29 pays d'Afrique subsaharienne entre 2010 et 2015, le taux le plus faible 23,70% a été observé en Afrique Centrale et le plus élevé 56,57% en Afrique du Sud [10].

Ceci traduit la grande variabilité dans les habitudes et les pratiques d'allaitement maternel des populations selon leur pays. Plusieurs études, en Ouganda, au Ghana, au Kenya, en Ethiopie, ont fait ressortir ce constat [11-14].

Il est important de souligner que ce résultat observé au cours de notre enquête n'est pas satisfaisant et ne répond pas aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF selon lesquelles

l'allaitement maternel doit être exclusif pour tous les enfants de 0 à 6 mois.

Dans notre étude, l'âge moyen de sevrage était de 4,5 mois, plus faible que celui noté en Gambie, 5,2 mois [9].

Déterminants des pratiques d'allaitement maternel

Facteurs sociaux et culturels

Dans les populations africaines en général et plus particulièrement au sein de populations rurales ou semi-rurales, les facteurs sociaux et culturels ont un impact majeur sur les pratiques d'allaitement maternel [12, 13, 15, 16]. Ils déterminent, conditionnent et orientent les comportements des populations pour ce qui est de quoi et quand introduire d'autres aliments en dehors du lait maternel. Il s'agit en premier lieu des croyances traditionnelles [17]. Selon les coutumes des populations il existe des médicaments, des tisanes, des décoctions à base de racines ou de plantes, qui sont donnés aux nourrissons dès le plus jeune âge, parfois même dès le premier mois de vie. Ces produits sont aussi bien à visée médicinale que spirituelle. Ces médicaments traditionnels ont des vertus pour le bien être de l'enfant, pour qu'il grandisse bien et vite, qu'il soit plus fort et vigoureux, qu'il soit tonique, que ses facultés cognitives soient renforcées, et qu'il ait un développement psychomoteur harmonieux. De plus, sur le plan spirituel, chaque peuple selon ses coutumes procède à des cérémonies au cours desquelles on donne à boire et à manger aux nourrissons.

Il y a également la forte influence de l'entourage familial. Il s'agit des conseils donnés par la famille ou la belle-famille à la mère allaitante [18]. Ce sont des femmes plus âgées souvent multiples jouissant des expériences acquises lors des grossesses antérieures et qui prodiguent à la jeune maman des orientations sur comment allaiter son bébé, quand et quoi introduire comme aliments de complément en plus du lait maternel avant 6 mois. Plus encore, il est souvent d'usage qu'une femme expérimentée vienne s'installer dans la même maison que la nouvelle maman afin de l'aider à s'occuper de l'enfant ; celle-ci prend souvent le relai pour permettre à la maman de se reposer un peu. Ces situations favorisent un sevrage précoce de l'enfant.

Faible connaissance des mères sur la composition et la complétude du lait maternel.

Beaucoup de mères déclarent que le lait maternel à lui seul ne peut suffire à remplir et satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson [19,

20]. Elles pensent qu'un nourrisson nourri uniquement au sein ne peut pas avoir une croissance optimale, ne peut pas être fort et vigoureux et qu'il grandira moins vite que les autres enfants. Cela est dû au fait qu'elles ne connaissent pas la composition du lait maternel et donc ne savent pas qu'il est un aliment complet pour le nourrisson [21]. Cette méconnaissance est un des facteurs qui entraînent la diversification précoce avant 6 mois en plus du lait maternel.

Manque de confiance en soi.

Certaines mères pensent qu'elles ne produisent pas assez de lait. Ce constat a été partagé par plusieurs auteurs au cours d'enquêtes menées dans différents pays [19, 20, 22, 23]. Elles pensent que la quantité n'est pas suffisante pour nourrir convenablement leur enfant. Toutes les fois que l'enfant pleure, elles en déduisent qu'il n'a pas été rassasié par le lait maternel et qu'il a encore faim. La crainte d'avoir un enfant malnutri les pousse à adopter le réflexe quasi systématique de compléter l'alimentation de l'enfant par d'autres aliments en dehors du lait maternel.

CONCLUSION

Cette étude a mis en relief les pratiques et habitudes des mères qui ne sont pas conformes aux recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sur l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois. Des interventions de santé publique visant à améliorer le taux d'allaitement maternel exclusif sont déjà en cours et méritent d'être renforcées et continuées. La promotion d'une bonne santé materno-infantile en dépend.

REFERENCES

1. WHO, *Exclusive breastfeeding Nutrition*. . 2014.
2. Unicef, *Unicef for child. Improving breastfeeding, complementary foods and feeding practices*. 2016.
3. Debes, A.K., et al., *Time to initiation of breastfeeding and neonatal mortality and morbidity: a systematic review*. BMC Public Health, 2013. **13 Suppl 3**: p. S19.
4. Black, R.E., et al., *Maternal and child undernutrition and overweight in low-income and middle-income countries*. Lancet, 2013. **382**(9890): p. 427-451.
5. Ladomenou, F., et al., *Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy: a prospective study*. Arch Dis Child, 2010. **95**(12): p. 1004-8.
6. Edmond, K.M., et al., *Impact of early infant feeding practices on mortality in low birth weight infants from rural Ghana*. J Perinatol, 2008. **28**(6): p. 438-44.

7. Savadogo, L.G.B., Ilboudo, B. and Kinda, M., *Exclusive Breastfeeding Practice and Its Factors in Rural Areas of Burkina Faso*. Open Journal of Epidemiology 2018. **8**(): p. 67-75.
8. Cresswell, J.A., et al., *Predictors of exclusive breastfeeding and consumption of soft, semi-solid or solid food among infants in Boucle du Mouhoun, Burkina Faso: A cross-sectional survey*. PLoS One, 2017. **12**(6): p. e0179593.
9. Eriksen, K.G., et al., *Following the World Health Organization's Recommendation of Exclusive Breastfeeding to 6 Months of Age Does Not Impact the Growth of Rural Gambian Infants*. J Nutr, 2017. **147**(2): p. 248-255.
10. Issaka, A.I., K.E. Agho, and A.M. Renzaho, *Prevalence of key breastfeeding indicators in 29 sub-Saharan African countries: a meta-analysis of demographic and health surveys (2010-2015)*. BMJ Open, 2017. **7**(10): p. e014145.
11. Engebretsen, I.M., et al., *Low adherence to exclusive breastfeeding in Eastern Uganda: a community-based cross-sectional study comparing dietary recall since birth with 24-hour recall*. BMC Pediatr, 2007. **7**: p. 10.
12. Otoo, G.E., A.A. Lartey, and R. Perez-Escamilla, *Perceived incentives and barriers to exclusive breastfeeding among periurban Ghanaian women*. J Hum Lact, 2009. **25**(1): p. 34-41.
13. Kimani-Murage, E.W., et al., *Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya*. BMC Public Health, 2011. **11**: p. 396.
14. Horii, N., A.B. Guyon, and V.J. Quinn, *Determinants of delayed initiation of breastfeeding in rural Ethiopia: programmatic implications*. Food Nutr Bull, 2011. **32**(2): p. 94-102.
15. Morhason-Bello, I.O., B.O. Adedokun, and O.A. Ojengbede, *Social support during childbirth as a catalyst for early breastfeeding initiation for first-time Nigerian mothers*. Int Breastfeed J, 2009. **4**: p. 16.
16. Tawiah-Agyemang, C., et al., *Early initiation of breast-feeding in Ghana: barriers and facilitators*. J Perinatol, 2008. **28 Suppl 2**: p. S46-52.
17. Reinsma, K., et al., *Incorporating cultural beliefs in promoting exclusive breastfeeding*. Afr J Midwifery Womens Health, 2012. **6**(2): p. 65-70.
18. Talbert, A.W., et al., *"When you give birth you will not be without your mother" A mixed methods study of advice on breastfeeding for first-time mothers in rural coastal Kenya*. Int Breastfeed J, 2016. **11**: p. 10.
19. Arts, M., et al., *Knowledge, beliefs, and practices regarding exclusive breastfeeding of infants younger than 6 months in Mozambique: a qualitative study*. J Hum Lact, 2011. **27**(1): p. 25-32; quiz 63-5.
20. Mgongo, M., et al., *"We give water or porridge, but we don't really know what the child wants:" a qualitative study on women's perceptions and practises regarding exclusive breastfeeding in Kilimanjaro region, Tanzania*. BMC Pregnancy Childbirth, 2018. **18**(1): p. 323.
21. Adrawa, A.P., et al., *Assessment of the Knowledge and Practices of Exclusive Breastfeeding Amongst the Breastfeeding Mothers in Adjumani District, West Nile*. East Afr Med J, 2016. **93**(11): p. 576-581.
22. Mensah, K.A., et al., *Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among nursing mothers in a peri-urban district of Ghana*. BMC Res Notes, 2017. **10**(1): p. 466.
23. Fjeld, E., et al., *'No sister, the breast alone is not enough for my baby' a qualitative assessment of potentials and barriers in the promotion of exclusive breastfeeding in southern Zambia*. Int Breastfeed J, 2008. **3**: p. 26.