

Les Facteurs Influençant Le Sevrage Maternel Précoce En Milieu Rural.

Cas Du Territoire De Pweto (RD Congo)

Mbayo Muganza G¹, Kitombole Mwepu E², Nshimba Ngangole I², Kasongo Pembi C¹, Lakula Niclette¹, Kabundji Mulenda S², Banza Mwembo I², Kimuni Kamona C³

¹(Département De Nutrition et diététique, Institut Supérieur Des Techniques Médicales De Lubumbashi, RD Congo)

²(Département Hospitalière, Institut Supérieur Des Techniques Médicales De Lubumbashi, RD Congo)

³(Département De Laboratoire, Institut Supérieur Des Techniques Médicales De Lubumbashi, RD Congo)

Résumé

Introduction : L'allaitement maternel procure beaucoup d'avantages pour la santé en protégeant la mère et l'enfant. L'allaitement maternel optimal est l'une des mesures de santé préventive les plus efficaces contre les maladies diarrhéiques et la mortalité infantile. Des études indiquent que le lait maternel protège les nourrissons des maladies. Infectieuses et chroniques. L'allaitement maternel est devenu une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère. Les causes de sevrage maternel précoce peuvent en être multiples, allant de l'hypogalactie et de la dépression du postpartum, passant par les mamelons douloureux, et finissant par la difficulté de concilier entre travail et allaitement. La présente étude s'est fixé comme objectif d'identifier les facteurs influençant le sevrage maternel précoce dans le territoire de Pweto en RDC.

Matériel et méthodes : Nous avons mené notre enquête dans le territoire de Pweto dans la province du Haut-Katanga en RDC. Il s'agit d'une étude analytique transversale ayant porté sur les pratiques alimentaires des enfants de 6 à 23 mois dans le territoire de Pweto. Elle s'est déroulée du mois de Juillet au mois d'Août 2021. Un couple mère-enfant a été considéré par foyer et 355 foyers ont été sélectionnés de façon aléatoire. Le traitement des données a été fait à l'aide des logiciels Excel 2016 et SPSS version 23.

Résultats : les mères (31%) avaient l'âge compris entre 18 à 22 ans, elles étaient (63,4%) des mariées avec un niveau d'étude primaire (67%). Leur préoccupation principale était l'agriculture. Elles (52,1%) étaient des primipares. Leurs enfants étaient du sexe féminin (50,7%) et ils (38%) avaient l'âge compris entre 9 à 11 mois. Les mères (100%) allaitaient leurs enfants et elles (54,4%) les sevreraient précocement en donnant d'autres aliments en dehors du lait maternel avant 6 mois parce qu'elles ne supportaient d'allaiter longtemps (66,84%). Le premier aliment donné était la bouillie à base de manioc (60,3%). Elles ne donnaient pas le lait maternel à l'heure suivant. Seules 32,7% d'entre elles, initiaient leurs enfants précocement à l'allaitement maternel. Elles arrêtaient d'allaiter leurs enfants à l'âge d'un an (70,7%). L'âge de la mère ($p=0,000$), le niveau d'étude ($p=0,003$), l'occupation principale ($p=0,000$) et la parité de la mère ($p=0,000$) sont liés au sevrage maternel précoce.

Conclusion : Les résultats ont montré l'âge de la mère, le niveau d'étude, l'occupation principale et la parité de la mère sont liés au sevrage maternel précoce dans le territoire de Pweto. Pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel, des programmes au niveau national seront nécessaires.

Mots clés: Facteurs Influençant ; Sevrage ; Maternel ; Précoce ; Pweto.

Abstract

Introduction: Breastfeeding provides many health benefits by protecting both mother and child. Optimal breastfeeding is one of the most effective preventive health measures against diarrheal disease and infant mortality. Studies indicate that breast milk protects infants from disease. Infectious and chronic. Breastfeeding has become a public health issue, in light of the health benefits for the breastfed child and its mother. The causes of early maternal weaning can be multiple, ranging from hypogalactia and postpartum depression, through sore nipples, and ending with the difficulty of reconciling work and breastfeeding. This study has set itself the objective of identifying the factors influencing early maternal weaning in the territory of Pweto in the DRC.

Material and methods: We conducted our survey in the territory of Pweto in the province of Haut-Katanga in the DRC. This is a cross-sectional analytical study that focused on the feeding practices of children aged 6 to 23 months in the territory of Pweto. It took place from July to August 2021. One mother-child couple was

considered per household and 355 households were randomly selected. Data processing was done using Excel 2016 and SPSS version 23 software.

Results: the mothers (31%) were aged between 18 and 22, they were (63.4%) of brides with a primary education level (67%). Their main concern was agriculture. They (52.1%) were primiparous. Their children were female (50.7%) and they (38%) were between 9 and 11 months old. The mothers (100%) breastfed their children and they (54.4%) weaned them early by giving other foods apart from breast milk before 6 months because they could not bear breastfeeding for a long time (66.84%). The first food given was porridge made from cassava (60.3%). They didn't give breast milk the next hour. Only 32.7% of them introduced their children to breastfeeding early. They stopped breastfeeding their children at the age of one year (70.7%). Maternal age ($p=0.000$), educational level ($p=0.003$), main occupation ($p=0.000$) and maternal parity ($p=0.000$) are related to early maternal weaning.

Conclusion: The results showed the age of the mother, the level of study, the main occupation and the parity of the mother are related to early maternal weaning in the territory of Pweto. To improve breastfeeding practices, national-level programs will be needed.

Key words: Influencing Factors, Weaning, Maternal, Early, Pweto.

Date of Submission: 18-03-2022

Date of Acceptance: 02-04-2022

I. Introduction

Le lait maternel, que certains appellent « or blanc », est un véritable miracle. En effet, les recherches de plus en plus publiées sur ses bienfaits, pour l'enfant et pour la mère, ne cessent d'approuver cette notion. Son effet protecteur contre les maladies allergiques et infectieuses a fait l'unanimité¹. En plus du tissage des liens affectifs avec la mère, chose nécessaire au développement psychomoteur de l'enfant, il assure la meilleure alimentation en évoluant constamment selon les besoins de l'enfant². L'allaitement maternel (AM) procure beaucoup d'avantages pour la santé en protégeant la mère et l'enfant. L'allaitement maternel optimal est l'une des mesures de santé préventive les plus efficaces contre les maladies diarrhéiques et la mortalité infantile. Des études indiquent que le lait maternel protège les nourrissons des maladies infectieuses et chroniques^{3, 4}. A l'échelle mondiale, 60% des décès de nourrissons et de jeunes enfants surviennent en raison de pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et de maladies infectieuses dont les deux tiers sont attribuables à des pratiques d'allaitement insuffisantes⁴. Des pratiques d'alimentation des nourrissons pourraient avoir un effet négatif sur la croissance et le développement des enfants, en particulier dans les pays en développement où l'accessibilité des services de santé de base n'est pas suffisante⁵. Dans les pays en développement, les pratiques d'alimentation sont très souvent inadéquates et incompatibles avec les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et constituent les principaux facteurs qui nuisent à la croissance physique et au développement mental de l'enfant. Selon la récente Enquête Démographique et de Santé menée en RDC (EDS-RDC II), presque tous les enfants sont allaités (98%), mais seulement 52% d'enfants sont mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et seulement 48% d'enfants sont allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 6 mois. Elle rapporte par ailleurs que la moitié des enfants sont allaités durant une période de 21,8 mois⁶. L'AM est devenu une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère⁷. Les causes de sevrage maternel précoce peuvent en être multiples, allant de l'hypogalactie et de la dépression du postpartum, passant par les mamelons douloureux, et finissant par la difficulté de concilier entre travail et allaitement. Les enfants nés avant terme sont spécialement exposés au sevrage précoce et nécessitent l'intervention d'experts en allaitement⁸. Pour que le langage des chercheurs dans le domaine de l'allaitement soit équivoque, une nomenclature internationale a été élaborée distinguant ainsi^{9, 10, 11}. 1. L'allaitement maternel complet, celui-ci peut être : Exclusif (aucun aliment solide ou liquide n'est donné à l'enfant) et Presque exclusif (eau, jus, vitamines, médicaments sont donnés au bébé en plus du lait maternel mais pas plus de deux fois par jour et pas plus de deux gorgées). 2. L'allaitement maternel partiel : Elevé (le lait maternel représente plus de 80% de l'alimentation de bébé), Moyen (le lait maternel représente entre 20% et 79% de l'alimentation de bébé) et Faible (le lait maternel représente moins de 20% de l'alimentation du bébé). 3. L'allaitement maternel symbolique : les épisodes d'allaitement ont une contribution calorique insignifiante.

Le terme « sevrage » vient du latin *separare*, qui signifie « séparer ». On désigne par sevrage précoce un arrêt de l'AM total ou partiel survenant avant six mois, en référence à la durée recommandée d'AM exclusif par l'OMS. Ceci par opposition au sevrage normal qui se fait à partir de l'âge de 2 ans de l'enfant. Pour la société canadienne de pédiatrie, le sevrage peut signifier l'arrêt complet de l'allaitement, c'est le sevrage « abrupt » ou définitif, ou partiel lorsqu'il y a début du processus graduel d'introduction d'aliments complémentaires dans le régime du nourrisson¹². Dans notre étude, nous considérons le sevrage comme un début du processus graduel d'introduction d'aliments complémentaires dans le régime du nourrisson. La

présente étude s'est fixé comme objectif d'identifier les facteurs influençant le sevrage maternel précoce dans le territoire de Pweto en RDC.

II. Matériel et méthodes

Nous avons mené cette enquête dans le territoire de Pweto, dans la province du Haut-Katanga en RDC. Il s'agit d'une étude analytique transversale ayant porté sur les pratiques alimentaires des enfants de 6 à 23 mois dans le territoire de Pweto. L'échantillonnage était de convenance, elle s'est déroulée du mois de Juillet au mois d'Août 2021. Un couple mère-enfant a été considéré par foyer et 355 foyers ont été sélectionnés de façon aléatoire. Les données ont été recueillies sur base d'un questionnaire en français préétabli. La collecte des informations a été réalisée aux moyens de techniques d'observations directes, et consistait des variables suivantes : *Les caractéristiques sociodémographiques* des enquêtées et leurs enfants : l'âge de la mère, statut matrimonial, le niveau d'étude de la mère, occupation principale de la mère, parité de la mère, l'âge de l'enfant et le sexe de l'enfant. *Les pratiques d'alimentation* : l'initiation à l'allaitement au sein (considérée précoce lorsque la mise au sein de l'enfant est faite dans l'heure qui a suivi sa naissance), la durée de l'allaitement maternel exclusif (considérée précoce lorsque l'exclusivité de l'alimentation au lait maternel dure moins de 6 mois), l'âge d'introduction d'aliments de complément (considérée précoce lorsque l'introduction des aliments solides, semi-solides ou mous est faite avant l'âge de 6 mois), durée de l'allaitement maternel. La confidentialité des données a été garantie, l'identité des enquêtés n'a pas été dévoilée, chaque femme allaitante a été représentée par un numéro. Le traitement des données a été fait à l'aide des logiciels Excel 2016 et SPSS version 23.

III. Résultats

Tableau n°1 montre de manière globale que les mères (31%) avaient l'âge compris entre 18 à 22 ans, elles étaient (63,4%) des mariées avec un niveau d'étude primaire (67%). Leur préoccupation principale était l'agriculture. Elles (52,1%) étaient des primipares. Leurs enfants étaient du sexe féminin (50,7%) et ils (38%) avaient l'âge compris entre 9 à 11 mois.

Tableau n°1 : Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées et leurs enfants

Caractéristiques	Effectif (355)	Pourcentage
Age de la mère (années)		
< 18 ans	30	8,5%
18 à 22 ans	110	31%
23 à 27 ans	84	23,7%
28 à 32 ans	13	3,7%
33 à 37 ans	67	18,9%
38 à 42 ans	51	14,4%
Statut Matrimonial		
Célibataire	62	17,5%
Divorcée	24	6,8%
Mariée	225	63,4%
Veuve	44	12,4%
Niveau d'étude de la mère		
Aucun niveau	52	14,6%
Primaire	238	67%
Secondaire	65	18,3%
Occupation principale de la mère		
Ménagère	148	41,7%
Agriculture	157	44,2%
Viandeuse	50	14,1%
Parité		
Multipare	170	47,9%
Primipare	185	52,1%
Sexe de l'enfant		

Féminin	180	50,7%
Masculin	175	49,3%
Age de l'enfant (mois)		
6 à 8 mois	58	16,3%
9 à 11 mois	135	38%
12 à 14 mois	52	14,6%
15 à 17 mois	58	16,3%
18 à 20 mois	30	8,5%
21 à 23 mois	22	6,2%

Tableau n°2 révèle que dans l'ensemble, les mères (100%) allaitaient leurs enfants et elles (54,4%) les sevreraient précocement en donnant d'autres aliments en dehors du lait maternel avant 6 mois parce qu'elles ne supportaient d'allaiter longtemps (66,84%). Le premier aliment donné était la bouillie à base de manioc (60,3%). Elles ne donnaient pas le lait maternel à l'heure suivant. Seules 32,7% d'entre elles, initiaient leurs enfants précocement à l'allaitement maternel. Elles arrêtaient d'allaiter leurs enfants à l'âge d'un an (70,7%).

Tableau n° 2 : Pratiques alimentaires chez les enfants

Variables	Effectif	Pourcentage
Allaitement maternel (N=355)		
Oui	355	100%
Age (mois) d'introduction d'aliment de complément (N=355)		
< 6 mois	193	54,4%
≥ 6 mois	162	45,6%
Si avant 6 mois, raisons (N=193)		
Enfant pleurait beaucoup	32	16,58%
Insuffisance de production lactée	20	10,36%
Mère ne supporte d'allaiter longtemps	129	66,84%
Refus de l'enfant	12	6,22%
Premier aliment donné à l'enfant (N=355)		
Tubercule (manioc)	214	60,3%
Céréale (maïs, riz)	57	16,1%
Légumineuse (soja, arachide, petit pois)	22	6,2%
Plat familial	62	17,5%
Allaitement dans l'heure suivant l'accouchement (N=355)		
Non (1 ^{er} lait est impropre)	239	67,3%
Oui (c'est bénéfique pour l'enfant)	116	32,7%
Duré de l'AM Antérieur (N=355)		
1 an	251	70,7%
2 ans	80	22,5%
Plus de 2 ans	24	6,8%

Tableau n°3 révèle que l'âge de la mère (p=0,000), le niveau d'étude (p=0,003), l'occupation principale (p=0,000) et la parité de la mère (p=0,000) sont liés au sevrage maternel précoce.

Tableau n°3 : Les facteurs liés au sevrage maternel précoce

Facteurs	Age (mois) d'introduction d'aliment de complément		Khi-2	ddl	p=value
	< 6 mois	≥ 6 mois			
Age de la mère (années)	n=193 (54,4%)	n=162(45,6%)			

< 18 ans	16 (53,3%)	14 (46,7%)	44,766	5	0,000
18 à 22 ans	77 (70%)	33 (30%)			
23 à 27 ans	57 (67,9%)	27 (32,1%)			
28 à 32 ans	6 (46,2%)	7 (53,8%)			
33 à 37 ans	25 (37,3%)	42 (62,7%)			
38 à 42 ans	12 (23,5%)	39 (76,5%)			
Statut Matrimonial					
Célibataire	26 (41,9%)	36 (58,1%)	7,464	3	0,058
Divorcée	10 (41,7%)	14 (58,3%)			
Mariée	133 (59,1%)	92 (40,9%)			
Veuve	24 (54,5%)	20 (45,5%)			
Niveau d'étude de ma mère					
Primaire	32 (61,5%)	20 (38,5%)	11,773	2	0,003
Secondaire	138 (58%)	100 (42%)			
Supérieur	23 (35,4%)	42 (64,6%)			
Occupation principale de la mère					
Commerçante	90 (60,8%)	58 (39,2%)	21,880	2	0,000
Femme de ménage	91 (58%)	66 (42%)			
Fonctionnaire de l'Etat	12 (24%)	38 (76%)			
Parité					
Multipare	22 (12,9%)	148 (87,1%)	225,640	1	0,000
Primipare	171 (92,4%)	14 (7,6%)			

IV. Discussion

Les résultats de notre étude montrent de manière globale que les mères (31%) avaient l'âge compris entre 18 à 22 ans, elles étaient (63,4%) des mariées avec un niveau d'étude primaire (67%). Leur préoccupation principale était l'agriculture. Elles (52,1%) étaient des primipares. Leurs enfants étaient du sexe féminin (50,7%) et ils (38%) avaient l'âge compris entre 9 à 11 mois. Dans l'ensemble, les mères (100%) allaitaient leurs enfants. Semblablement à Olivier Mukuku et al.¹³ trouvant dans le village de Tshamalale en RD Congo que, le taux d'allaitement maternel était de 100%. En Afrique, Gamgne-Kamga (au Caméroun) et Sepou (en Centrafrique) enregistraient des taux d'allaitement maternel proches au nôtre qui sont respectivement de 99,48%¹⁴. Aux Emirats Arabes Unies où Radwan lui rapportait 98%¹⁵. Les mères (54,4%) les sevrèrent précocement en donnant d'autres aliments en dehors du lait maternel avant 6 mois parce qu'elles ne supportaient d'allaiter longtemps (66,84%). Ce résultat est proche de celui de Dachew et al. en Éthiopie, qui avaient trouvé que 64,1% des mères ne pratiquaient pas l'allaitement maternel exclusif pendant six mois¹⁰. Des études indiquent que le lait maternel protège les nourrissons des maladies infectieuses et chroniques^{3, 4}. A l'échelle mondiale, 60% des décès de nourrissons et de jeunes enfants surviennent en raison de pratiques inappropriées d'alimentation du nourrisson et de maladies infectieuses dont les deux tiers sont attribuables à des pratiques d'allaitement insuffisantes⁴. Des pratiques d'alimentation des nourrissons pourraient avoir un effet négatif sur la croissance et le développement des enfants, en particulier dans les pays en développement où l'accessibilité des services de santé de base n'est pas suffisante⁵. Elles ne donnaient pas le lait maternel à l'heure suivant. Seules 32,7% d'entre elles, initiaient leurs enfants précocement à l'allaitement maternel (tableau n°2). Ce taux se rapproche à celui d'Olivier Mukuku et al.¹³ soulignant qu'environ un enfant sur trois (37%) avait eu les premières tétées dans la première heure suivant son accouchement. Selon les recommandations de l'OMS, l'enfant doit être mis au sein dans les 60 minutes suivant sa naissance¹⁶. Gamgne-Kamga, dans son étude, constatait que 78,4% de ses enquêtées ont allaité leurs bébés dans les 24 heures après l'accouchement¹⁴. En Gambie, une enquête menée auprès 324 femmes allaitantes issues de 12 villages rapportait un taux de près de 40% de mise au sein dans un délai de plus de 24 heures après accouchement et expliquait ceci était dû à une mauvaise connaissance des femmes sur le colostrum. Ces femmes considéraient le colostrum comme un

mauvais lait et même comme du pus pour certaines d'entre elles qui préfèrent exprimés le sein afin d'évacuer le colostrum jusqu'à ce que le lait change de couleur et devient blanc¹⁷. Cette déclaration corrobore à la nôtre (tableau n°2). Nos enquêtées arrêtaient d'allaiter leurs enfants à l'âge d'un an (70,7%). Cet âge était raccourci dans les travaux de Siyou où l'arrêt de l'allaitement au sein survenait vers 9,2 mois en moyenne¹⁸. Contrairement à une étude menée à Lubumbashi et ses environs rapporte que la durée d'allaitement maternel était significativement plus longue chez les femmes rurales (17,9 mois en moyenne) que celles urbaines (16,4 mois en moyenne)¹⁹. Une autre étude révèle que l'âge moyen des enfants lors de l'arrêt d'allaitement maternel était de 17,37 mois¹³. Selon Thulier et Whalen, l'incidence et la durée d'allaitement dépendent de l'association de plusieurs facteurs entre autre les facteurs physiques, comportementaux, sociaux et économiques^{20, 21}. Pourtant, selon les recommandations de l'American Academy of Pediatrics, l'OMS et l'UNICEF, les enfants doivent être exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois et poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans, et qu'à partir de six mois ce lait maternel doit être complété par l'introduction d'un aliment de complément approprié^{16, 22}. Nos résultats révèlent aussi que l'âge de la mère ($p=0,000$), le niveau d'étude ($p=0,003$), l'occupation principale ($p=0,000$) et la parité de la mère ($p=0,000$) sont liés au sevrage maternel précoce. Comparativement à une étude où le travail maternel a été cité comme un obstacle majeur à la poursuite de l'AM exclusif²³. D'autres chercheurs avaient révélé après interrogation des employées dans une structure de santé australienne sur la façon dont elles avaient allaité après leur retour au travail. Il y avait 36% des personnes ayant déclaré avoir combiné l'allaitement maternel et exprimé du lait au travail, alors que seulement 1% avaient pu allaiter leur bébé pendant les heures de travail, et plus d'un tiers des femmes préféraient allaiter avant et après les horaires du travail, et faire nourrir le bébé avec des préparations pour nourrissons pendant leur absence^{24,25}. Les problèmes liés au travail, suivis de l'hypogalactie et des maladies maternelles, ont été les facteurs essentiels de l'échec de l'AM exclusif¹⁰.

V. Conclusion

Les résultats ont montré l'âge de la mère, le niveau d'étude, l'occupation principale et la parité de la mère sont liés au sevrage maternel précoce dans le territoire de Pweto. Pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel, des programmes au niveau national seront nécessaires.

References

- [1]. Mellor K, Skouteris H, Nagle C. Improving breastfeeding rates in an "at risk" population. *Women Birth*. 2013; 26: e94-e96.
- [2]. Fernández-Vegue MG, Menéndez Orenge M. Development and validation of a breastfeeding knowledge and skills questionnaire. *AnPediatr*. 2015; 83(6): 387-396.
- [3]. Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, the Immune Response, and Longterm Health. *JAOA* 2006; 106(4): 203-207.
- [4]. World Health Organization. *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*. Geneva, Switzerland: A joint WHO/UNICEF statement. Geneva: WHO; 2003.
- [5]. Mukuku OK, Mutombo AM, Lubala TK, Luboya ON. Predictive score of severe acute malnutrition in children under 5 years in developing countries: development and validation. *Tropical Medicine and International Health* 2015; 20(S1): 80.
- [6]. Ministère du Plan et Suivi de la Mise en oeuvre de la Révolution de la Modernité (MPSMRM), Ministère de la Santé Publique (MSP) et ICF International, 2014. Enquête Démographique et de Santé en République Démocratique du Congo 2013-2014. Rockville, Maryland, USA : MPSMRM, MSP et ICF International.
- [7]. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding in obstetrics residency: Exploring maternal and colleague resident perspectives. *Breastfeed med*. 2013; 8(4): 394-400.
- [8]. Sattari M, Levine D, Neal D, Serwint JR. Personal breastfeeding behavior of physician mothers is associated with their clinical breastfeeding advocacy. *Breastfeed med*. 2013; 8: 31-37.
- [9]. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding in obstetrics residency: Exploring maternal and colleague resident perspectives. *Breastfeed med*. 2013; 8(4): 394-400.
- [10]. Dachew BA, Biffu BB. Breastfeeding practice and associated factors among female nurses and midwives at North Gondar Zone, northwest Ethiopia: a cross-sectional institution based study. *Inter Breastfeed J*. 2014 ; 9:11.
- [11]. Jones LB, Mallin EA. Dr. MILK: Support program for physician mothers. *Breastfeed Med*. 2013; 8 (3): 330-332.
- [12]. Noel-Weiss J, Boersma S, Kujawa-Myles S. Questioning current definitions for breastfeeding research. *Int Breastfeed J*. 2012; 7:9. Doi:10.1186/1746-4358-7-9.
- [13]. Olivier Mukuku et al. Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement au sein avant l'âge de 12 mois dans le village de Tshamalale, République Démocratique du Congo ; 2017.
- [14]. Gamgne-Kamga B. *Etude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussam, Cameroun*. Thèse de doctorat en médecine, Institut supérieur des sciences et de la santé de Bangangté ; 2009.
- [15]. Radwan H. Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health* 2013; 13: 171.
- [16]. World Health Organization. *Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: WHO; 2001.
- [17]. Semega-Janneh IJ, Bohler E, Holm H, Matheson I, Holmboe-Ottesen G. Promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. *Health Planning* 2001; 16: 199-205.
- [18]. Siyou H. *Pratiques de diversification alimentaire des nourrissons par les mères consultant au centre mère et enfant de la Fondation Chantal Biya à Yaoundé*. Mémoire de spécialisation en pédiatrie. Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1, Caméroun ; 2006.
- [19]. Lubala TK, Mukuku O, Mutombo AM, Lubala N, Nawej FN, Mawaw PM, Luboya ON. Infant feeding practices in urban and rural southern Katanga communities in Democratic Republic of Congo. *Journal of Medical Research* 2016; 2(3): 65-70.
- [20]. Thulier D, Mercer J. Variables associated with breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2009; 38: 259-268.

- [21]. Whalen B, Cramton R. Overcoming barriers to breastfeeding continuation and exclusivity. *Curr Opin Pediatr* 2010; 22: 655–663.
- [22]. Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, Naylor AJ, O'Hare D, Schanler RJ, Eidelman AI. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005; 115: 496–506.
- [23]. Sattari M, Serwint JR, Neal D, Chen S, Levine D. Work-place predictors of duration of breastfeeding among female physicians. *J Pediatr*. 2013; 163:1612-7.
- [24]. Weber D, Janson A, Nolan M, Ming Wen L, Rissel C. Female employees' perceptions of organisational support for breastfeeding at work: Findings from an Australian health service workplace. *Int Breastfeed J*. 2011; 6:19.
- [25]. Sattari M, Serwint JR, Shuster JJ, Levine DM. Infant-feeding intentions and practices of internal medicine physicians. *Breastfeed Med*. 2016; 11(4): 173-179.

Mbayo Muganza G, et. al. "Les Facteurs Influençant Le Sevrage Maternel Précoce En Milieu Rural. Cas Du Territoire De Pweto (RD Congo)." *IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences (IOSR-JPBS)*, 17(2), (2022): pp. 47-53.