

Facteurs associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 6 à 23 mois :

Etude menée dans la zone de santé de Muya, Province du Kasai Oriental en RD Congo.

Factors associated with the discontinuation of exclusive breastfeeding among mothers of children aged 6 to 23 months: Study conducted in the Muya health zone, Kasai Oriental Province in DR Congo).

Jean KABONGO BANZA¹, Nestor TSHIVUADI KABONGO², Matthieu LUBO MUMBIYI³, Guillaume TSHIBANDA ILUNGA¹, Jean Paul Koto-Te-Nyiwa NGBOLUA⁴, Pierre Célestin MUTINSUMU MUFENG⁵,

¹Section Science des Aliments, Nutrition-Diététique, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujiyayi, Mbujiyayi, R.D. Congo.

²Section Techniques de Laboratoire/Biologie Médicale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujiyayi, Mbujiyayi, R.D. Congo.

³Section Science des Aliments, Nutrition-Diététique, Institut Supérieur Pédagogique de Mwene-Ditu, Mwene-Ditu, R.D. Congo.

⁴Mention Sciences de la Vie, Faculté des Sciences, Université Kinshasa, Kinshasa, R.D. Congo.

⁵Section Science des Aliments, Nutrition-Diététique, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, R.D. Congo.

RESUME:

Dans la zone de santé de Muya, la pratique de l'Allaitement Maternel Exclusif (AME) demeure insuffisante, contribuant à la persistance de la malnutrition et des maladies infantiles. Cette étude visait à identifier les facteurs associés à l'interruption de l'AME chez les mères d'enfants de 6 à 23 mois. Il s'agit d'une étude transversale analytique à approche quantitative réalisée auprès de 422 mères d'enfants de 6 à 23 mois. Les participantes ont été sélectionnées par un échantillonnage probabiliste à plusieurs degrés : sélection aléatoire des aires de santé, puis des avenues, des ménages et enfin d'une mère éligible par ménage. Les données ont été collectées à l'aide d'un questionnaire structuré et analysées sous SPSS version 23. Les associations ont été évaluées par régression logistique bivariée et multivariée. Les résultats sont exprimés en odds ratios avec leurs intervalles de confiance à 95 % (IC95 %). Le seuil de significativité statistique a été fixé à $p < 0,05$. Cette étude met en évidence le rôle déterminant des croyances maternelles, du soutien familial et de l'accompagnement des services de santé dans le maintien de l'AME. Elle recommande le renforcement du conseil prénatal et postnatal, des activités de sensibilisation communautaire ainsi que l'implication des familles afin d'améliorer durablement les pratiques d'alimentation du nourrisson et de contribuer à la réduction de la malnutrition infantile dans la zone de santé de Muya.

Mots clés : allaitement maternel exclusif, interruption, facteurs associés, mère, enfant.

ABSTRACT :

Muya health zone, the practice of breastfeeding remains insufficient, contributing to the persistence of malnutrition and childhood illnesses. This study aimed to identify the factors associated with the interruption of breastfeeding among mothers of children aged 6 to 23 months. This was a cross-sectional analytical study using a quantitative approach, conducted with 422 mothers of children aged 6 to 23 months. Participants were selected using multi-stage probability sampling: random selection of health districts, then avenues, households, and finally one eligible mother per household. Data were collected using a structured questionnaire and analyzed using SPSS version 23. Associations were assessed using bivariate and multivariate logistic regression. Results are expressed as odds ratios with their 95% confidence intervals (95% CI). The threshold for statistical significance was set at $p < 0.05$. This study highlights the crucial role of maternal beliefs, family support, and health services in maintaining healthy infant feeding practices. It recommends strengthening prenatal and postnatal counseling, community awareness activities, and family involvement to sustainably improve infant feeding practices and contribute to reducing child malnutrition in the Muya health zone.

Keywords: exclusive breastfeeding, interruption, associated factors, mother, children.

*Adresse des Auteur(s)

Jean KABONGO BANZA, Section Science des Aliments, Nutrition-Diététique, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujiyayi, Mbujiyayi, R.D. Congo ;

E-mail : jeankabongo2023@gmail.com

Tél : +243 857379488 ;

Nestor TSHIVUADI KABONGO, Section Techniques de Laboratoire/Biologie Médicale, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujiyayi, Mbujiyayi, R.D. Congo ;

Matthieu LUBO MUMBIYI, Section Science des Aliments, Nutrition-Diététique, Institut Supérieur Pédagogique de Mwene-Ditu, Mwene-Ditu, R.D. Congo ;

Guillaume TSHIBANDA ILUNGA, Section Science des Aliments, Nutrition-Diététique, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Mbujiyayi, Mbujiyayi, R.D. Congo ;

Jean Paul Koto-Te-Nyiwa NGBOLUA, Mention Sciences de Vie, Faculté des Sciences, Université de Kinshasa, Kinshasa, R.D. Congo ;

Pierre Célestin MUTINSUMU MUFENG, Section Science des Aliments Nutrition Diététique, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Kinshasa, R.D. Congo.

I. INTRODUCTION

L'allaitement maternel exclusif (AME) se définit comme l'alimentation du nourrisson uniquement par le lait maternel, sans apport d'eau, de liquides ou d'aliments solides, à l'exception des solutions de réhydratation orale, des vitamines ou des médicaments prescrits en cas de nécessité. Cette pratique présente des bénéfices multiples tant pour l'enfant que pour la mère. Le lait maternel constitue l'aliment le plus adapté au nourrisson, car il fournit l'ensemble des nutriments indispensables à sa croissance et contribue au renforcement de son système immunitaire. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF recommandent l'initiation de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance et son maintien de manière exclusive durant les six premiers mois. Par la suite, une alimentation complémentaire

Facteurs associés à l'interruption de l'allaitement ...

appropriée doit être introduite progressivement, tout en poursuivant l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà (Chang et al., 2019).

Selon l'OMS et l'UNICEF, l'allaitement maternel exclusif demeure une priorité mondiale en matière de santé publique. Au cours des douze dernières années, sa pratique chez les nourrissons de moins de six mois a progressé de manière notable, atteignant 48 % en 2024, soit plus de dix points de hausse. Cette avancée rapproche la communauté internationale de l'objectif fixé par l'OMS : parvenir à un taux d'au moins 50 % d'ici 2025. Néanmoins, une majorité d'enfants ne bénéficie toujours pas de cette alimentation essentielle durant leurs premiers mois de vie. Les deux organismes rappellent que le renforcement de l'allaitement pourrait éviter chaque année plus de 820 000 décès d'enfants de moins de cinq ans, grâce à ses effets protecteurs contre les infections, la malnutrition et la mortalité infantile. Ils recommandent donc de renforcer les politiques de soutien, notamment par la protection des droits liés à la maternité, l'accompagnement des mères dans les structures de santé et la création de milieux professionnels favorables à cette pratique (OMS et UNICEF, 2024).

En Afrique subsaharienne, l'allaitement maternel exclusif inapproprié demeure un problème de santé publique majeur, responsable de 55 à 75 % des décès infantiles. Cette mortalité occasionne par ailleurs une perte économique estimée à 6 % du PIB dans les pays de la région. La prévalence de l'allaitement exclusif (initiation précoce et maintien chez les enfants de moins de six mois) varie considérablement selon les pays, allant de 5 % au Tchad à 86 % au Rwanda. Cette hétérogénéité s'explique par une combinaison de facteurs sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, statut matrimonial, profession, indice de richesse, région de résidence, sexe de l'enfant, parité), de variables liées au recours aux soins de santé (consultations prénatales, lieu et mode d'accouchement), ainsi que de déterminants environnementaux et culturels. La faible prévalence globale de l'allaitement exclusif, estimée à 34 %, constitue un défi alarmant qui requiert des interventions robustes afin de réduire la mortalité infantile et ses répercussions économiques dans la région, laquelle enregistre les taux de mortalité les plus élevés attribuables à l'insuffisance de cette pratique (Koray et al., 2025).

En République Démocratique du Congo, les résultats de l'Enquête Démographique et de Santé (EDS 2023-2024) indiquent que seulement 52 % des nourrissons de moins de six mois bénéficient d'un allaitement maternel exclusif. Dans certaines zones urbaines, notamment dans la ville de Mbuji-Mayi, les pratiques consistant à introduire précocement l'eau ou d'autres aliments avant l'âge de six

mois demeurent encore fréquentes (Ministère de la Santé Publique, 2024).

La pratique de l'allaitement maternel exclusif demeure préoccupante et reste largement en deçà des recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en République Démocratique du Congo. Les résultats de l'étude indiquent qu'une proportion importante d'enfants n'est pas exclusivement allaitée jusqu'à l'âge de six mois, traduisant une interruption précoce fréquente. La durée médiane de l'allaitement exclusif apparaît relativement courte, et plusieurs facteurs liés aux caractéristiques maternelles, aux pratiques obstétricales en maternité ainsi qu'au déficit de soutien et de conseils adaptés contribuent à cette situation. Par ailleurs, l'exposition des mères à des interventions de promotion de l'allaitement, notamment par le biais des services de santé, est associée à une amélioration significative de la pratique. Ces constats mettent en évidence l'ampleur du problème en RDC et soulignent l'urgence de renforcer les stratégies de promotion, de protection et de soutien à l'allaitement maternel exclusif afin de réduire la morbidité et la mortalité infantiles (E-Andjafono et al., 2020).

Dans ce contexte, une compréhension fine des normes sociales et des déterminants culturels liés à l'allaitement maternel est essentielle pour concevoir des interventions réellement adaptées au contexte local. L'étude de ces éléments met en lumière les croyances, les attentes et les influences communautaires qui peuvent encourager ou freiner l'adoption de pratiques optimales. En intégrant ces dimensions dans les programmes de santé publique, il devient possible d'améliorer durablement les taux d'allaitement maternel exclusif et de réduire la morbidité ainsi que la mortalité infantile.

L'allaitement maternel exclusif représente un enjeu central de santé publique, dont la promotion exige une approche adaptée au contexte et mobilisant plusieurs secteurs. La prise en compte des facteurs socioculturels, notamment dans des milieux spécifiques comme les communautés rurales ou militaires, constitue une condition incontournable pour accroître l'efficacité des politiques et des interventions destinées à améliorer la prévalence de cette pratique.

Au regard de ce qui précède, une question mérite d'être posée, à savoir quels sont les facteurs associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants âgés de 6 à 23 mois dans la zone de santé de Muya ?

Pour répondre à cette question, nous nous étions assigné les objectifs spécifiques suivants : déterminer la prévalence de l'allaitement maternel exclusif dans la zone de santé de Muya ; décrire les caractéristiques sociodémographiques des

mères ; et identifier les facteurs obstétricaux associés à l'interruption de l'AME.

II. MATERIEL ET METHODES

Il s'agit exclusivement d'une étude transversale à visée analytique utilisant l'approche quantitative, basée sur l'administration d'un questionnaire semi-structuré permettant de décrire le niveau de l'allaitement maternel exclusif et d'analyser les relations entre les facteurs associés et l'interruption de l'allaitement maternel exclusif.

La population d'étude est constituée de mères d'enfants âgés de 6 à 23 mois habitant la zone de santé de Muya. La taille de l'échantillon est de 422 mères d'enfants âgés de 6 à 23 mois, réparties dans les 8 aires de santé de la zone de santé de Muya.

L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Elle a comporté : Une analyse descriptive (fréquences, pourcentages), une analyse bivariable et une analyse multi variée pour identifier les associations entre les variables étudiées ; et le seuil de signification statistique a été fixé à $p < 0,05$.

Par ailleurs, les principes d'anonymat et de confidentialité ont été respectés et l'étude a reçu l'avis du Comité de Bioéthique sous référencement 108/CBE/ISTM/KIN/RDC/PMBBL/2026 de l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa.

III. RESULTATS

III.1. Analyse descriptive

Les caractéristiques sociodémographiques des mères participantes sont présentées au tableau 1.

Tableau 1 : Répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques

Variable	Fréquence (n=422)	%
Age de la mère	≤ 27 ans	186
	> 27 ans	236
Niveau d'étude	Aucun	53
	Primaire	70
	Secondaire	255
	Supérieur	44
Situation matrimoniale	Célibataire	13
	Divorcée	9
	Mariée	395
	Veuve	5
Profession	Libérale	13
	Commerçante	181
	Fonctionnaire	43
	Ménagère	185

Les résultats de ce tableau montrent que la majorité des mères ont plus de 27 ans (55,9%). Le niveau d'étude prédominant

est secondaire (60,4%) ce qui traduit une population relativement instruite. Sur le plan matrimonial, la quasi-totalité des participantes sont mariées (93,6%). Concernant la profession, deux catégories dominent : les commerçantes (42,9%) et les ménagères (43,8%). Cette répartition suggère que la population étudiée est majoritairement adulte, mariée et engagée dans les activités informelles ou domestiques.

La répartition des cas selon les facteurs obstétricaux est donnée au tableau 2 suivant.

Tableau 2 : Répartition des cas selon les facteurs obstétricaux

Facteurs obstétricaux	Fréquence (n=422)	%
Poids de naissance	Petit poids de naissance	44
	Poids normal	378
Lieu d'accouchement	Centre de santé	259
	Hôpital	163
Mode d'accouchement	Voie basse	384
	Césarienne	38

A la lumière de ce tableau, nous observons que la majorité des enfants avaient un poids normal à la naissance (89,6%). La plupart des accouchements avaient eu lieu dans un centre de santé (61,4%) et par voie basse (91%). Ces données traduisent une bonne couverture sanitaire et une prédominance des accouchements non compliqués.

Facteurs associés à l'interruption de l'allaitement ...

Le tableau 3 suivant donne la répartition des cas selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

Tableau 3 : Répartition des cas selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Pratique de l'allaitement maternel exclusif		Fréquence (n=422)	%
Avoir mis l'enfant au sein dans l'heure qui suit l'accouchement	Oui	358	84,8
	Non	64	15,2
L'enfant a-t-il reçu uniquement le lait maternel pendant les 6 premiers mois	Oui	252	59,7
	Non	170	40,3
Si non, quel aliment ou liquide a été introduit ?		Fréquence (n : 170)	
A quel âge avez-vous introduit cet aliment ?	Eau	48	28,2
	Bouillie	109	64,1
	Lait artificiel	51	30,0
	Jus	2	1,2
	1 mois	21	12,4
	2 mois	32	18,8
	3 mois	56	32,9
	4 mois	41	24,1
	5 mois	20	11,8
Si avant 6 mois, quelles sont les raisons qui vous ont poussé à introduire un autre aliment ?	Pleurs incessants de l'enfant	109	64,1
	Insuffisance du lait maternel ;	76	44,7
	Reprise du travail	35	20,6
	Refus de tétée de l'enfant	11	6,5
	Conseils des grands-mères ou belles-mères.	9	5,3
	Douleurs mammaires, crevasses, mastites	6	3,5
	Croyance que certains aliments préviennent ou traitent des maladies	4	2,4
	Autres à préciser	1	0,6

Dans ce tableau on constate qu'une proportion élevée de mères (84,8%) ont mis l'enfant au sein dans l'heure suivant l'accouchement, ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS. Cependant, seulement 59,7% des enfants ont reçu exclusivement le lait maternel pendant les 6 premiers mois de vie. Les principaux aliments introduits précocement sont la bouillie (64,1%), le lait artificiel (30%) et l'eau (28,2%). L'introduction survient surtout vers le 3e mois (32,9%). Les raisons invoquées sont principalement les pleurs incessants (64,1%) et l'insuffisance perçue du lait maternel (44,7%). Cela traduit une persistance de croyance et de contraintes sociales influençant la pratique de l'allaitement maternel exclusif.

III.2. Analyse bivariée

L'analyse bivariée est une méthode statistique qui permet d'étudier la relation entre deux variables, généralement une variable dépendante (issue) et une variable indépendante (facteur explicatif). Son objectif est de déterminer si une association existe entre ces deux variables et d'en apprécier la force et la signification statistique.

Tableau 4 : Répartition des cas selon les facteurs sociodémographiques et l'interruption de l'allaitement maternel exclusif

Caractéristiques sociodémographiques		Interruption de l'allaitement maternel exclusif		X ²	p	SIGN.
		Oui (n=252)	Non (n=170)			
Age de la mère	≤ 27 ans	120	66	3,186 ^a	0,074	NS
	> 27ans	132	104			
	Aucun	29	24			
Niveau d'étude	Primaire	38	32	2,841 ^a	0,417	NS
	Secondaire	155	100			
	Supérieur	30	14			
Profession	Libérales	1	12	22,117 ^a	0,000	S
	Commerçantes	119	62			
	Fonctionnaires	31	12			
	Ménagères	101	84			
Statut matrimonial	Célibataires	7	6	4,186 ^a	0,242	NS
	Divorcées	8	1			
	Mariées	235	160			
	Veuves	2	3			

Dans ce tableau, nous remarquons que l'âge de la mère n'est pas significativement associé à l'interruption de l'AME ($p=0,074$). La profession est fortement liée : les commerçantes interrompent plus fréquemment l'AME ($p=0,000$). De l'autre côté, le statut matrimonial n'a pas montré l'association significative. Cela suggère que l'activité professionnelle, notamment commerciale, constitue un facteur de risque majeur.

En analysant les résultats de ce tableau, nous observons que les facteurs indépendamment associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif sont l'accouchement par voie basse (OR=0,2 ; effet protecteur), la naissance avec poids normal (OR= 6,0) et la profession (commerçantes, fonctionnaires et ménagères) présentent des OR très faibles, traduisant un effet protecteur par rapport à d'autres catégories

Tableau 5 : Répartition des cas selon les facteurs obstétricaux et l'interruption de l'allaitement maternel exclusif

Informations sur l'enfant		Interruption de l'allaitement maternel exclusif		X ²	P	SIGN.
		Oui (n=252)	Non (n=170)			
Poids à la naissance	Petit poids de naissance	35	9	8,029 ^a	0,005	S
	Poids normal	217	161			
Lieu d'accouchement	Centre de santé	152	107	0,295 ^a	0,587	NS
	Hôpital	100	63			
Mode d'accouchement	Voie basse	223	161	4,784 ^a	0,029	S
	Césarienne	29	9			

Dans ce tableau, nous remarquons que le sexe de l'enfant n'a pas d'influence significative. En revanche, le petit poids de naissance est associé à une interruption plus fréquente ($p=0,005$). De même, le mode d'accouchement par césarienne est lié à une interruption précoce ($p=0,029$). Ces résultats traduisent l'impact des conditions périnatales sur la continuité de l'allaitement maternel exclusif.

Tableau 6 : Répartition des cas selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif et l'interruption de l'allaitement maternel exclusif

Pratique de l'allaitement maternel exclusif		Interruption de l'allaitement maternel exclusif		X ²	P	SIGN.
		Oui (n=252)	Non (n=170)			
Avoir mis l'enfant au sein dans l'heure qui suit l'accouchement	Oui	234	124	31,297 ^a	0,000	S
	Non	18	46			

En analysant les résultats de ce tableau, nous remarquons que le fait de mettre l'enfant au sein dans l'heure suivant l'accouchement est fortement associé à la poursuite de l'allaitement maternel exclusif ($p=0,000$). Les mères qui n'ont pas respecté cette pratique interrompent plus souvent l'allaitement maternel exclusif. Ce résultat confirme l'importance du démarrage précoce de l'allaitement maternel exclusif.

III.3. Analyse multivariée

Tableau 7 : Répartition des cas selon les facteurs associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif

Facteurs associés à l'interruption de l'AME	p-value	ORa [IC95%]
L'accouchement par voie basse	0,037	0,2 [0,09-0,92]
Naissance du bébé de poids normal	0,002	6,0 [1,91-18,80]
Les commerçantes	0,000	0,01 [0,00-0,15]
Les Fonctionnaires	0,000	0,01 [0,00-0,13]
Les ménagères	0,001	0,03 [0,00-0,26]

IV. DISCUSSION

Dans cette partie, nous avons mis en parallèle les résultats issus des enquêtes portant sur les facteurs liés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants de 6 à 23 mois dans la zone de santé de Muya, avec ceux obtenus par d'autres chercheurs, afin d'en apprécier la validité et la fiabilité.

IV.1. Résultats relatifs aux facteurs sociodémographiques

Les résultats consignés dans le tableau I de cette étude montrent que la majorité des mères ont plus de 27 ans (55,9%). La prédominance des femmes adultes pourrait s'expliquer par le fait que les femmes plus âgées ont généralement une plus grande expérience de maternité ainsi qu'un recours plus fréquent aux services de santé maternelle. Des résultats similaires ont été rapportés par Wang et al. (2021) en RDC, où l'âge moyen des mères enquêtées variait autour de 27 à 30 ans dans l'étude sur l'utilisation des services de santé maternelle. Cette similarité pourrait être liée

Facteurs associés à l'interruption de l'allaitement ...

au fait que les femmes adultes sont plus exposées aux consultations prénatales et aux structures de santé que les adolescentes.

Le niveau d'étude prédominant est le secondaire (60,4%) ce qui traduit une population relativement instruite, capable de mieux comprendre les messages de sensibilisation sanitaire ou nutritionnel et les recommandations des professionnels de santé. Ces observations concordent avec celles de Wang et al. (2021), qui ont montré qu'un niveau d'instruction secondaire ou supérieur favorisait davantage d'utilisation des services de santé maternelle en RDC. Les autres soulignent que l'éducation améliore les comportements de recherche des soins ainsi que la compréhension des informations sanitaires.

Sur le plan matrimonial, la quasi-totalité des participantes étaient mariées (93,6%). Cette forte proportion pourrait s'expliquer par le contexte socioculturel africain dans lequel la maternité survient le plus souvent dans le cadre du mariage. Des résultats comparables ont été retrouvés au Sénégal par une étude réalisée à Kaolack en 2023, où 96,5% des mères étaient mariées. Les auteurs expliquent cette situation par la stabilité familiale et l'appui du conjoint dans le suivi de la grossesse et des soins maternels. (Gueye et al. (2023).

En ce qui concerne la profession, deux catégories dominent : les commerçantes (42,9%) et les ménagères (43,8%). Cette situation montre que la majorité des femmes évoluent dans le secteur informel ou dans les activités domestiques. Des observations similaires ont été faites dans plusieurs études africaines sur la santé maternelle, notamment celle réalisée à Kaolack où plus de la moitié de femmes étaient au foyer. Cette réalité pourrait s'expliquer par le faible niveau d'emploi formel chez les femmes dans les pays en développement. (Gueye et al. (2023).

De manière générale, cette répartition des cas selon les caractéristiques sociodémographiques suggère que la population étudiée est majoritairement adulte, mariée et engagée dans les activités informelles ou domestiques.

IV.2. Résultats relatifs aux facteurs obstétricaux

Les résultats du tableau II relatifs à la répartition des cas selon les facteurs obstétricaux, nous avons constaté que la majorité des enfants avaient un poids normal à la naissance (89,6%). Ce résultat traduit une situation relativement favorable de la santé maternelle et néonatale dans la population étudiée. Des résultats similaires ont été rapportés par Kangulu et al. (2014) à Kamina en RDC, où la majorité des nouveau-nés présentaient également un poids normal à la naissance, tandis que les cas de faible poids représentaient une minorité des accouchements. Les auteurs soulignent que

le suivi prénatal régulier et les bonnes conditions de grossesse contribuent significativement à réduire le risque de faible poids de naissance.

Par ailleurs, la plupart des accouchements ont eu lieu dans un centre de santé (61,4%). Ce constat témoigne d'une utilisation relativement satisfaisante des services de santé maternelle. Ces observations concordent avec les données rapportées dans plusieurs études africaines qui montrent une amélioration progressive du recours aux structures sanitaires pour l'accouchement grâce aux campagnes de sensibilisation et au renforcement des programmes de santé maternelle. Wang et al. (2021) en RDC ont également démontré que l'accès aux structures de santé est favorisé par le niveau d'instruction des mères et le suivi des consultations prénatales. Cette fréquentation des formations sanitaires contribue à la réduction des complications maternelles et néonatales.

Enfin, cette étude montre une forte prédominance des accouchements par voie basse (91%). Ce résultat est proche de celui rapporté par Mukuku et al. (2014) à Lubumbashi, où les accouchements par voie basse représentaient la majorité des naissances observées. De manière similaire, Aubin et al. (2023) ont rapporté un taux de 91,1 % d'accouchements par voie basse dans leur recherche sur les transferts néonataux dans la même ville. Cette forte proportion s'explique par la fréquence élevée des grossesses évoluant normalement, sans indication obstétricale de césarienne. La voie basse demeure ainsi le mode d'accouchement physiologique le plus courant dans les maternités africaines. Ces données traduisent non seulement une prédominance des accouchements non compliqués, mais également une amélioration progressive de l'accès aux soins maternels et néonataux dans le contexte étudié.

IV.3. Résultats relatifs à la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Les résultats du tableau III relatifs à la répartition des cas selon la pratique de l'allaitement maternel exclusif nous montrent qu'une proportion élevée de mères (84,8%) ont mis l'enfant au sein dans l'heure suivant l'accouchement, ce qui est conforme aux recommandations de l'OMS. Ce résultat traduit une amélioration des pratiques d'initiation précoce de l'allaitement maternel dans notre milieu. Des résultats comparables ont été rapportés par Ekholuenetale et Barrow (2021) dans une analyse portant sur 35 pays d'Afrique subsaharienne où l'initiation précoce de l'allaitement maternel était associée à une réduction significative de la mortalité infantile. Les auteurs soulignent que l'allaitement précoce favorise le renforcement de l'immunité néonatale et améliore la survie de l'enfant. De même, Kambale et al. (2018) à Bukavu en RDC ont montré que l'initiation tardive

de l'allaitement restait fréquente dans certaines maternités, malgré les recommandations sanitaires internationales.

Cependant, bien que l'initiation précoce de l'allaitement soit satisfaisante dans cette étude, seuls 59,7% des enfants ont reçu exclusivement le lait maternel pendant les 6 premiers mois de vie. Ce résultat reste supérieur à celui rapporté par Babakazo et al (2015) à Kinshasa, où seulement 2,8% des nourrissons étaient encore exclusivement allaités à l'âge de six mois. Les auteurs identifiaient comme principaux facteurs d'abandon précoce de l'allaitement maternel exclusif le manque de confiance des mères dans leur capacité à allaiter, l'insuffisance de connaissances sur l'allaitement et l'absence de soutien adéquat après accouchement. Les résultats montrent également une introduction précoce d'autres aliments et liquides, notamment la bouillie (64,1%), le lait artificiel (30%) et l'eau (28,2%), principalement dès le troisième mois de vie. Des observations similaires ont été faites par Yotebieng et al (2013) à Kinshasa, où plusieurs nourrissons recevaient déjà de l'eau, du lait artificiel ou de la bouillie avant l'âge de six mois. Les auteurs rapportaient que ces pratiques étaient largement influencées par certaines croyances culturelles selon lesquelles l'enfant aurait besoin d'eau pour faciliter la digestion ou calmer la faim.

Dans la même perspective, Burns et al (2016) au sud Kivu ont montré que la faible prévalence de l'allaitement maternel exclusif était liée à la pauvreté, à la charge de travail maternelle élevée ainsi qu'à la perception d'une insuffisance du lait maternel. Ces auteurs soulignent également que l'introduction précoce d'aliments complémentaires reste fortement enracinée dans les habitudes alimentaires locales. De même, Ojofeimi et al. (1999) au Nigéria avaient déjà rapporté une administration précoce d'eau et de bouillie chez les nourrissons durant les premières semaines de la vie.

Par ailleurs, les raisons évoquées dans la présente étude pour l'introduction précoce d'autres aliments sont dominées par les pleurs incessants de l'enfant (64,1%) et l'insuffisance perçue du lait maternel (44,7%). Ces résultats concordent avec ceux rapportés par Babakazo et al (2024) dans une étude qualitative réalisée à Kinshasa, où les normes sociales, les conseils de l'entourage familial et les croyances culturelles influençaient négativement le maintien de l'allaitement maternel exclusif. Les auteurs montrent que plusieurs mères interprètent les pleurs répétés du nourrisson comme signe de faim ou d'insuffisance du lait maternel, les poussant ainsi à introduire précocement d'autres aliments.

D'une manière générale, les résultats révèlent une bonne pratique d'initiation précoce de l'allaitement maternel. Toutefois, ils mettent également en évidence la persistance de l'introduction prématurée d'aliments complémentaires avant l'âge recommandé de six mois. Cette situation traduit

l'influence continue des croyances culturelles, le manque d'accompagnement adéquat des mères ainsi que les contraintes socioéconomiques, qui constituent autant de freins à l'adoption de pratiques optimales d'allaitement maternel exclusif.

IV.4. Lien entre l'interruption de l'AME et caractéristiques sociodémographiques

Les résultats du tableau VI montrent une tendance à l'association entre l'âge de la mère et l'interruption de l'allaitement maternel exclusif (AME), bien que cette association n'ait pas atteint le seuil de significativité statistique habituellement retenu ($p = 0,074$). Toutefois, cette observation suggère que l'âge maternel pourrait influencer les pratiques d'allaitement. Ces résultats rejoignent partiellement ceux de Gueye et al. (2023), qui ont mis en évidence une association significative entre l'âge de la mère et la pratique de l'AME. Selon ces auteurs, les mères âgées de moins de 25 ans avaient 2,03 fois plus de chances de pratiquer l'AME que celles âgées de 25 ans ou plus ($OR = 2,03$; $IC95\% : [1,23-3,36]$; $p = 0,006$). Ils expliquent cette différence par le fait que les jeunes mères sont davantage exposées aux messages de promotion de la santé diffusés à travers les médias numériques et les réseaux sociaux, tandis que les générations plus âgées demeurent souvent influencées par certaines pratiques traditionnelles pouvant favoriser l'introduction précoce d'aliments complémentaires.

La profession de la mère était fortement associée à l'interruption de l'AME ($p < 0,001$). Les commerçantes interrompaient plus fréquemment l'allaitement maternel exclusif que les autres catégories professionnelles. Cette situation pourrait s'expliquer par les contraintes liées à l'activité commerciale, notamment les longues heures de travail, la mobilité, l'absence de lieux adaptés à l'allaitement et les difficultés à rester en contact permanent avec l'enfant. Ces résultats sont en accord avec ceux de Traoré et al. (2015), qui ont également observé une association significative entre la profession maternelle et la pratique de l'AME ($p = 0,0001$). Ces observations suggèrent que l'activité professionnelle constitue un déterminant important de la poursuite de l'allaitement exclusif, particulièrement lorsque les conditions de travail sont peu compatibles avec les besoins du nourrisson.

En revanche, aucune association statistiquement significative n'a été observée entre le statut matrimonial et l'interruption de l'AME dans cette étude. Ce résultat est comparable à celui rapporté par Traoré et al. (2015), qui n'avaient également trouvé aucun lien significatif entre le statut matrimonial et la pratique de l'AME ($p = 0,25$). Cette absence d'association pourrait indiquer que le maintien de l'allaitement exclusif dépend davantage du niveau de soutien effectivement reçu

Facteurs associés à l'interruption de l'allaitement ...

par la mère, de ses connaissances et de ses conditions de vie que de son statut matrimonial proprement dit.

Dans l'ensemble, ces résultats mettent en évidence l'importance des caractéristiques sociodémographiques dans la pratique de l'allaitement maternel exclusif. Alors que la profession maternelle apparaît comme un facteur déterminant, l'influence de l'âge semble moins marquée dans cette étude que dans celle de Gueye et al. (2023). Par ailleurs, le statut matrimonial ne semble pas constituer un facteur déterminant de l'interruption de l'AME. Ces observations soulignent la nécessité d'adapter les interventions de promotion de l'allaitement aux réalités socioprofessionnelles des mères, notamment celles exerçant des activités génératrices de revenus.

IV.5. Lien entre l'interruption de l'AME et les informations sur l'enfant

Les résultats du tableau VII montrent que le sexe de l'enfant n'est pas significativement associé à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif (AME) avant l'âge de six mois. Cette observation suggère que les pratiques d'allaitement maternel ne diffèrent pas selon que l'enfant soit de sexe masculin ou féminin. Les présents résultats concordent avec ceux de Traoré et al. (2019), qui, dans leur étude sur les facteurs associés à la cessation de l'AME en milieux rural et urbain au Mali, n'ont trouvé aucune association statistiquement significative entre la cessation de l'AME avant six mois et le sexe de l'enfant ($p = 0,14$). Cette similitude pourrait s'expliquer par l'absence de discrimination liée au sexe dans les pratiques d'alimentation du nourrisson au sein des populations étudiées.

Au contraire, le faible poids de naissance était significativement associé à une interruption plus fréquente de l'AME ($p = 0,005$). Ce résultat pourrait s'expliquer par les difficultés particulières rencontrées par les nouveau-nés de faible poids, notamment une faible force de succion, une immaturité physiologique ou des complications néonatales nécessitant des soins spécifiques. Ces situations peuvent compromettre l'initiation et la poursuite optimale de l'allaitement maternel exclusif et conduire à l'introduction précoce d'aliments ou de substituts du lait maternel.

Par ailleurs, la présente étude a mis en évidence une association significative entre le mode d'accouchement et l'interruption de l'AME, les mères ayant accouché par césarienne interrompent plus fréquemment l'allaitement exclusif que celles ayant accouché par voie basse ($p = 0,029$). Cette association peut être attribuée à plusieurs facteurs, notamment la douleur postopératoire, le retard dans la mise au sein, la séparation temporaire entre la mère et son nouveau-né ainsi que les complications médicales pouvant

survenir après l'intervention chirurgicale. Ces contraintes sont susceptibles de retarder l'établissement de l'allaitement et de réduire sa durée.

Toutefois, ce résultat diverge avec celui rapporté par Traoré et al. (2015) dans leur étude menée en milieu rural au Mali, où aucune association statistiquement significative n'avait été observée entre la pratique de l'AME et le mode d'accouchement ($p = 0,16$). Cette divergence pourrait s'expliquer par des variations dans les caractéristiques des populations étudiées, l'accessibilité aux soins obstétricaux, les pratiques de soutien à l'allaitement post-partum ou encore les différences liées à la fréquence et aux indications des césariennes. Elle pourrait également refléter une amélioration progressive dans l'identification des facteurs influençant l'allaitement, liée à des contextes ou méthodologies de recherche distincts.

En général, ces résultats mettent en évidence le rôle déterminant des facteurs périnataux dans la continuité de l'allaitement maternel exclusif. Alors que le sexe de l'enfant ne semble pas exercer d'influence sur les pratiques d'allaitement, le faible poids de naissance ainsi que le recours à la césarienne apparaissent comme des éléments susceptibles de compromettre le maintien de l'AME. Ces constats soulignent la nécessité de renforcer l'accompagnement des mères ayant accouché par césarienne et d'assurer un suivi attentif des nouveau-nés de faible poids, afin de favoriser une meilleure adhésion aux recommandations relatives à l'allaitement maternel exclusif.

IV.6. Lien entre l'interruption de l'AME et la pratique de l'allaitement maternel exclusif

Les résultats du tableau VIII indiquent que l'initiation de l'allaitement maternel dans l'heure suivant la naissance est fortement associée à la poursuite de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois ($p < 0,001$). Les mères n'ayant pas pratiqué cette mise au sein précoce interrompent plus fréquemment l'AME que celles qui l'ont initiée rapidement. Ces observations mettent en évidence le rôle déterminant de l'initiation précoce de l'allaitement comme facteur facilitateur du maintien de l'allaitement maternel exclusif.

Cette association peut s'expliquer par plusieurs mécanismes physiologiques et comportementaux. La mise au sein précoce stimule la sécrétion de prolactine et d'ocytocine, hormones essentielles à la production et à l'éjection du lait maternel. Elle favorise également le contact peau à peau entre la mère et le nouveau-né, renforce le lien affectif mère-enfant et facilite l'acquisition des réflexes de succion chez le nourrisson. Ces avantages contribuent à une meilleure installation de l'allaitement et réduisent le risque d'introduction précoce d'autres liquides ou aliments.

Ces résultats corroborent ceux rapportés par Traoré et al. (2015) dans leur étude sur les facteurs liés à l'allaitement maternel exclusif en milieu rural au Mali. Ces auteurs ont également mis en évidence une association significative entre la pratique de l'AME et la mise au sein dans l'heure suivant la naissance ($p = 0,008$). La concordance de ces résultats dans des contextes différents renforce l'hypothèse selon laquelle l'initiation précoce de l'allaitement constitue un déterminant majeur du maintien de l'AME.

Cette observation est également cohérente avec les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'UNICEF, qui préconisent la mise au sein dans l'heure suivant la naissance comme une intervention essentielle pour améliorer la survie du nouveau-né et favoriser la poursuite de l'allaitement maternel exclusif.

Les premières heures qui suivent l'accouchement constituent une période critique au cours de laquelle les pratiques adoptées influencent durablement le comportement d'allaitement de la mère. L'initiation précoce de la mise au sein joue ainsi un rôle déterminant, car elle favorise non seulement l'établissement du lien mère-enfant, mais aussi la poursuite de l'allaitement maternel exclusif dans les mois qui suivent.

Ainsi, les résultats de cette étude mettent en évidence la nécessité de renforcer les interventions favorisant l'initiation précoce de l'allaitement au sein des structures de santé. Cela passe notamment par la sensibilisation des mères lors des consultations prénatales, la formation continue du personnel de maternité et l'application rigoureuse des bonnes pratiques de soins néonataux. De telles mesures contribueraient à accroître la prévalence de l'allaitement maternel exclusif et, par conséquent, à améliorer la santé et la nutrition des nourrissons.

IV.7. Facteurs associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif

L'analyse multivariée réalisée dans cette étude a permis d'identifier plusieurs facteurs indépendamment associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif (AME) avant l'âge de six mois. Parmi ceux-ci figurent, le poids normal à la naissance ainsi que certaines catégories professionnelles. De l'autre côté, l'accouchement par voie basse apparaît comme un facteur protecteur contre l'interruption de l'AME.

L'accouchement par voie basse apparaissait comme un facteur protecteur ($OR = 0,2$). Cette association pourrait s'expliquer par une mise au sein plus précoce et un contact immédiat entre la mère et le nouveau-né, contrairement aux accouchements par césarienne qui peuvent entraîner des

retards dans l'initiation de l'allaitement en raison de la douleur postopératoire ou de complications obstétricales. Cette observation est conforme aux données de la littérature qui rapportent une meilleure initiation et une meilleure poursuite de l'AME chez les femmes ayant accouché par voie vaginale.

Concernant la profession, les catégories des fonctionnaires, commerçantes et ménagères présentaient des odds ratios inférieurs à 1, indiquant un effet protecteur vis-à-vis de l'interruption de l'AME. Cette situation pourrait être liée à une plus grande autonomie dans l'organisation du temps de travail, à une meilleure stabilité socio-économique ou à une disponibilité accrue pour s'occuper de l'enfant. Toutefois, cette relation peut varier selon le contexte socioprofessionnel et mérite des investigations complémentaires.

L'association observée entre le poids normal à la naissance et l'interruption de l'AME ($OR = 6,0$) paraît plus difficile à interpréter. Une hypothèse plausible serait que les mères d'enfants nés avec un poids normal perçoivent leur enfant comme étant en bonne santé et jugent moins nécessaire de suivre strictement les recommandations relatives à l'AME. À l'inverse, les mères d'enfants de faible poids pourraient être davantage sensibilisées à l'importance de l'allaitement exclusif. Cette explication reste cependant spéculative et devrait être approfondie par des études complémentaires.

Globalement, les résultats de cette étude corroborent ceux de Gueye et al. (2023) en mettant en évidence le rôle central de l'éducation sanitaire, des connaissances maternelles et du soutien familial dans le maintien de l'allaitement maternel exclusif. Les similitudes observées entre les deux études renforcent la validité de ces déterminants et soulignent la nécessité de développer des stratégies intégrées combinant counseling prénatal et postnatal, renforcement des connaissances des mères et implication active de la famille afin de réduire l'interruption précoce de l'allaitement maternel exclusif.

V. CONCLUSION

Cette étude avait pour objectif d'identifier les facteurs associés à l'interruption de l'allaitement maternel exclusif (AME) chez les mères d'enfants de 6 à 23 mois dans la Zone de Santé de Muya. Les résultats montrent que 59,7 % des enfants ont bénéficié d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, tandis que 40,3 % ont connu une interruption précoce, traduisant une pratique encore insuffisante au regard des recommandations de l'Organisation mondiale de la Santé.

L'étude met en évidence que l'introduction précoce de la bouillie, du lait artificiel et de l'eau est principalement motivée par les pleurs répétés du nourrisson et par la

perception maternelle d'une insuffisance du lait maternel. Ces résultats confirment le poids des croyances, des perceptions et des pratiques socioculturelles dans les décisions relatives à l'alimentation du nourrisson.

L'analyse multivariée a identifié plusieurs facteurs indépendamment associés à l'interruption de l'AME, notamment le poids normal de naissance ainsi que certaines professions. À l'inverse, l'accouchement par voie basse apparaît comme un facteur protecteur favorisant la poursuite de l'allaitement maternel exclusif.

Au regard de ces constats, il apparaît indispensable de renforcer les activités de promotion, de protection et de soutien à l'allaitement maternel exclusif dans la Zone de Santé de Muya. Cela passe notamment par l'amélioration de la qualité des conseils prénatals et postnatals, la lutte contre les croyances erronées relatives à l'insuffisance du lait maternel, l'implication active des conjoints et des autres membres de la famille ainsi que la mise en œuvre de stratégies adaptées aux réalités socioprofessionnelles

REFERENCES

1. Aubin, K. N. W., Gray, K. A. W., Oscar, L. N., & Stanislas, W. O. L. (2023). Epidémiologie des transferts néonataux aux Cliniques Universitaires de Lubumbashi. *Revue Africaine de Médecine et de Santé Publique*, 1(1), 15-16.
2. Babakazo, P., Donnen, P., Akilimali, P., Ali, N. M. M., & Okitolonda, E. (2015). Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa : A prospective study. *International Breastfeeding Journal*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s13006-015-0044-7>
3. Babakazo, P., Piripiri, L. M., Mukiese, J.-M., Lobota, N., & Mafuta, É. (2024). Breastfeeding practices and social norms in Kinshasa, Democratic Republic of the Congo : A qualitative study. *PLoS Global Public Health*, 4(4), e0000957. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000957>
4. Burns, J., Emerson, J. A., Amundson, K., Doocy, S., Caulfield, L. E., & Klemm, R. D. W. (2016). A Qualitative Analysis of Barriers and Facilitators to Optimal Breastfeeding and Complementary Feeding Practices in South Kivu, Democratic Republic of Congo. *Food and Nutrition Bulletin*, 37(2), 119-131. <https://doi.org/10.1177/0379572116637947>
5. Chang, P.-C., Chen, Y.-C., Chi, C.-C., & Wu, C.-C. (2019). Factors associated with cessation of exclusive breastfeeding at 1 and 2 months postpartum in Taiwan. *International Breastfeeding Journal*, 14(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s13006-019-0213-1>
6. E-Andjafono, D. O. L., Essam, B. I., Mankubu, A. N., Omba, A. N., & Mbuyi, T. K. (2020). Affects de la mère pendant la grossesse, relation mère-bébé, santé et développement du nourrisson à Kinshasa. *The Pan African Medical Journal*, 36(203). <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.203.18294>
7. Ekholuenetale, M., & Barrow, A. (2021). What does early initiation and duration of breastfeeding have to do with childhood mortality? Analysis of pooled population-based data in 35 Sub-Saharan African countries. *International Breastfeeding Journal*, 16(1), 91. <https://doi.org/10.1186/s13006-021-00440-x>
8. Gueye, B., Bassoum, O., Bassoum, D., Diagne, N. M., Bop, M. C., Tall, A. B., Ndiaye, A. A., Diop, C. T., Sow, P. G., Ka, O., & Seck, I. (2023). Facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel exclusif chez les mères d'enfants âgés de 6 à 12 mois dans la commune de Kaolack (Sénégal). *The Pan African Medical Journal*, 45(55). <https://doi.org/10.11604/pamj.2023.45.55.39636>
9. Kambale, R. M., Buliga, J. B., Isia, N. F., Muhimuzi, A. N., Battisti, O., & Mungo, B. M. (2018). Delayed initiation of breastfeeding in Bukavu, South Kivu, eastern Democratic Republic of the Congo : A cross-sectional study. *International Breastfeeding Journal*, 13, 6. <https://doi.org/10.1186/s13006-018-0150-4>
10. Kangulu, I. B., Umba, E. K. N., Nzaji, M. K., & Kayamba, P. K. M. (2014). Facteurs de risque de faible poids de naissance en milieu semi-rural de Kamina, République Démocratique du Congo. *The Pan African Medical Journal*, 17(220). <https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.220.2366>
11. Koray, M. H., Wanjiru, J. N., Kerkula, J. S., Dushimirimana, T., Mieh, S. E., Curry, T., Mugisha, J., & Kanu, L. K. (2025). Factors influencing exclusive breastfeeding in Sub-Saharan Africa: Analysis of demographic and health surveys. *BMC Public Health*, 25(1), 1790. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-23045-z>

12. Ministère de la Santé Publique. (2024). Enquête Démographique et de Santé en RDC (EDS 2023-2024). Kinshasa.
13. Mukuku, O., Kimbala, J., Kinenkinda, X., & Kizonde, J. (2014). Accouchement du siège par voie basse : Etude de la morbi-mortalité maternelle et néonatale. *The Pan African Medical Journal*, 17(27).
<https://doi.org/10.11604/pamj.2014.17.27.2037>
14. Ojofeitimi, E. O., Olaogun, A. A., Osokoya, A. A., & Owolabi, S. P. (1999). Infant Feeding Practices in a Deprived Environment : A Concern for Early Introduction of Water and Glucose D Water to Neonates. *Nutrition and Health*, 13(1), 11-21.
<https://doi.org/10.1177/026010609901300102>
15. OMS et UNICEF, (2024). A l'occasion de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, l'UNICEF et l'OMS appellent à l'égalité d'accès au soutien à l'allaitement. OMS.
16. Traoré, M., Konaté, D., Coulibaly, A., & Diallo, S. (2015). Predictors of discontinuing exclusive breastfeeding before six months among mothers in Kinshasa: A prospective study. *International Breastfeeding Journal*, 10(1), 19.
<https://doi.org/10.1186/s13006-015-0044-7>
17. Traoré, M., Traore, I., Thiero, O., Sidibé, A., Maiga, H., Maiga, O. A., Coulibaly, C., Diarra, M., & Sangho, H. (2019). Facteurs associés à la cessation de l'allaitement maternel exclusif en milieux rural et urbain au Mali. *Santé Publique*, 31(3), 451–458.
<https://doi.org/10.3917/spub.193.0451>
18. Wang, H., Frasco, E., Takesue, R., & Tang, K. (2021). Maternal education level and maternal healthcare utilization in the Democratic Republic of the Congo: An analysis of the Multiple Indicator Cluster Survey 2017/18. *BMC Health Services Research*, 21(1), 850.
<https://doi.org/10.1186/s12913-021-06854-x>
19. Yotebieng, M., Chalachala, J. L., Labbok, M., & Behets, F. (2013). Infant feeding practices and determinants of poor breastfeeding behavior in Kinshasa, Democratic Republic of Congo : A descriptive study. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 11.
<https://doi.org/10.1186/1746-4358-8-11>