

Introduction Précoce D'aliments De Compléments D'une Communauté Urbaine De La Ville De Lubumbashi, République Démocratique Du Congo

Kapepula Ngoy Evariste, Nzuzi Mwamba Ludo, Ngoyi Mukonkole Clément,
Chola Kazadi Serge, Kitombole Mwepu Elie, Mbayo Muganza Gérard

Institut Supérieur Des Techniques Médicales (ISTM), Lubumbashi, RD Congo

Polyclinique Bénédiction, Lubumbashi, RD Congo

Indépendant

Polyclinique Clinique Don Bosco, Lubumbashi, Rd Congo

Bouquet Nutrition Top Santé (BNTS), RD Congo

Résumé

Introduction : Une alimentation adéquate au cours de la petite enfance est fondamentale pour le développement de l'ensemble du potentiel de chaque enfant. Il est bien reconnu que la période située entre la naissance et l'âge de deux ans est un moment critique pour la promotion de la croissance optimale, de la santé et du développement. Des études indiquent qu'une alimentation optimale protège les nourrissons des maladies infectieuses et chroniques. 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 insuffisantes. 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 suffisante. La présente étude s'est fixé comme objectif d'identifier les facteurs influençant l'introduction précoce d'aliments complémentaires dans le quartier KAMATETE, à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo.

Matériel et méthodes : Nous avons mené cette enquête dans le quartier KAMATETE, à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo. Il s'agit d'une étude analytique transversale ayant porté sur les pratiques alimentaires des enfants de 6 à 23 mois. L'échantillonnage était de convenance, elle s'est déroulée du mois de Juin au mois de Juillet 2024. Un couple mère-enfant a été considéré par foyer et 313 foyers ont été sélectionnés de façon aléatoire. Les données ont été recueillies sur base d'un questionnaire en français préétabli. Le traitement des données a été fait à l'aide des logiciels Excel 2016 et SPSS version 23.

Résultats : Les mères (21,4%) avaient l'âge compris entre 18 à 22 ans, elles étaient (54,6%) des mariées avec un niveau d'étude secondaire (63,6%). Leur occupation principale était le commerce. Elles (56,2%) étaient des multipares. Leurs enfants étaient du sexe Masculin (52,1%) et ils (32,6%) avaient l'âge compris entre 9 à 11 mois. 45% des mères avaient introduits précocement les aliments les aliments de compléments à leurs enfants parce qu'elles ne supportaient d'allaiter longtemps (44,68%) et leurs enfants pleuraient beaucoup (31,91%). Le premier aliment donné était la bouillie à base de manioc (57,5%). Elles (83,7%) donnaient le lait maternel à l'heure suivant l'accouchement. Elles arrêtaient d'allaiter leurs enfants à l'âge d'un an (70%). Ainsi, l'âge de la mère ($p=0,000$), le statut matrimonial ($p=0,000$), le niveau d'étude ($p=0,003$), l'occupation principale ($p=0,000$) et la parité de la mère ($p=0,000$) sont liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments.

Conclusion : L'introduction précoce d'aliments de complément est encore observée au niveau de la communauté urbaine de Lubumbashi avec un taux relativement à 45%. Les résultats ont montré que l'âge de la mère, le statut matrimonial, le niveau d'étude, l'occupation principale et la parité de la mère sont liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments. De ce fait, une bonne implication de la femme dans l'observance de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est d'une grande importance dans la santé des enfants.

Mots Clés: Facteurs Influençant ; Introduction Précoce ; Aliments Complémentaires ; Kamatete.

Date of Submission: 14-03-2026

Date of Acceptance: 24-03-2026

I. Introduction

Une alimentation adéquate au cours de la petite enfance est fondamentale pour le développement de l'ensemble du potentiel de chaque enfant. Il est bien reconnu que la période située entre la naissance et l'âge de deux ans est un moment critique pour la promotion de la croissance optimale, de la santé et du développement.¹

Des études indiquent qu'une alimentation optimale protège les nourrissons des maladies infectieuses et chroniques^{2,3}. 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 insuffisantes¹. 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 suffisante⁴. 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^{5,6}. 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 mois⁷. L'AM est devenu une question de santé publique, à la lumière des bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère⁸. La mauvaise conduite de l'introduction précoce des aliments complémentaires peut entraîner une malnutrition qui est responsable de 55 % des décès annuel chez les enfants de moins de cinq ans^{9,10}. Les causes de l'introduction précoce des aliments complémentaires 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. Certaines études avaient montrées que l'introduction de certains aliments qui sont responsables de certaines allergies chez les nourrissons^{11, 12,13, 14}. Ainsi, les enfants nés avant terme sont spécialement exposés à l'introduction précoce des aliments complémentaires et nécessitent l'intervention d'experts en allaitement¹⁵. Pour que le langage des chercheurs dans le domaine de l'allaitement soit équivoque, une nomenclature internationale a été élaborée distinguant ainsi^{16, 17,18}. 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. 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 nourrisson¹⁹. L'âge recommandé pour l'introduction de l'alimentation complémentaire varie légèrement selon différentes organisations mondiales^{20, 21, 22,23}. En général, elles recommandent d'introduire les aliments vers l'âge de 6 mois sans interrompre l'allaitement maternel. Dans notre étude, nous considérons l'introduction précoce d'aliments complémentaires dans le régime du nourrisson, l'effet de donner à l'enfant un autre aliment en dehors du lait maternel avant l'âge de 6 mois. La présente étude s'est fixé comme objectif d'identifier les facteurs influençant l'introduction précoce d'aliments complémentaires dans le quartier KAMATETE, à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo.

II. Matériel Et Méthodes

Nous avons mené cette enquête dans le quartier KAMATETE, à Lubumbashi, en République Démocratique du Congo. Il s'agit d'une étude analytique transversale ayant porté sur les pratiques alimentaires des enfants de 6 à 23 mois. L'échantillonnage était de convenance, elle s'est déroulée du mois de Juin au mois de Juillet 2024. Un couple mère-enfant a été considéré par foyer et 313 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 couples mères-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: Caractéristiques sociodémographiques de couple mère-enfant

Variables	Effectif (N=313)	Pourcentage
Age mère (années)		
<18	27	8,6%
18 à 22	67	21,4%
23 à 27	60	19,2%
28 à 32	37	11,8%
33 à 37	64	20,4%
38 à 42	58	18,5%
Statut Matrimonial		
Célibataire	73	23,3%
Divorcée	24	7,7%
Mariée	171	54,6%
Veuve	45	14,4%
Niveau d'étude de ma mère		
Primaire	48	15,3%
Secondaire	199	63,6%
Supérieur	66	21,1%
Occupation principale de la mère.		
Commerçante	149	47,6%
Femme de ménage	111	35,5%
Fonctionnaire de l'Etat	53	16,9%
Parité		
Multipare	176	56,2%
Primipare	137	43,8%
Sexe de l'enfant		
Féminin	150	47,9%
Masculin	163	52,1%
Age de l'enfant (mois)		
6 à 8 mois	43	13,7%
9 à 11 mois	102	32,6%
12 à 14 mois	50	16,0%
15 à 17 mois	61	19,5%
18 à 20 mois	32	10,2%
21 à 23 mois	25	8,0%

Tableau n°1 révèle de manière générale que les mères (21,4%) avaient l'âge compris entre 18 à 22 ans, elles étaient (54,6%) des mariées avec un niveau d'étude secondaire (63,6%). Leur occupation principale était le commerce. Elles (56,2%) étaient des multipares. Leurs enfants étaient du sexe Masculin (52,1%) et ils (32,6%) avaient l'âge compris entre 9 à 11 mois.

Tableau n°2. Données relatives aux pratiques alimentaires des enfants de 6 à 23 mois

Variables	Effectif (N=313)	Pourcentage
Age (mois) d'introduction d'aliments de compléments		
Avant 6 mois	141	45,0%
6 mois et plus	172	55,0%
Si avant 6 mois, raisons (N=141)		
Enfant pleurait beaucoup	45	31,91
Insuffisance de production lactée chez la mère	19	13,48
La mère ne supporte d'allaiter longtemps	63	44,68
Refus de l'enfant	14	9,93
Premier aliment donné à l'enfant		
Aliment importé (céréac, Dlite,...)	180	57,5%
Céréale (maïs, riz)	50	16,0%
Légumineuse (soja, arachide, petit pois)	6	1,9%
Plat familial	72	23,0%
Tubercule (manioc)	5	1,6%
Allaitement dans l'heure suivant l'accouchement		
Non	51	16,3%
Oui	262	83,7%
Allaite exclusif jusqu'à 6 mois		
Non	141	45,0%
Oui	172	55,0%
Durée de l'AM Antérieur		
1 an	219	70,0%
2 ans	82	26,2%
<2 ans	12	3,8%

Tableau n°2 montre que 45% des mères avaient introduits précocement les aliments les aliments de compléments à leurs enfants parce qu'elles ne supportaient d'allaiter longtemps (44,68%) et leurs enfants pleuraient beaucoup (31,91%). Le premier aliment donné était la bouillie à base de manioc (57,5%). Elles (83,7%) donnaient le lait maternel à l'heure suivant l'accouchement. Elles arrêtaient d'allaiter leurs enfants à l'âge d'un an (70%).

Tableau n°3. Facteurs liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments

Tableau n° 5: Facteurs liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments					
Age (mois) d'introduction d'aliments de compléments					
	Avant 6 mois	6 mois et plus			
Caractéristiques	N=141 (45%)	N=172 (55%)	Khi2	ddl	p-value
Age mère (années)					
<17	11 (7,8%)	16 (9,3%)	45,860	5	,000*
18 à 22	45 (31,9%)	22 (12,8%)			
23 à 27	38 (27%)	22 (12,8%)			
28 à 32	17 (12,1%)	20 (11,6%)			
33 à 37	21 (14,9%)	43 (25%)			
38 à 42	9 (6,4%)	49 (28,5%)			
Statut Matrimonial					
Célibataire	22 (15,6%)	51 (29,7%)	11,907	3	,008*
Divorcée	8 (5,7%)	16 (9,3%)			
Mariée	90 (63,8%)	81 (47,1%)			
Veuve	21 (14,9%)	24 (14%)			
Niveau d'étude de ma mère					
Primaire	28 (19,9%)	20 (11,6%)	10,856	2	,004*
Secondaire	94 (66,7%)	105 (61%)			
Supérieur	19 (13,5%)	47 (27,3%)			
Occupation principale de la mère.					
Commerçante	73 (51,8%)	76 (44,2%)	12,995	2	,002*
Femme de ménage	56 (39,7%)	55 (32%)			
Fonctionnaire de l'Etat	12 (8,5%)	41 (23,8%)			
Parité					
Multipare	11 (7,8%)	165 (95,9%)	244,509	1	,000*
Primipare	130 (92,2%)	7 (4,1%)			

Tableau n°3 révèle que l'âge de la mère ($p=0,000$), le statut matrimonial ($p=0,000$), le niveau d'étude ($p=0,003$), l'occupation principale ($p=0,000$) et la parité de la mère ($p=0,000$) sont liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments.

IV. Discussion

Les résultats de notre étude révèlent de manière générale que les mères (21,4%) avaient l'âge compris entre 18 à 22 ans, elles étaient (54,6%) des mariées avec un niveau d'étude secondaire (63,6%). Leur occupation principale était le commerce. Elles (56,2%) étaient des multipares. Leurs enfants étaient du sexe Masculin (52,1%) et ils (32,6%) avaient l'âge compris entre 9 à 11 mois. Les mères (83,7%) donnaient le lait maternel à l'heure suivant l'accouchement. Gamgne-Kamga, dans son étude, constatait que 78,4% de ses enquêtées ont allaité leurs bébés dans les 24 heures après l'accouchement²⁴. Contrairement aux résultats trouvés par Mbayo Muganza Gérard et al²⁵, soulignant dans leur étude que seules 37,5% des mères initiaient précocement leurs bébés à l'allaitement maternel. Cette grande différence peut s'expliquer du fait que l'étude de ces derniers a été réalisée dans un milieu rural où l'observance de certaines pratiques culturelles reste encore en application, alors que la présente étude a été réalisée dans un milieu urbain. Le taux l'allaitement maternel à l'heure suivant l'accouchement dans la présente étude est aussi supérieur à celui d'Olivier Mukuku et al²⁶ 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 naissance⁵. Partant de variable clé de notre étude, nos résultats montrent que 45% des mères avaient introduits précocement les aliments de compléments à leurs enfants parce qu'elles ne supportaient d'allaiter longtemps (44,68%) et leurs enfants pleuraient beaucoup (31,91%). Ces résultats sont proches 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 mois en introduisant les aliments de compléments avant l'âge de 6 mois de leurs enfants¹⁷. Les résultats de l'étude de Mukuku trouvaient un âge moyen de l'alimentation complémentaire diversifiée est de $4,20 \pm 1,59$ mois et 72,5% des enquêtées avaient pratiqué une diversification alimentaire précoce (<6 mois)²⁷. D'autres études menées dans les pays africains rapportaient un âge moyen d'introduction des aliments de complément inférieur à 6 mois^{28, 29, 30}. L'étude de Mbalaga, menée au Kenya, rapporte un âge moyen de 2,7 mois³¹. Une étude faite en Côte d'Ivoire mentionnait un constat similaire³². L'âge favorable d'introduction des aliments de complément demeure sujet à altercation. Si l'introduction est trop précoce, l'enfant réduira sa consommation de lait maternel ; si elle est trop

tardive, les quantités de lait maternel ne suffiront pas à satisfaire les besoins énergétiques de l'enfant, entraînant le risque de ralentir la croissance. Cette introduction précoce des aliments de compléments pourrait agir de façon défavorable sur l'état nutritionnel des enfants entraînant ainsi une malnutrition³³. En effet, ces aliments de complément ont une valeur nutritionnelle inférieure à celle du lait maternel. En plus, leur consommation se fait au détriment de l'allaitement au sein, ce qui réduit la quantité de lait produit par la mère (la production de lait maternel est déterminée, en partie, par la fréquence et l'intensité de la succion). Et enfin, donner précocement aux jeunes enfants les aliments de compléments les expose davantage aux agents pathogènes et donc, augmente leur risque de contracter des maladies diarrhéiques³⁴. Par ailleurs, les facteurs protecteurs contenus dans le lait maternel sont réduits entraînant une augmentation du risque de maladie. Les directives de l'OMS pour une alimentation optimale du jeune enfant comprennent non seulement l'introduction, à partir de l'âge de 6 mois, d'aliments complémentaires tout en maintenant l'allaitement mais aussi une alimentation complémentaire diversifiée c'est-à-dire apportant l'énergie, les protéines et les micronutriments en quantité suffisante pour satisfaire les besoins nutritionnels liés à la croissance de l'enfant^{35,36}. Nos résultats révèlent aussi que l'âge de la mère ($p=0,000$), le statut matrimonial ($p=0,000$), le niveau d'étude ($p=0,003$), l'occupation principale ($p=0,000$) et la parité de la mère ($p=0,000$) sont liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments. Comparativement aux résultats trouvés par Coulthard H et al³⁷, soulignant que le statut socio-économique et le niveau d'éducation des parents sont deux facteurs influençant l'introduction précoce d'aliments complémentaires. Ces observations sont similaires aux résultats trouvés par Mbayo Muganza G et al³⁸. Et aussi comparatifs à une étude où le travail maternel a été cité comme un obstacle majeur à la poursuite de l'AM exclusif³⁹. 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^{40,41}. Les problèmes liés au travail, suivis de l'hypogalactie et des maladies maternelles, ont été les facteurs essentiels de l'échec de l'AM exclusif⁸. En effet, pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel, des programmes au niveau national seront nécessaires³⁸.

V. Conclusion

L'introduction précoce d'aliments de complément est encore observée au niveau de la communauté urbaine de Lubumbashi avec un taux relativement à 45%. Les résultats ont montré que l'âge de la mère, le statut matrimonial, le niveau d'étude, l'occupation principale et la parité de la mère sont liés à l'introduction précoce d'aliments de compléments. De ce fait, une bonne implication de la femme dans l'observance de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant est d'une grande importance dans la santé des enfants.

Références

- [1]. World Health Organization. Global Strategy For Infant And Young Child Feeding. Geneva, Switzerland: A Joint WHO/UNICEF Statement. Geneva: WHO; 2003.
- [2]. Fernández-Vegue MG, Menéndez Orenga M. Development And Validation Of A Breastfeeding Knowledge And Skills Questionnaire. *Anepediatr*. 2015; 83(6): 387-396.
- [3]. Jackson KM, Nazar AM. Breastfeeding, The Immune Response, And Longterm Health. *JAOA* 2006; 106(4): 203-207.
- [4]. 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.
- [5]. World Health Organization. Report Of The Expert Consultation On The Optimal Duration Of Exclusive Breastfeeding. Geneva: WHO; 2001.
- [6]. Organisation Mondiale De La Santé. Indicateurs Pour Evaluer Les Pratiques D'alimentation Du Nourrisson Et Du Jeune Enfant : Première Partie - Définitions. Washington, DC: OMS; 2009.
- [7]. 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.
- [8]. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding In Obstetrics Residency: Exploring Maternal And Colleague Resident Perspectives. *Breastfeed Med*. 2013; 8(4): 394-400.
- [9]. Turk D Et Al. Diversification Alimentaire : Evolution Des Concepts Et Recommandations *Arch Pediatr* (2015)
- [10]. Koplin J Et Al. Can Early Introduction Of Egg Prevent Egg Allergy In Infants? A Population-Based Study *J Allergy Clin Immunol* (2010)
- [11]. Genicot J. *Obstete Biol Reprod* (2006)
- [12]. Turk D. Allaitement Maternel : Les Bénéfices Pour La Santé De L'enfant Et De Sa Mère. Comité De Nutrition De La Société Française De Pédiatrie *Arch Pediatr* (2005)
- [13]. Turberg-Romain Cet Al. Conduite Alimentaire Des Nourrissons Et Jeunes Enfants Agés De 1 A 36 Mois En France : Evolution Des Habitudes Des Mères *Arch Ped* (2007)
- [14]. Branger B Et Al. Facteurs Influençant La Durée De L'allaitement Maternel Chez 150 Femmes *Arch Pediatr* (1998)
- [15]. 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.
- [16]. Orth TA, Drachman D, Habak P. Breastfeeding In Obstetrics Residency: Exploring Maternal And Colleague Resident Perspectives. *Breastfeed Med*. 2013; 8(4): 394-400.

- [17]. Dachew BA, Biftu 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.
- [18]. Jones LB, Mallin EA. Dr. MILK: Support Program For Physician Mothers. *Breastfeed Med.* 2013; 8 (3): 330-332.
- [19]. 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.
- [20]. Dewey K, PAHO/WHO. Guiding Principles For Complementary Feeding Of The Breastfed Child. In: Protection Dohpa, Editor. Washington, D.C. 2003.
- [21]. Health Canada CPS, Dietitians Of Canada, And Breastfeeding Committee For Canada. Nutrition For Healthy Term Infants: Recommendations From Six To 24 Months. Canada: Government Of Canada; [En Ligne] 2014 [Modifié Le 19 Janvier 2015; Cité Le 26 Juillet 2021]. Disponible: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canada-food-guide/resources/infant-feeding/nutritionhealthy-term-infants-recommendations-birth-six-months/6-24-months.html#A1>
- [22]. Section On Breastfeeding. Breastfeeding And The Use Of Human Milk. *Pediatrics.* Mars 2012; 129(3):E827-E41. Doi: 10.1542/Peds.2011-3552.
- [23]. Fewtrell M, Bronsky J, Campoy C, Domellöf M, Embleton N, Fidler Mis N, Et Al. Complementary Feeding: A Position Paper By The European Society For Paediatric Gastroenterology, Hepatology, And Nutrition (ESPGHAN) Committee On Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* Jan 2017; 64(1):119-32. Doi: 10.1097/MPG.0000000000001454.
- [24]. Gamgne-Kamga B. Etude Des Connaissances Et Pratiques Des Mères Sur L'allaitement Maternel A L'hôpital Provincial Et A La PMI De Bafoussam, Cameroun. Thèse De Doctorat En Médecine, Institut Supérieur Des Sciences Et De La Santé De Bangangté ; 2009.
- [25]. Mbayo Muganza Gérard Et Al. Les Déterminants Sociodémographiques Et Culturels De Démarrage Précoce De L'allaitement Maternel En Milieu Rural Cas Du Territoire De Mitwaba (RD Congo). *IOSR Journal Of Pharmacy And Biological Sciences (IOSR-JPBS)* E-ISSN:2278-3008, P-ISSN:2319-7676. Volume 19, Issue 5 Ser. 1 (Sept. – Oct. 2024), PP 46-51
- [26]. 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
- [27]. Mukuku O, Tshibanda KN, Mutombo AM, Lubala TK, Luboya ON. Facteurs Influençant L'arrêt De L'allaitement Au Sein Avant L'âge De 12 Mois Dans Le Village De Tshamalale, République Démocratique Du Congo. *Revue De L'Infirmier Congolais* 2017 ; 1 (1) :17-26.
- [28]. OMS, UNICEF. Stratégie Mondiale Pour L'alimentation Du Nourrisson Et Du Jeune Enfant, 2003. 30 Pages.
- [29]. Sépou A, Yanza MC, Nguémbi E, Tekpa G, Ngbalé R Quelle Valeur L'allaitement Maternel A-T-II En Milieu Urbain Et Semi-Urbain Centrafricain? *Cahiers D'études Et De Recherches Francophones/Santé* 2001 ; 11(2) :85-9.
- [30]. Siyou H. Pratiques De Diversification Alimentaire Des Nourrissons Consultant Au Centre Mère Et Enfant/FCB A Yaoundé. Mémoire De Fin De Cycle De Spécialisation En Pédiatrie ; 2006.
- [31]. Mbagaya G. Child Feeding Practices In A Rural Western Kenya Community. *Afr J Prm Health Care Fam Med.* 2009; 1(1): 38-41.
- [32]. Aké-Tano O, Konan YE, Tiembre I, Et Al. Farine Utilisées Par Les Mères Dans L'alimentation Des Enfants Suivis A L'Institut National De Santé Publique d'Abidjan. *Afrique Biomédicale* 2010; 15(2):23-28.
- [33]. Lubala TK, Mukuku OK, 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. *The Journal Of Medical Research* 2016; 2(3): 65-70.
- [34]. Aké-Tano O, Ekou F, Yao EK, Ekissi OT, Kpebo D, Sable P, Aka BS, Gbané M, Dagnan NS. Pratiques Alimentaires Des Enfants De 0 A 2 Ans Suivis Dans Une Structure Sanitaire A Abidjan. *Rev Int Sc Méd* 2014; 16(1): 89-93.
- [35]. Organisation Mondiale De La Santé. Deuxième Plan D'action Européen De L'OMS Pour Une Politique Alimentaire Et Nutritionnelle 2007-2012. Genève : OMS, 2008.
- [36]. Chiabi A, Kamga BG, Mah E, Bogne JB, Nguefack S, Fokam P, Tchokoteu PF. Breastfeeding Practices In Infants In The West Region Of Cameroon. *Iranian Journal Of Public Health* 2011; 40(2): 11.
- [37]. Coulthard H, Harris G, Emmett P. Delayed Introduction Of Lumpy Foods To Children During The Complementary Feeding Period Affects Child's Food Acceptance And Feeding At 7 Years Of Age. *Matern Child Nutr.* Jan 2009; 5(1):75-85. Doi: 10.1111/J.1740-8709.2008.00153.X.
- [38]. 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.
- [39]. 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.
- [40]. 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.
- [41]. Sattari M, Serwint JR, Shuster JJ, Levine DM. Infant-Feeding Intentions And Practices Of Internal Medicine Physicians. *Breastfeed Med.* 2016; 11(4): 173-179.