

DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF EN CÔTE D'IVOIRE

KOFFI Ibrahima

*Etudiant en Démographie à l'Institut de Formation et de Recherche Démographiques
(IFORD),*

Université de Yaoundé II, SOA.

koffiibrahima762@gmail.com

Résumé

Objectifs : Cette étude avait pour objectif d'évaluer le degré d'exposition des enfants au risque de subir l'arrêt de l'allaitement maternel exclusif (AME) avant 6 mois en tenant compte simultanément de l'âge des enfants et de certaines caractéristiques contextuelles et individuelles liées aux enfants et à leurs mères, de dresser le profil des enfants non allaités exclusivement, de rechercher les facteurs explicatifs de la non pratique de l'AME et les interrelations entre ces facteurs.

Méthodes : Les données de cette étude proviennent de la cinquième enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5) réalisée en 2016 par l'INS en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires. L'étude portait sur 980 enfants âgés de moins de 6 mois. Les méthodes d'analyse des biographies à temps discret ont été utilisées. Il s'agit de la méthode actuarielle d'estimation de la fonction de survie associée au test de Wilcoxon (Gehan) et de la régression logistique à temps discret. Nous avons également procédé à une Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) dont le but était de dresser le profil des enfants.

Résultats : Au niveau descriptif, il ressort que le degré d'exposition de la mère au discours médical, l'âge à l'accouchement, le sexe de l'enfant sont significativement associés à la probabilité de subir l'arrêt de l'AME avant les 6 premiers mois de vie des enfants. En outre, les enfants non allaités exclusivement étaient ceux qui résidaient dans la capitale Abidjan et en milieu urbain en général. Ces enfants vivaient dans des ménages qui ont un bien-être économique élevé voire très élevé. Leurs mères avaient un niveau d'instruction secondaire ou plus, étaient fortement exposées aux médias et au discours médical sur l'allaitement. Elles avaient à leur actif tout au plus 3 enfants. Au niveau explicatif, les facteurs de la non pratique de l'allaitement exclusif, rangés par ordre décroissant de leur pouvoir explicatif étaient la région de résidence, l'état de santé de l'enfant, le niveau de vie du ménage, le sexe de l'enfant, l'exposition de la mère au discours médical et le niveau d'instruction de la mère.

Conclusion : L'amélioration de la pratique de l'AME en Côte d'Ivoire exige de renforcer les capacités des professionnels de la santé en termes de conseil et d'aide à fournir aux mères pour les faire adhérer dans un premier temps à la pratique de l'AME, ensuite de maintenir la pratique jusqu'au délai recommandé et ce, quel que soit l'état de santé et le sexe de l'enfant.

Mots clés : allaitement maternel exclusif, durée, nourrisson, facteurs explicatifs

Abstract

Objectives: This study aimed to assess the degree of exposure of children to the risk of discontinuing exclusive breastfeeding (EBF) before 6 months of age, taking into account simultaneously children age and some contextual and individual characteristics related to the children and their mothers, to profile non-breastfed children exclusively, to investigate the explanatory factors of the non-practice of EBF and the interrelations between these factors.

Methods: To achieve these objectives, we used data from the MICS5 survey conducted in Côte d'Ivoire in 2016. We used two methods of analysis to test our hypotheses: the descriptive method using actuarial curves and the Wilcoxon statistical test at the 5% threshold and the Multiple Correspondence Analysis (MCA); and the explanatory method using discrete time logistic model.

Results: At descriptive level, it appears that the degree of exposure to medical discourse about breastfeeding, the age at childbirth and the sex and child's health status are significantly associated with the likelihood of experiencing EBF cessation in the first 6 months of the child's life. non-breastfed exclusively children are those who live in Abidjan and generally in urban areas. These children live in households that have high or very high economic welfare. Their mothers have a good educational level, are highly exposed to media and medical discourses about breastfeeding. These mothers have no more than 3 children. At the explanatory level, the factors of discontinued EBF, ranked in descending order of their explanatory power are the region of residence, the child's health status, the standard of household's living, the sex of the child, the degree of exposure to medical discourse about breastfeeding and the mother's educational level.

Conclusion: Improving EBF practice in Côte d'Ivoire requires strengthening the capacity of health professionals in terms of counselling and assistance to mothers to first of all adhere to the practice of EBF, and then continue the practice until the recommended time, regardless of the child's health status and sex.

Keys words: exclusive breastfeeding, duration, infant, explanatory factors.

Introduction

La santé des enfants demeure une question préoccupante en Afrique sub-saharienne à telle enseigne que les décideurs nationaux et internationaux recherchent des stratégies pour l'améliorer (Maïga, 2016). Parmi les stratégies identifiées comme pouvant affecter positivement la santé des enfants et réduire la mortalité infanto-juvénile, la promotion de l'allaitement maternel occupe une place prépondérante (UNICEF et OMS, 2018). L'avantage de l'allaitement maternel lorsqu'il est exclusif est certain au niveau social et économique et peut réduire considérablement la mortalité infantile. Si l'allaitement maternel devenait une pratique quasi universelle, 823 000 décès d'enfants de moins de 5 ans seraient évités chaque année. Avec en bonus une réduction escomptée du nombre annuel de décès par cancer du sein de l'ordre de 20 000 cas, l'allaitement maternel préviendrait également plusieurs pathologies infantiles (Victora et al., 2016). Le lait maternel protège l'enfant contre de nombreuses maladies comme la diarrhée, les infections respiratoires aiguës, l'obésité etc. Il favorise aussi une croissance optimale et harmonieuse de l'enfant tout au long de ses étapes de développement physique et cognitif (UNICEF, 2010 ; Turck et al., 2013). La mère tire également de l'allaitement d'importants avantages pour sa santé, dont un plus faible risque de cancer du sein, de cancer de l'ovaire et de diabète de type 2 (Victora et al., 2016). Toutefois, ce serait les enfants exclusivement nourris au sein au moins 6 mois qui profiteraient de ces avantages. En Côte d'Ivoire, en 2016, le taux d'allaitement maternel exclusif (AME) était de 23.5% (INS, 2017). Bien qu'ayant connu une augmentation depuis 2006, il reste encore en deçà de l'objectif que le gouvernement ivoirien s'était fixé dans son Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2012 - 2015 à savoir l'atteinte d'un taux de 50% à l'horizon 2015 (MSLS, 2012 ; MSHP, 2016). Ce faible taux fait de la Côte d'Ivoire l'un des pays de l'Afrique de l'Ouest à faible prévalence d'AME ; mais traduit une réalité pas du tout reluisante : un peu plus de 7 couples mère-enfants sur 10 passent à côté des avantages de l'AME. Cette faible pratique compromet l'atteinte des objectifs des politiques nationales de nutrition et de développement sanitaire dans la mesure où elle contribue à maintenir la morbidité maternelle et la morbidité voire la mortalité infanto-juvénile à un niveau rigide. L'objectif général de notre étude est de contribuer à une meilleure connaissance des facteurs économiques, sociodémographiques et socioculturels qui influencent la durée de l'AME en Côte d'Ivoire, en vue de fournir aux décideurs des informations utiles à l'élaboration des stratégies pour rehausser le niveau de pratique de l'AME et par ricochet améliorer la santé maternelle et celle des enfants. De manière spécifique, il s'agit de décrire les variations de la durée de l'AME selon certaines caractéristiques économiques, sociodémographiques et socioculturels ; de dresser le profil des enfants non exclusivement allaités ; d'identifier et d'hiérarchiser les facteurs qui influencent les variations dans la durée de l'AME et de cerner les mécanismes par lesquels les facteurs influencent la durée de l'AME.

Données, variables et Méthodes d'analyse

◆ Source de données

Les données de cette étude proviennent de la cinquième enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS5) réalisée en 2016 par l'Institut National de la Statistique en collaboration avec l'UNICEF et d'autres partenaires. C'est une enquête transversale, représentative à l'échelle nationale et couvrant 3390 enfants de moins de 2 ans. La population cible de notre étude est constituée des enfants âgés de 0 à 5 mois révolus. Selon l'enquête MICS5 2016, ils sont au nombre de 980 enfants de moins de 6 mois.

◆ **Variables explicatives**

Le choix des variables indépendantes de notre étude s'est à partir de la revue de la littérature et des éléments du contexte social ivoirien. Le tableau suivant présente les différents concepts et variables opérationnelles de l'étude.

Tableau 1 : Concepts et variables opérationnelles de l'étude.

| | Concepts | Variables opérationnelles |
|---|---|--|
| Caractéristiques contextuelles | Contexte de résidence | Région de résidence Milieu de résidence |
| | Contexte socioculturel | Religion Ethnie |
| | Caractéristiques socioéconomiques du ménage | Niveau de vie du ménage Cohabitation des conjoints |
| Caractéristiques individuelles de la mère | Caractéristiques économiques | Occupation |
| | Caractéristiques biodémographiques | Âge à l'accouchement Parité |
| | Caractéristiques socioculturelles | Niveau d'instruction Exposition aux médias |
| Caractéristiques individuelles de l'enfant | | Sexe Etat de santé Désirabilité (importance de l'enfant aux yeux de la mère) |

La variable dépendante de l'étude est la durée de l'AME. C'est une variable liée au temps. Une conceptualisation était nécessaire pour pouvoir capter cette durée (Voir figure 1).

◆ **Conceptualisation de l'évènement étudié**

La conceptualisation consiste à définir précisément l'évènement étudié, la population soumise au risque de le subir, ainsi que les événements concurrents pouvant faire sortir l'individu de l'observation, avec ou sans changement d'état (Antoine et Bocquier, 1995).

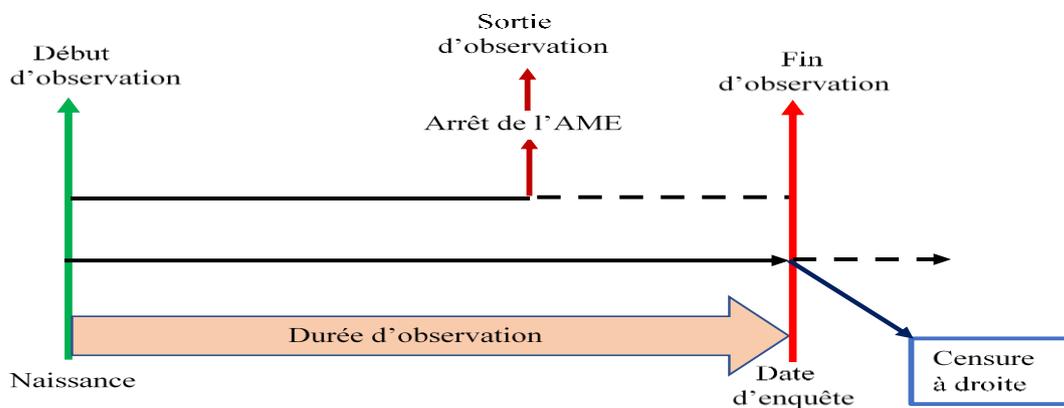
- **Evènement étudié** : arrêt de l'AME avant 6 mois ;
- **Population soumise au risque** : l'ensemble des enfants âgés de moins de 6 mois à la date de l'enquête MICS 2016 ;
- **Date de début d'observation** : l'observation débute à partir de la date de naissance des enfants ;
- **Date de fin d'observation** : l'observation prend fin à la date à laquelle l'enfant a mangé ou bu autres choses que le lait maternel. Rappelons que la durée d'observation est conditionnée par deux types de sortie : la sortie d'observation sans changement d'état et la sortie avec changement d'état.
- **Sortie sans changement d'état (censure à droite)** : l'enfant est toujours allaité exclusivement à la date de l'enquête. C'est-à-dire que l'enfant n'a pas connu l'évènement étudié (arrêt de l'AME). Dans ce cas, la date de l'enquête sera la date de fin d'observation de l'enfant. Ce dernier sera alors considéré comme censuré à droite.
- **Sortie par changement d'état** : l'enfant a mangé ou bu d'autres aliments que le lait maternel et qui interrompent le caractère exclusif de l'allaitement avant la date de l'enquête ;

Les deux types de sorties d'observation (occurrence de l'événement et date de l'enquête) constituent les seules pris en compte dans cette étude.

- **Champ de l'étude** : l'ensemble du territoire ivoirien couvert par l'enquête MICS 2016.
- **Durée d'observation** : la durée d'observation est le temps qui s'écoule, d'une part, de la date de naissance à la date d'arrêt de l'AME et, d'autre part, de la date de naissance à la date de l'enquête. Cela correspond, pour le premier type, à l'âge de l'enfant au moment de l'arrêt de l'AME (date de consommation d'un aliment autre que le lait maternel – date de naissance) et, pour le second, à l'âge de l'enfant au moment de l'enquête (date de l'enquête – date de naissance).

Unité de temps : l'unité de temps considérée est le mois.

Figure 1 : Illustration des différents types de sorties ou troncatures



AME : allaitement maternel exclusif

◆ Méthodes d'analyse

Les méthodes d'analyses statistiques utilisées dans cette étude sont des méthodes d'analyse des biographies à temps discret. Il s'agit, au niveau descriptif, de la méthode actuarielle d'estimation de la fonction de survie associée au test de Wilcoxon (Gehan) au seuil de 5% et, au niveau explicatif, de la régression logistique à temps discret. A côté de ces méthodes, nous avons également procédé à une Analyse Factorielle des Correspondances Multiples (AFCM) dont le but est de dresser le profil des enfants selon qu'ils soient allaités exclusivement ou non au moment de l'enquête.

Au niveau explicatif, nous avons construit plusieurs modèles de régression à pas croissant. Nous avons fait recours à ces modèles dans le but de mettre en exergue les interrelations entre les différentes variables de l'étude. Ces variables sont introduites dans la régression conformément au schéma d'analyse. Les rapports de côtes de la propension à arrêter l'allaitement exclusif sont présentés dans le tableau 3. Les différents modèles retenus sont les suivants :

Modèle 0 (M0) : Groupe d'âge des enfants (variable de contrôle) ;

Modèle 1 (M1) : Région de résidence de la mère ;

Modèle 2 (M2) : M1 + Milieu de résidence de la mère ;

Modèle 3 (M3) : M2 + Ethnie de la mère ;

Modèle 4 (M4) : M3 + Religion de la mère ;

Modèle 5 (M5) : M4 + Niveau de vie du ménage ;

Modèle 6 (M6) : M5 + Cohabitation des conjoints ;

Modèle 7 (M7) : M6 + Niveau d'instruction de la mère ;

Modèle 8 (M8) : M7 + Âge de la mère à l'accouchement ;

Modèle 9 (M9) : M8 + Parité atteinte ;

Modèle 10 (M10) : M9 + Exposition au discours médical sur l'allaitement ;

Modèle 11 (M11) : M10 + Exposition de la mère aux médias ;

Modèle 12 (M12) : M11 + Sexe de l'enfant ;

Modèle 13 (M13) : M12 + État de santé de l'enfant ;

Modèle 14 (M14) : M13 + Désirabilité de l'enfant.

Le modèle M0 contient uniquement l'âge des enfants que nous avons introduit comme la variable de contrôle. Le dernier modèle (M14) est le modèle saturé permettant de cerner le poids net de chaque variable explicative en présence de toutes les autres variables. Enfin, les modèles intermédiaires (de M1 à M13) permettent de déceler les interrelations entre les différentes variables. En outre, nous avons utilisé l'option « categorical » du logiciel SPSS 25 dans la régression logistique à temps discret. En effet, cette option nous donne simultanément les significativités des variables et des modalités.

Nous avons procédé à une hiérarchisation des variables en utilisant le Khi-deux du modèle saturé ou final (X_f^2). La hiérarchisation se justifie particulièrement dans un contexte de contrainte et de limitation budgétaires qui impose une identification plus judicieuse des interventions et une priorisation des actions (Beninguisse, 2003). Cette hiérarchisation consiste à ordonner les variables indépendantes en fonction du pourcentage de Khi-deux qu'elles apportent à l'explication de la variable dépendante considérée. Soit C_i la contribution de la variable indépendante i à l'explication du phénomène étudié, X_f^2 le Khi-deux du modèle final et X_{f-i}^2 est le Khi-deux sans la variable indépendante i . La contribution d'une variable indépendante i est donnée par la formule suivante :

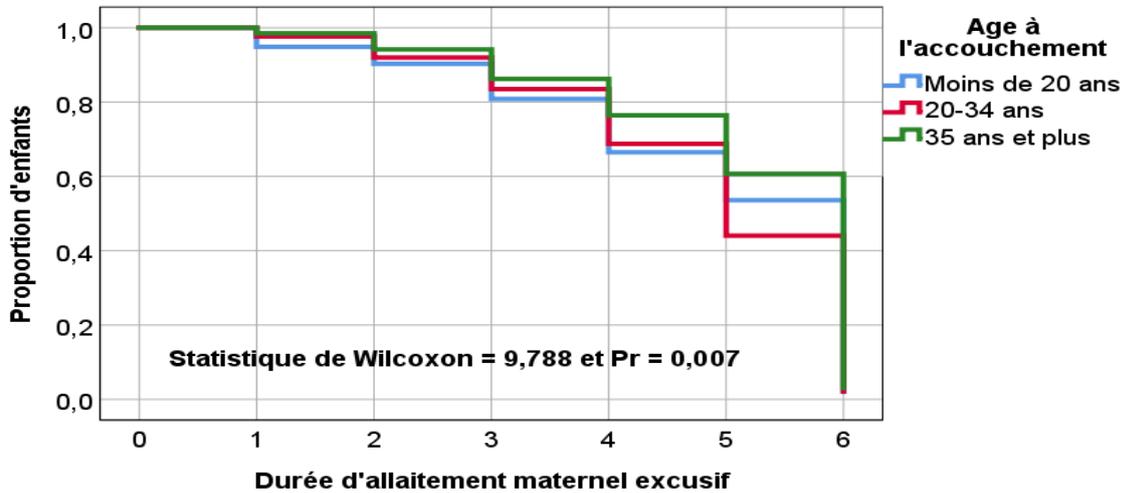
$$C_i = \frac{X_f^2 - X_{f-i}^2}{X_f^2}$$

Résultats

Au niveau descriptif, il ressort des analyses que l'âge de la mère à l'accouchement, l'exposition au discours médical sur l'allaitement (variable composite regroupant le nombre de consultations prénatales et l'assistance à l'accouchement par un personnel qualifié) et le sexe de l'enfant sont significativement associées à la durée de l'AME en Côte d'Ivoire. En effet, s'agissant de l'âge de la mère à l'accouchement, après 1 mois de vie, les courbes de prévalence de l'AME se démarquent les unes des autres de manière significative jusqu'à la fin du 6^{ème} mois (graphique 1). D'ailleurs, les écarts s'agrandissent au cours du temps. La courbe représentant les mères âgées de 35 ans ou plus se tient au-dessus des autres sur toute la durée d'observation et celle des moins de 20 ans au-dessous (excepté le 6^{ème} mois). Cela signifie que les enfants nés

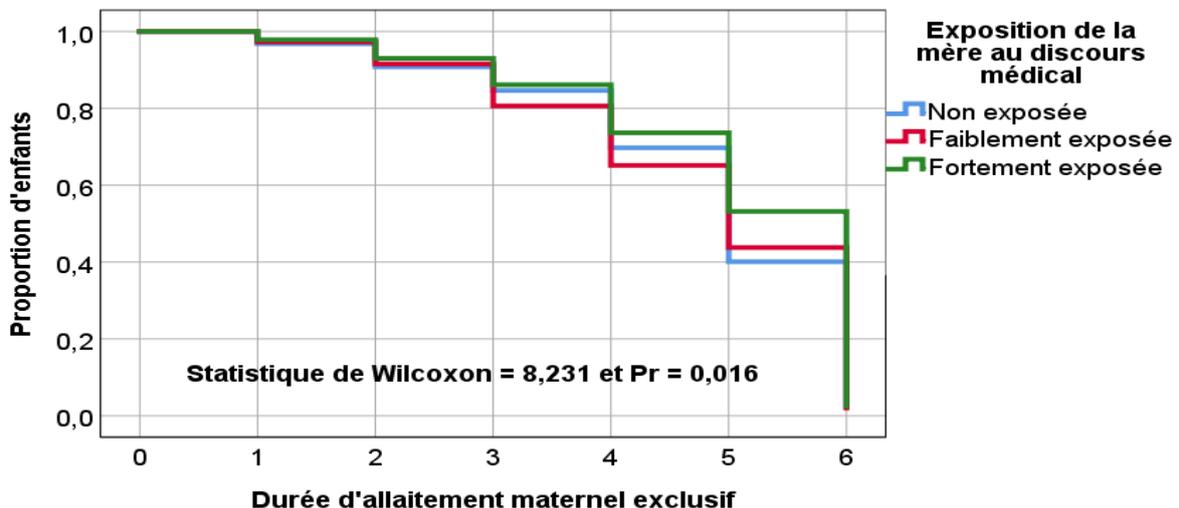
des mères plus âgées (35 ans ou plus) sont moins vite sevrés de l'AME au cours des 6 mois que les enfants nés des mères plus jeunes.

Graphique 1 : Prévalence de l'AME de 0 à 6 mois selon l'âge de la mère à l'accouchement



Au niveau de l'exposition au discours médical sur l'allaitement ou encore du nombre de consultations prénatales et de la qualification de la personne qui a assisté la femme lors de son accouchement, on constate à partir du graphique 2 que la proportion d'enfants alimentés exclusivement au sein reste plus élevée chez les enfants dont les mères ont effectué plus de 3 CPN et ont bénéficié de l'assistance d'une personne qualifiée lors de l'accouchement.

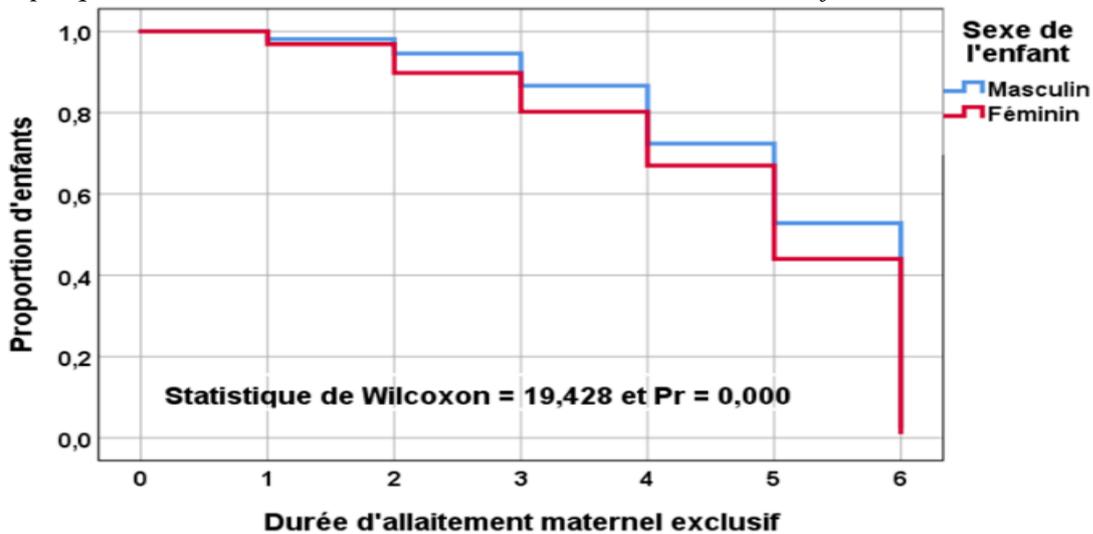
Graphique 2 : Prévalence de l'AME de 0 à 6 selon le degré d'exposition au discours médical sur l'allaitement



Autrement, la proportion des enfants qui ont été nourrie avec d'autres aliments reste la plus faible chez les mères fortement exposées aux discours médicaux que chez celles qui n'ont pas été fortement exposées. Ce résultat met en exergue le fait que les enfants dont les mères ont effectué plus de 4 CPN et plus et ont bénéficié de l'assistance d'une personne qualifiée lors de l'accouchement sont moins vite sevrés de l'AME au cours des 6 mois que les enfants des mères qui ont effectué moins de 4 CPN et n'ont pas eu la chance d'être assistée par une personne qualifiée pendant l'accouchement.

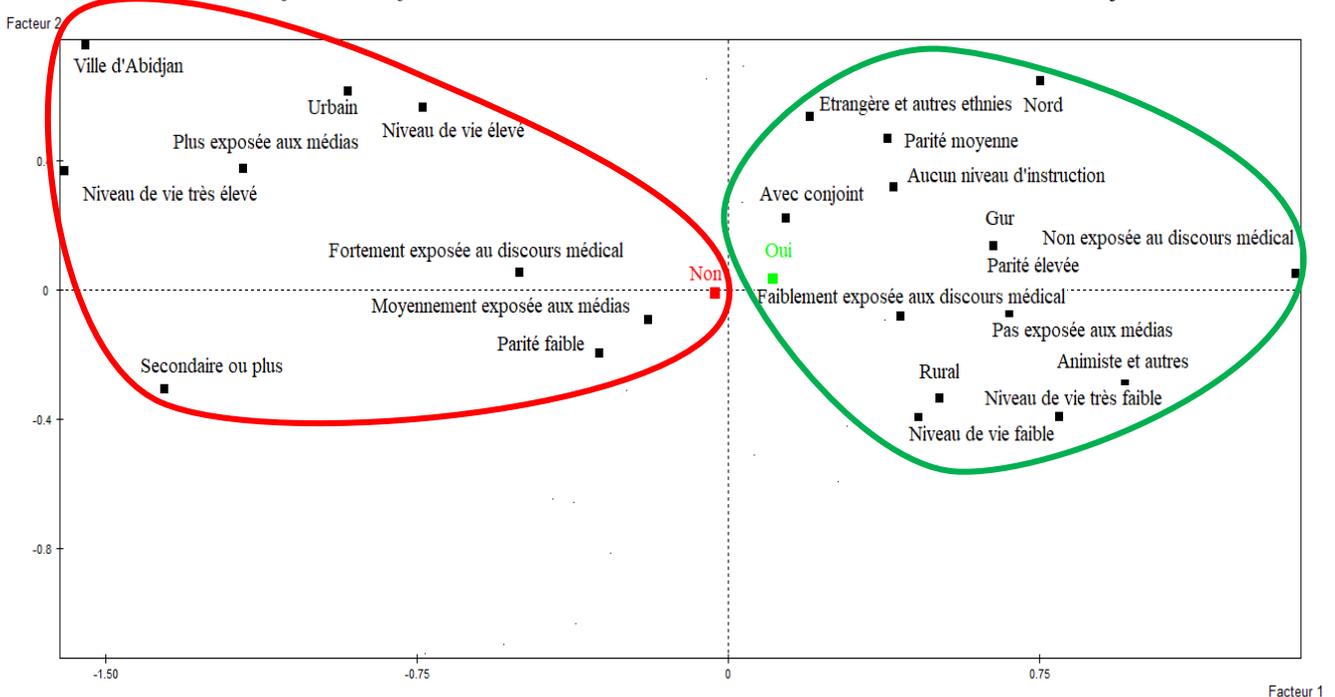
Pratiquement, sur toute la durée d'exposition à l'arrêt de l'AME, la courbe de prévalence de la durée de l'AME chez les enfants de sexe masculin est au-dessus de la courbe de prévalence des enfants de sexe féminin. L'information véhiculée est que les enfants de sexe masculin sont moins vite sevrés de l'allaitement exclusif au sein que les filles. Autrement dit, les enfants de sexe masculin sont allaités exclusivement pendant une durée assez longue que les enfants de sexe féminin.

Graphique 3 : Prévalence de l'AME de 0 à 6 selon le sexe de l'enfant



Concernant le profil des enfants (graphique 4), l'AFCM a permis de catégoriser les enfants en deux groupes. Le premier groupe qui constitue notre groupe cible est composé des enfants non allaités exclusivement. Ces enfants sont ceux qui résident dans la capitale Abidjan et en milieu urbain en général. Ils vivent dans des ménages qui ont un bien-être économique élevé voire très élevé. Leurs mères ont un niveau d'instruction secondaire ou plus et sont fortement exposées aux médias. Elles avaient effectué plus de 3 CPN et avaient été assistées lors de leur accouchement par un personnel qualifié. Ces mères ont à leur actif tout au plus 3 enfants.

Graphique 4 : Profil des enfants de 0-6 mois selon leur statut d'allaitement exclusif



A la différence du premier groupe, le second groupe est composé des enfants exclusivement allaités dont les mères résident dans la région du Nord et en milieu rural en général. Ces femmes, appartenant en grande partie au groupe ethnique Gur viennent également des pays voisins. Elles appartiennent à des ménages affichant un bien-être économique faible et même très faible avec plus de quatre enfants. Les mères de ces enfants ne sont pas instruites, faiblement ou pas du tout exposées au discours sur l'allaitement et aux médias. Elles vivent habituellement avec leurs conjoints.

Les résultats de l'estimation des modèles logistiques à temps discret pour l'AME avec l'ensemble des variables explicatives sont reportés dans le tableau 3. Au total, 15 modèles (de M0 à M14) ont été construits. Pour chaque modèle, l'âge des enfants est introduit comme variable de contrôle. Le modèle (M14) met en évidence les facteurs explicatifs de l'arrêt de l'AME. Ainsi, les facteurs explicatifs de l'arrêt de l'AME, rangés par ordre décroissant de leur pouvoir explicatif sont les suivants : la région de résidence, l'état de santé de l'enfant, le niveau de vie du ménage, le sexe de l'enfant, l'exposition de la mère au discours médical et le niveau d'instruction de la mère (voir tableau 2).

Tableau 2 : Hiérarchisation des facteurs explicatifs de l'arrêt de l'AME par ordre de contribution décroissante

| Facteurs explicatifs | Chi2 | | Contribution | | Rang |
|--|-----------------|-------------------------------------|--------------|--------------|------|
| | Du modèle final | Du modèle sans la variable <i>i</i> | Absolue (%) | Relative (%) | |
| Région de résidence | 736,97 | 676,36 | 8,22 | 20,33 | 1 |
| Etat de santé de l'enfant | 736,97 | 679,95 | 7,74 | 19,13 | 2 |
| Niveau de vie du ménage | 736,97 | 680,14 | 7,71 | 19,06 | 3 |
| Sexe de l'enfant | 736,97 | 691,17 | 6,21 | 15,36 | 4 |
| Exposition au discours médical | 736,97 | 696,9 | 5,44 | 13,44 | 5 |
| Niveau d'instruction de la mère | 736,97 | 699,18 | 5,13 | 12,68 | 6 |

Du modèle M1 à M14, la région de résidence est restée significative alors qu'elle ne l'était pas au niveau du modèle à effets bruts. Les coefficients associés à ses modalités ont évolué suite à l'introduction des certaines variables notamment la religion, le niveau de vie du ménage, la cohabitation des conjoints, le niveau d'instruction, l'âge à l'accouchement, le degré d'exposition à la fois au discours médical sur l'allaitement et aux médias. Ces résultats signifient que la région de résidence agit principalement de façon indirecte sur la durée de l'AME à travers les autres variables. Autrement dit, une partie des différences de risques d'interruption de l'AME associée à la région de résidence de la mère est expliquée par les différences de niveau de vie, de niveau d'instruction et de degré d'exposition au discours médical sur l'allaitement. Par ailleurs, la ville d'Abidjan est devenue significative avec la prise en compte du niveau de vie dans le modèle M5 et a augmenté (de 5 % à 1 %) à partir du modèle M11 à l'introduction de l'exposition des mères aux médias et est restée stable jusqu'au modèle final. L'influence de la ville d'Abidjan transite en fait par le niveau de vie des ménages y

résidant et le degré d'exposition des femmes aux médias. Aussi bien au niveau du modèle brut qu'au niveau du modèle final (M14), l'état de santé de l'enfant exerce une influence significative sur la durée de l'AME des enfants avant leur 6^{ème} mois. Le niveau de vie du ménage est la 3^{ème} variable qui a un effet important sur l'AME. L'interaction entre l'AME et cette variable est non significative (modèle à effet brut). La significativité du niveau de vie est ressortie dès son entrée dans le modèle à partir du pas 5 (M5) avec la présence d'autres variables. On peut donc considérer que l'influence du niveau de vie du ménage sur l'arrêt de l'AME n'est pas direct mais est renforcé par d'autres variables. De plus, l'effet de la modalité « Très faible » s'estompe avec l'introduction des variables « Exposition au discours médical ». Ceci pourrait être le fait que dans les ménages de pouvoir économique très faible, les mères n'ont pas accès aux services de santé au même degré que les mères vivant dans les ménages de pouvoir économique très élevé. Ce qui pourrait occasionner une certaine asymétrie d'informations sur l'allaitement. De M7 à M12, le niveau d'instruction de la mère n'exerçait aucune influence sur la variable dépendante. L'effet de cette variable sur le maintien ou l'arrêt de l'AME est devenu significatif avec l'introduction de l'état de santé de l'enfant au modèle M13. L'influence de cette variable est donc médiatisée par l'état de santé de l'enfant. Par ailleurs, du modèle 10 au modèle final, l'exposition au discours médical sur l'allaitement (nombre de consultations prénatales effectuées et de la qualification de la personne qui a assisté la femme lors de son accouchement) est restée significative. De même le sexe et l'état de santé de l'enfant sont significatives aussi bien au niveau du modèle à effets bruts qu'au niveau du modèle final. L'influence de ces variables est non seulement directe mais elle est aussi médiatisée par les autres variables.

Tableau 3 : Résultats des modèles de régression logistique à temps discret : effets bruts et effets nets des variables indépendantes sur le risque d'arrêt de l'AME

| Variables et modalités | Effets bruts | Effets nets | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------|---------------------|-------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 | M12 | M13 | M14 |
| Région de résidence | * | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| Est | 0,753 ^{ns} | | 0,503** | 0,497** | 0,478** * | 0,483** * | 0,492** | 0,479** * | 0,485** | 0,476** * | 0,477** * | 0,491** | 0,508** | 0,544** | 0,544** | 0,544** |
| Ouest | 0,837 ^{ns} | | 0,625** * | 0,620** * | 0,602** * | 0,628** * | 0,625** * | 0,625** * | 0,622** * | 0,603** * | 0,603** * | 0,638** * | 0,627** * | 0,634** * | 0,647** * | 0,647** |
| Centre | 0,926 ^{ns} | | 0,854 ^{ns} | 0,881 ^{ns} | 0,800 ^{ns} | 0,800 ^{ns} | 0,738 ^{ns} | 0,724* | 0,728* | 0,733 ^{ns} | 0,736 ^{ns} | 0,808 ^{ns} | 0,812 ^{ns} | 0,845 ^{ns} | 0,787 ^{ns} | 0,787 ^{ns} |
| Nord | Réf | | Réf |
| Sud sans Abidjan | 1,230 ^{ns} | | 0,950 ^{ns} | 0,931 ^{ns} | 0,866 ^{ns} | 0,860 ^{ns} | 0,884 ^{ns} | 0,883 ^{ns} | 0,892 ^{ns} | 0,877 ^{ns} | 0,880 ^{ns} | 0,935 ^{ns} | 0,935 ^{ns} | 0,962 ^{ns} | 0,931 ^{ns} | 0,931 ^{ns} |
| Ville d'Abidjan | 1,230 ^{ns} | | 1,122 ^{ns} | 1,354 ^{ns} | 1,264 ^{ns} | 1,279 ^{ns} | 1,636** | 1,643** | 1,617** | 1,594** | 1,593** | 1,796** | 1,875** * | 2,078** * | 2,002** * | 2,000** |
| Milieu de résidence | ns | | | ** | ** | ** | ns | * | ns | ns |
| Urbain | 1,108 ^{ns} | | | 0,774** | 0,785** | 0,743 ** | 0,803 ^{ns} | 0,801 ^{ns} | 0,790 ^{ns} | 0,787 ^{ns} | 0,787 ^{ns} | 0,783 ^{ns} | 0,794 ^{ns} | 0,770* | 0,778 ^{ns} | 0,778 ^{ns} |
| Rural | Réf | | | Réf |
| Ethnie de la mère | ns | | | | ns | * | * |
| Akan | 1,119 ^{ns} | | | | 1,225 ^{ns} | 1,419** | 1,497** | 1,418** | 1,439** | 1,49** | 1,493** | 1,487** | 1,470** | 1,498** | 1,561** | 1,560** |
| Krou | 1,105 ^{ns} | | | | 1,065 ^{ns} | 1,23 ^{ns} | 1,413 ^{ns} | 1,397 ^{ns} | 1,494 ^{ns} | 1,561* | 1,572* | 1,614* | 1,614* | 1,657* | 1,658* | 1,657* |
| Mandé | 1,030 ^{ns} | | | | 1,043 ^{ns} | 1,08 ^{ns} | 1,140 ^{ns} | 1,123 ^{ns} | 1,130 ^{ns} | 1,153 ^{ns} | 1,154 ^{ns} | 1,197 ^{ns} | 1,210 ^{ns} | 1,229 ^{ns} | 1,292 ^{ns} | 1,291 ^{ns} |
| Gur | 0,981 ^{ns} | | | | 1,002 ^{ns} | 1,068 ^{ns} | 1,089 ^{ns} | 1,083 ^{ns} | 1,069 ^{ns} | 1,068 ^{ns} | 1,066 ^{ns} | 1,053 ^{ns} | 1,061 ^{ns} | 1,082 ^{ns} | 1,067 ^{ns} | 1,067 ^{ns} |
| Etrangère/ Autres | Réf | | | | Réf |
| Religion | ns | | | | | ns |
| Musulman | Ref | | | | | Réf |
| Catholique | 0,904 ^{ns} | | | | | 0,824 ^{ns} | 0,826 ^{ns} | 0,819 ^{ns} | 0,815 ^{ns} | 0,832 ^{ns} | 0,829 ^{ns} | 0,849 ^{ns} | 0,865 ^{ns} | 0,813 ^{ns} | 0,836 ^{ns} | ,836 ^{ns} |
| Autres Chrétiens | 1,028 ^{ns} | | | | | 0,85 ^{ns} | 0,848 ^{ns} | 0,857 ^{ns} | 0,841 ^{ns} | 0,854 ^{ns} | 0,851 ^{ns} | 0,844 ^{ns} | 0,874 ^{ns} | 0,848 ^{ns} | 0,915 ^{ns} | ,914 ^{ns} |
| Animiste/ Autre | 0,879 ^{ns} | | | | | 0,742* | 0,755 ^{ns} | 0,756 ^{ns} | 0,745* | 0,739* | 0,739* | 0,705* | 0,725* | 0,726* | 0,711* | 0,711* |

| Variables et modalités | Effets bruts | Effets nets | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------|-------------|----|----|----|----|--------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 | M12 | M13 | M14 | |
| Niveau de vie du ménage | ns | | | | | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | |
| Très faible | 0,985 ^{ns} | | | | | | 1.754** | 1.799** | 1.876** * | 1.844** | 1.839** | 1.583* | 1.550* | 1.473ns | 1.587* | 1.587* | |
| Faible | 1,164 ^{ns} | | | | | | 2.197** * | 2.215** * | 2.297** * | 2.246** * | 2.246** * | 2.063** * | 1.991** * | 1.948** * | 2.154** * | 2.153*** | |
| Moyen | 1,089 ^{ns} | | | | | | 1.808** * | 1.836** * | 1.873** * | 1.866** * | 1.866** * | 1.765** | 1.731** | 1.753** | 1.849** * | 1.848*** | |
| Elevé | 1,365** | | | | | | 2.317** * | 2.382** * | 2.458** * | 2.488** * | 2.490** * | 2.312** * | 2.299** * | 2.248** * | 2.536** * | 2.534*** | |
| Très élevé | Réf | | | | | | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | |
| Cohabitation des conjoints | ns | | | | | | | ns | |
| Avec conjoint | 0,872 ^{ns} | | | | | | | 0,845 ^{ns} | 0,830 ^{ns} | 0,911 ^{ns} | 0,912 ^{ns} | 0,897 ^{ns} | 0,944 ^{ns} | 0,946 ^{ns} | 0,893 ^{ns} | 0,894 ^{ns} | |
| Seule | Réf | | | | | | | Réf | |
| Niveau d'instruction | ns | | | | | | | | ns | ns | ns | ns | ns | ns | ** | ** | |
| Aucun | 0,914 ^{ns} | | | | | | | | 0,835 ^{ns} | 0,874 ^{ns} | 0,878 ^{ns} | 0,838 ^{ns} | 0,808 ^{ns} | 0,802 ^{ns} | 0,725* | 0,725* | |
| Primaire | 0,839 ^{ns} | | | | | | | | 0,695 ^{ns} | 0,726* | 0,728* | 0,716* | 0,687** | 0,690** | 0,640** | 0,639** | |
| Secondaire et plus | Réf | | | | | | | | Réf | |
| Âge à l'accouchement | ns | | | | | | | | | ** | ns | ns | * | * | * | * | |
| Moins de 20 ans | Réf | | | | | | | | | | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | |
| 20 – 34 ans | 0,863 ^{ns} | | | | | | | | | | 0,843 ^{ns} | 0,849 ^{ns} | 0,850 ^{ns} | 0,841 ^{ns} | 0,820 ^{ns} | 0,797 ^{ns} | 0,798 ^{ns} |
| 35 ans et plus | 0,779* | | | | | | | | | | 0,620** | 0,621** | 0,623** | 0,597** | 0,576** | 0,596** | 0,597** |
| Parité | ns | | | | | | | | | | ns | ns | ns | ns | ns | ns | |
| Faible | Réf | | | | | | | | | | | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf | |
| Moyenne | 0,958 ^{ns} | | | | | | | | | | | 0,965 ^{ns} | 0,961 ^{ns} | 0,971 ^{ns} | 1,003 ^{ns} | 0,981 ^{ns} | 0,980 ^{ns} |
| Elevée | 0,983 ^{ns} | | | | | | | | | | | 1,005 ^{ns} | 1,002 ^{ns} | 1,005 ^{ns} | 1,009 ^{ns} | 1,001 ^{ns} | 1,000 ^{ns} |

| Variables et modalités | Effets bruts | Effets nets | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------------------|-------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|
| | | M0 | M1 | M2 | M3 | M4 | M5 | M6 | M7 | M8 | M9 | M10 | M11 | M12 | M13 | M14 |
| Exposition au discours médical | ns | | | | | | | | | | | *** | *** | *** | *** | *** |
| Non exposée | 1,114 ^{ns} | | | | | | | | | | | 1,368 ^{ns} | 1,354 ^{ns} | 1,372 ^{ns} | 1,364 ^{ns} | 1,364 ^{ns} |
| Faiblement | Réf | | | | | | | | | | | Réf | Réf | Réf | Réf | Réf |
| Fortement | 0,895 ^{ns} | | | | | | | | | | | 0,734 ^{**} * | 0,740 ^{**} * | 0,742 ^{**} * | 0,736 ^{**} * | 0,736 ^{***} |
| Exposition aux médias | ns | | | | | | | | | | | | ns | ns | * | * |
| Pas exposée | 0,999 ^{ns} | | | | | | | | | | | | 1,225 ^{ns} | 1,214 ^{ns} | 1,211 ^{ns} | 1,210 ^{ns} |
| Moyennement | 1,108 ^{ns} | | | | | | | | | | | | 1,374 ^{**} | 1,372 ^{**} | 1,394 ^{**} | 1,393 ^{**} |
| Plus exposée | Réf | | | | | | | | | | | | Réf | Réf | Réf | Réf |
| Sexe de l'enfant | ** | | | | | | | | | | | | | *** | *** | *** |
| Masculin | Réf | | | | | | | | | | | | | Réf | Réf | Réf |
| Féminin | 1,179 ^{**} | | | | | | | | | | | | | 1,451 ^{**} * | 1,483 ^{**} * | 1,482 ^{***} |
| Santé de l'enfant | ** | | | | | | | | | | | | | | *** | *** |
| Malade | Réf | | | | | | | | | | | | | | Réf | Réf |
| Pas malade | 1,179 ^{**} | | | | | | | | | | | | | | 1,800 ^{**} * | 1,801 ^{***} |
| Désirabilité de l'enfant | ns | | | | | | | | | | | | | | | ns |
| Désiré | 0,934 ^{ns} | | | | | | | | | | | | | | | 0,994 ^{ns} |
| Pas désiré | Réf | | | | | | | | | | | | | | | Réf |
| Chi2 | | 621,98 | 629,774 | 634,479 | 637,318 | 640,782 | 661,850 | 663,284 | 667,816 | 675,322 | 675,413 | 687,308 | 691,892 | 706,557 | 736,969 | 736,972 |
| Pr>Chi2 | | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** | *** |
| Note explicative : *** = Significatif au seuil de 1% ; ** = Significatif au seuil de 5% ; * = Significatif au seuil de 10% ; ns = Non significatif ; Réf = Modalité de référence | | | | | | | | | | | | | | | | |

Discussion

Comparé aux enfants dont les mères résident dans la région du Nord, ceux dont les mères résident dans les régions de l'Est et de l'Ouest courent respectivement environ 46% et 35% moins de risque de se voir priver d'un AME avant 6 mois. A l'opposé, les enfants dont les mères résident dans la capitale Abidjan courent environ 2 fois plus de risque de ne pas être allaités exclusivement que les enfants du Nord. Entre les enfants des mères résidant dans la région du Nord et ceux des régions du Centre et du Sud sans Abidjan, on constate que la différence de risque d'arrêt de l'AME est non significative. On peut donc dire que les enfants sont exclusivement allaités au sein sur une longue période dans les régions de l'Est et de l'Ouest que dans les régions du Centre, du Nord et du Sud (avec Abidjan). Le risque de ne pas être allaités exclusivement chez les enfants n'ayant pas été malade au cours des deux semaines précédant l'enquête est environ 1,8 fois plus grand que celui des enfants ayant été malades. En effet, pour les enfants qui ont manifesté de la toux, de la diarrhée ou de la fièvre, la durée de l'allaitement maternel a tendance à être souvent prolongée que lorsque ces derniers présentent des signes de bonne santé. Ce résultat, pourrait s'expliquer éventuellement selon trois pistes. La première, par le fait que les enfants qui ont manifesté ces signes de maladies tombent très souvent malades, si bien qu'ils sont considérés comme plus fragiles et vulnérables. Du coup, la mère qui est informée des bienfaits du lait maternel peut être motivée à allonger la durée de l'AME pour faire profiter son nourrisson. La seconde, par le fait qu'un enfant malade n'a pas l'appétit pour manger les aliments de compléments. Il est plus facile pour lui de consommer le lait maternel que d'autres aliments (préparations pour nourrisson, jus, tisanes, etc.). Vu sous cet angle, la mère devient alors obligée de nourrir son enfant uniquement de son lait. Ce qui contribue à faire durer l'AME. Enfin, la troisième, par le fait que les mères sont plus attentives à certaines recommandations (qui n'émanent pas obligatoirement des agents de la santé) selon lesquelles lorsque le bébé pleure, c'est peut-être parce qu'il est malade. Le premier soin à lui donner est le sein. Ou que Si un bébé a une diarrhée, il faut continuer l'allaitement, tout en lui donnant des solutions de réhydratation orale ou des préparations locales si nécessaire (Latham, 2001).

Il ressort du modèle final (M14) que par rapport aux enfants issus des ménages classés dans le quintile de niveau de vie très élevé, ceux des ménages classés dans le quintile de niveau de vie très faible et faible ont respectivement 1,59 et 2,15 fois plus de risque de ne pas être exclusivement nourris au sein ; alors que les enfants vivant dans les ménages classés dans le quintile de niveau de vie moyen et élevé ont respectivement 1,85 et 2,53 fois plus de risques de consommer des aliments de complément avant 6 mois. La durée de l'AME varie de façon non monotone avec le niveau de bien-être économique du ménage. Ce résultat diverge de celui de Diouf (2012). D'après cet auteur, l'augmentation du niveau de vie s'accompagne d'une augmentation du risque mensuel d'introduction des aliments de compléments dans l'alimentation des enfants. Nos résultats vont dans le même sens qu'une étude australienne qui montrait qu'en 2005, parmi les femmes du quintile le plus pauvre, 37,1% allaitaient à 6 mois tandis qu'elles étaient 66 % à allaiter dans le quintile le plus élevé (Amir et Donath, 2008). En effet, nos résultats révèlent que ce sont les mères des ménages classés dans le quintile le plus pauvre, qui courent plus de risque de ne pas allaiter exclusivement leurs enfants que leurs consœurs des ménages les plus riches. Cette situation pourrait s'expliquer par le fait que les femmes des milieux aisés tendent à s'adresser de manière préférentielle à leur pédiatre ou, à défaut, à un professionnel de la santé ou à consulter des supports écrits, tandis que dans les milieux populaires, elles s'adressent d'abord à leur propre mère ou une personne du voisinage. Or, les interlocuteurs spécialisés sont actuellement plutôt favorables à l'allaitement maternel.

Le sexe de l'enfant influence significativement la durée de l'AME. En effet, le risque de ne pas être exclusivement nourris au sein pendant 6 mois est environ 1,5 fois plus élevé chez les

nourrissons de sexe féminin que chez les nourrissons de sexe masculin. En d'autres termes, les filles ont moins de chance d'être exclusivement allaitées que les garçons. Cette discrimination en défaveur des filles n'a pas été observée dans les études de Lacombe (2006) et de Kouassi (2014). Selon les résultats de ces auteurs, il n'y a pas de disparités de la mise au sein et du mode d'allaitement selon le sexe. Par ailleurs, ce résultat est en contradiction avec celui de Kimani-Murage et *al.* (2011) qui était parvenu au résultat selon lequel les nouveau-nés de sexe masculin courent plus de risque d'être précocement initiés aux aliments de complément que les filles. Cette observation pourrait être attribuée au fait que dans de nombreuses sociétés en Afrique de l'Ouest, y compris en Côte d'Ivoire, une préférence est culturellement accordée aux garçons pour l'allaitement, l'alimentation et les soins de santé, au détriment des filles (Arnold, 1992 ; Ferry, 2007).

Nous avons également trouvé que les enfants dont les mères ont été fortement exposées au discours médical ont environ 26% moins de risque de consommer un aliment de complément avant 6 mois que ceux dont les mères sont faiblement exposées à ce discours. Autrement, les enfants des mères qui ont effectué au moins 4 CPN et ont été assistés lors de l'accouchement par un personnel de santé qualifié ont plus de chance d'être allaités exclusivement que les enfants des mères qui ont effectué moins de 4 CPN et qui n'ont pas toujours eu la chance d'être assistés par un professionnel de la santé pendant l'accouchement. Les Odds ratios associés aux mères pas du tout exposées (1,37) et aux mères fortement exposées (0,74) montrent que l'accroissement du degré d'exposition au discours médical augmente les chances d'être exclusivement nourri au lait maternel. Cette Observation est similaire à celle faite par Simard-Émond et *al.* (2011) et Traoré et *al.* (2014). En effet, ces chercheurs ont constaté que les mères qui avaient effectué 4 consultations prénatales ou plus avaient plus pratiqué l'AME que celles qui avaient effectué moins de 4 consultations prénatales ; et que ces consultations amélioraient le taux et la durée de l'allaitement. L'amélioration de l'allaitement maternel par les CPN et l'assistance pendant l'accouchement pourrait probablement s'expliquer par le fait que les femmes qui ont effectué plus de 3 CPN et qui ont été assistés par un professionnel de la santé durant l'accouchement ont eu plus d'occasion de suivre les conseils pro AME des professionnels de la santé.

Les résultats révèlent aussi que le niveau d'instruction de la mère est pertinent pour expliquer la durée de l'AME. En effet, par rapport aux enfants de mères de niveau d'instruction secondaire ou plus, les enfants de mères de niveau d'instruction primaire courent environ 36% moins de risque de ne pas être allaités exclusivement et ceux dont les mères sont sans niveau d'instruction courent aussi 27% moins de risque. En d'autres termes, les femmes de niveau d'instruction primaire allaitent exclusivement et plus longtemps que les femmes de niveau d'instruction secondaires ou plus. Ce résultat est contraire au constat fait par d'autres auteurs à savoir Lacombe (2006), Ogunlesi (2010), Traoré et *al.* (2014) et Ben Salma et *al.* (2010) qui ont trouvé que les mères instruites sont plus susceptibles d'avoir un meilleur accès et une meilleure utilisation de l'information que les mères ayant un faible niveau d'instruction, ce qui favoriserait la pratique de l'AME. Cette situation tend à différer de ce qui a été la réalité dans les pays en développement depuis de longues années, où les nouveau-nés de mères illettrées avaient plus de chance d'être allaités que ceux dont la mère avait suivi plusieurs années d'études. Ce résultat pourrait trouver raison d'abord dans le fait que les femmes, même avec un niveau d'instruction élevé, ne sont pas suffisamment informées des avantages du lait maternel. Car ce sont des informations qui ne sont pas fournies par le système éducatif ivoirien. Elles sont à rechercher ailleurs. Ensuite les femmes plus instruites sont beaucoup plus représentées parmi celles qui occupent les emplois rémunérés. Ces mères allaitantes occupées et travaillant hors du ménage sont généralement tentées d'écourter la durée de l'allaitement à cause de la difficulté qu'elles éprouvent à lier rôle de travailleur et rôle de mère allaitante. En outre, le manque de

lieux propices à l'allaitement dans les services et les entreprises et d'heure de récréation consacrée à l'allaitement font qu'elles sont contraintes à gérer comme bon leur semble la nutrition de leurs enfants. Ces contraintes incitent certaines mères à intégrer très tôt des aliments de complément dans l'alimentation des nourrissons

Limites de l'étude

Le fait que nous avons des données secondaires et que l'information concernant l'allaitement a été collectée sur la base du rappel du jour précédent constituent les principales limites de notre étude dans la mesure où cette approche ne permet pas de saisir l'âge auquel l'enfant a cessé d'être exclusivement allaité au sein. L'absence cette variable nous a contraint à ne considérer que la date de l'enquête comme la date de fin d'observation. Par conséquent, nous n'avons pas pu saisir convenablement tous les cas de troncatures à droite au niveau de l'estimation des courbes de survie actuarielle (au niveau de l'analyse descriptive bivariée). Par ailleurs, les variables relatives au conjoint ou au partenaire, au milieu de socialisation et à l'occupation de la mère ne sont pas pris en compte dans l'étude à cause de certaines difficultés techniques pour les unes et de l'indisponibilité pour les autres.

Conclusion

Nos résultats ont montré, au niveau descriptif, que le nombre de consultations prénatales et le fait d'avoir été assistée pendant l'accouchement par une personne qualifiée, l'âge à l'accouchement et le sexe de l'enfant sont significativement associés à la durée de l'AME. Les enfants des milieux urbains, vivant dans des ménages ayant un bien-être économique élevé, dont les mères sont beaucoup instruites avec moins de 4 enfants et fortement exposées aux médias et au discours médical sur l'allaitement sont ceux qui n'avaient pas bénéficié d'un allaitement exclusif au moment de l'enquête. Au niveau explicatif, les facteurs de la non pratique de l'allaitement exclusif, rangés par ordre décroissant de leur pouvoir explicatif sont la région de résidence, l'état de santé de l'enfant, le niveau de vie du ménage, le sexe de l'enfant, l'exposition de la mère au discours médical et le niveau d'instruction de la mère. L'amélioration de la pratique de l'AME en Côte d'Ivoire exige de renforcer les capacités des professionnels de la santé en termes de conseil et d'aide à fournir aux mères pour les faire adhérer dans un premier temps à la pratique de l'AME, ensuite de maintenir la pratique jusqu'au délai recommandé et ce, quel que soit l'état de santé et le sexe de l'enfant.

Références

- AMIR L. H. et DONATH S. M. (2008), « Socioeconomic status and rates of breastfeeding in Australia: evidence from three recent national health surveys. », *Medical Journal of Australia*, Vol. 189, n°5, pp. 254-256.
- ANTOINE P. et BOCQUIER P. (1995), « L'apport de l'analyse des biographies aux sciences sociales », *Chronique du SUD*, Vol. 14, pp. 109-117.
- ARNOLD F. (1992), « Sex preference and its demographic and health implications », *International Family Planning Perspectives*, Vol. 18, n°3, pp. 93-101.
- BEN SALMA F. et al. (2010), « Allaitement maternel exclusif et allaitement mixte : connaissances, attitudes et pratiques des mères primipares », *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 16, n°6, pp. 630-635.
- BENINGUISSE G. (2003), *Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographique de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, thèse de Doctorat en Démographie, Université Catholique de Louvain,

- Département des Sciences de la Population et du Développement, Institut de démographie, Louvain-la-Neuve, 295 p.
- DIOUF I. (2012), *Facteurs explicatifs de la durée de l'allaitement maternel exclusif au Sénégal*, Mémoire de Master Professionnel en Démographie, Université de Yaoundé II, IFORD, 87 p.
- FERRY B. (2007), *L'Afrique face à ses défis démographiques : un avenir incertain*, Karthala-CEPED-AFD, Paris, 384 p.
- INS (Institut National de la statistique) (2017), *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2016*, Rapport des résultats clés, Côte d'Ivoire, 410 p.
- KIMANI-MURAGE E. W. et al. (2011), « Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices in urban informal settlements, Nairobi Kenya », *BMC Public Health*, Vol. 11, n°396, 11 p.
- KOUASSI K. F. (2014), « Approche anthropologique de l'allaitement maternel exclusif en Côte d'Ivoire : connaissances, attitudes et pratiques des mères », *Revue Africaine d'Anthropologie, Nyansa-Pô*, n°16, pp. 44-56.
- LACOMBE M. (2006), *Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant : rôle des interactions mère-enfant, de la dépression postnatale et du tempérament de l'enfant*, Thèse de Doctorat en Sciences Infirmières, Université de Montréal, 217 p. + annexes.
- LATHAM M. C. (2001), *La nutrition dans les pays en développement*, FAO, Université de Cornell, Ithaca, New York, 515 p.
- MAÏGA A. (2016), *Migration, pauvreté et santé des enfants en contexte urbain : Perspective longitudinale et multi-niveaux à Ouagadougou, Burkina Faso*, Thèse de Doctorat en Sciences Politiques et Sociales (Démographie), Université Catholique de Louvain, 237 p +annexes.
- MSHP (Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique) (2016), *Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2016-2020*, Côte d'Ivoire, 68 p.
- MSLS (Ministère de la Santé et de la Lutte contre le Sida) (2012), *Plan national de développement sanitaire 2012-2015*, Côte d'Ivoire, 92 p.
- OGUNLESI T. A. (2010), « Maternal Socio-Demographic Factors Influencing the Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in a Nigerian Semi-Urban Setting », *Maternal and Child Health Journal*, Vol. 14, n°3, pp. 459-465.
- SIMARD-ÉMOND L. et al. (2011), « Obstétriciens-gynécologues et allaitement maternel : pratique, attitudes, formation et connaissance », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, Vol. 32, n°2, pp. 145-152.
- TRAORE M. et al. (2014), « Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 24 mois à Bamako », *Santé Publique*, Vol. 26, n°2, pp. 259-265.
- TURCK D et al. (2013), « Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère = Breastfeeding: health benefits for child and mother », *Archives de Pédiatrie*, Vol. 20, n°2, pp. 29-48.
- UNICEF (2010), *Allaitement*, https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html consulté le 23/03/2019.
- UNICEF et OMS (2018), *Saisir le moment – La mise au sein précoce : le meilleur point de départ pour chaque nouveau-né*. New York, 42 p.
- VICTORA C. G. et al. (2016), « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », *The Lancet*, Vol. 387, n°10017, pp. 475 – 490. [En ligne] Disponible sur : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7) consulté le 20/06/2019.