

Pratiques d'allaitement maternel dans les maternités publiques de Fianarantsoa I Breastfeeding practices in public maternity units in Fianarantsoa I

Ramamonjirina TP¹, Nandrasamampihoby HEF¹, Tsifiregna RL², Samy S¹,
Rakotomahefa NML¹, Rakotomahenina H¹

1. Service de Pédiatrie, Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe, Fianarantsoa, Madagascar.

2. Service de Pédiatrie et de Néonatalogie du Centre Hospitalier de Soavinandriana, Antananarivo, Madagascar.

Adresse de l'auteur : RAMAMONJINIRINA Tahina Prudence
rtahinaprudence@yahoo.fr

RESUME

Introduction : Dans un pays à faible revenu comme Madagascar, l'allaitement maternel constitue une intervention essentielle de santé publique. Cette étude visait à décrire les pratiques d'allaitement maternel dans les maternités de Fianarantsoa I et à identifier les facteurs qui leur sont associés.

Méthodes : Une étude descriptive transversale multicentrique a été menée du 1^{er} janvier au 30 avril 2023 dans sept maternités de Fianarantsoa I, comprenant six Centres de Santé de Base II et le Centre Hospitalier Universitaire de Tambohobe.

Résultats Au total, 501 dyades mère-enfant ont été incluses. La pratique de l'allaitement maternel concernait 94,9% des dyades. À la naissance, 72,8% des nouveau-nés recevaient exclusivement du lait maternel et 64% bénéficiaient d'une mise au sein précoce. L'allaitement maternel exclusif était significativement associé à la sensibilisation par les agents de santé, à l'activité professionnelle de la mère, à la parité, au mode et au lieu d'accouchement, au poids et à l'état de santé du nouveau-né, au contact peau à peau, à la mise au sein précoce, à la précocité de la montée laiteuse et à la fréquence des tétées ($p < 0,05$).

Conclusion : Le renforcement de l'allaitement maternel à Fianarantsoa I repose sur la promotion des bonnes pratiques périnatales et la mise en place d'un environnement favorable à l'allaitement. Des études plus larges sont nécessaires pour mieux documenter cette pratique à l'échelle de la population.

Mots-clés : Allaitement maternel ; Initiation de l'allaitement ; Madagascar ; Méthode Mère Kangourou.

ABSTRACT

Introduction: In a low-income country such as Madagascar, breastfeeding represents an essential public health intervention. This study aimed to describe breastfeeding practices in maternity units in Fianarantsoa I and to identify the factors associated with these practices.

Methods: A multicenter cross-sectional descriptive study was conducted from January 1 to April 30, 2023, in seven maternity units in Fianarantsoa I, including six Basic Health Centers level II and the Tambohobe University Hospital Center.

Results: A total of 501 mother–infant dyads were included. Breastfeeding was practiced in 94.9% of dyads. At birth, 72.8% of newborns received exclusive breastfeeding, and 64% benefited from early initiation of breastfeeding. Exclusive breastfeeding was significantly associated with health-care provider counseling, maternal occupational status, parity, mode and place of delivery, newborn birth weight and health status, skin-to-skin contact, early initiation of breastfeeding, early onset of lactogenesis, and breastfeeding frequency ($p < 0.05$).

Conclusion: Strengthening breastfeeding practices in Fianarantsoa I requires the promotion of appropriate perinatal practices and the establishment of a supportive breastfeeding environment. Larger-scale studies are needed to better document breastfeeding practices at the population level.

Keywords: Breastfeeding; Breastfeeding initiation; Kangaroo Mother Care; Madagascar.

INTRODUCTION

L'allaitement maternel est l'alimentation d'un nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère [1]. Le lait maternel constitue le choix idéal pour le nouveau-né. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'UNICEF recommandent la mise au sein précoce dans l'heure suivant la naissance, suivie d'un allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois de vie [2]. Ces pratiques optimales réduisent significativement la mortalité infantile due aux infections digestives et respiratoires, et améliorent le développement neurocognitif ainsi qu'une meilleure santé [3]. L'allaitement maternel confère également à la femme allaitante plusieurs bienfaits tels que la réduction du risque de cancer du sein et des ovaires, un soutien à l'espacement des naissances [4]. Depuis 2021, l'OMS a fait de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel une priorité absolue pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents [5]. Avec la Déclaration Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel signés par l'OMS et l'UNICEF en 1990 et mis à jour en 2005, le taux de l'allaitement maternel exclusif dans le monde ne cesse d'augmenter. Ce taux passait de 37% en 2012 à 44% en 2019 dans 122 pays recensés [6]. Par contre, dans le monde, seulement 2 nouveau-nés sur 5 bénéficient d'une mise au sein dans l'heure suivant la naissance [5]. Dans les pays à faible revenu comme ceux d'Afrique, le taux de pratique de l'allaitement est de 43,60%, soit plus élevé que dans les pays industrialisés [6]. Ce taux varie d'une région à une autre. Il est 33,50% en Afrique australe, 32,30% en Afrique de l'Ouest, 42,10% en Afrique du Nord et 60,70% en Afrique

de l'Est [6]. Cela indique un besoin continu d'efforts soutenus pour renforcer les pratiques optimales. D'où l'importance du rôle de la maternité dans la promotion et l'accompagnement de l'allaitement maternel dès le post-partum immédiat. Concernant la ville de Fianarantsoa I, les données spécifiques aux pratiques d'allaitement maternel restent limitées, d'où l'intérêt de la réalisation de cette étude. Cette étude avait pour objectifs de décrire les pratiques d'allaitement maternel dans les services de maternité de la ville de Fianarantsoa I et d'analyser leur association avec les caractéristiques maternelles, néonatales et obstétricales.

METHODES

Le District sanitaire de Fianarantsoa I dispose de 43 formations sanitaires, dont 30 privées et 13 publiques, y compris les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) de Fianarantsoa qui sont les centres de références pour toute la Province de Fianarantsoa. Environ 101.475 habitants, soit 45,52% de la population sont à moins de 5 km des formations sanitaires. L'étude a été réalisée dans les services de maternité du Centre Hospitalier Universitaire de Tambohobe (CHU-T) et des six Centres de Santé de Base niveau II (CSB II) de Fianarantsoa I. Chaque maternité dispose d'une salle d'accueil, d'une salle de consultation prénatale (CPN), d'une salle d'accouchement et d'une salle d'hospitalisation. Les maternités des CSB II sont assurées par des sages-femmes tandis que celui du CHU-T est dirigé par un professeur agrégé en

gynéco-obstétrique, avec des médecins spécialistes et généralistes ainsi que des sages-femmes.

Il s'agissait d'une étude multicentrique, descriptive, transversale sur la pratique de toutes les parturientes accouchées au niveau de ces maternités en matière d'allaitement maternel. Elle s'étalait sur une période de 03 mois, du 1^{er} janvier au 30 avril 2023.

La population d'étude a été constituée par toutes les mères ayant accouché d'un nouveau-né et ayant bénéficié des services des maternités du Centre Hospitalier Universitaire Tambohobe et aux 06 CSBII de Fianarantsoa soit Andrainjato, Manaotsara, Antsororokavo, Rova, Andalatery, Mahazengy. Les couples mère-nouveau-né ayant accouché et ayant séjourné dans ces services de maternité ont été inclus. Les mères qui n'avaient pas voulu répondre aux questionnaires, ou présentant un problème de communication n'étaient pas incluses.

La taille de l'échantillon a été déterminée à l'aide de la formule de Schwartz en considérant un niveau de confiance de 95%, une marge d'erreur de 5% et une proportion de la pratique de l'allaitement maternel en 2019 de 42% [8]. La taille finale de l'échantillon calculée était de 412 dyades mère-nouveau-né. Le mode de collecte des données se déroulait par une présentation avec explication de l'étude et son but, une demande de consentement verbal de la mère avec respect de l'anonymat.

Les données étaient collectées manuellement à l'aide d'une fiche d'enquête préétablie. Ces données étaient ensuite saisies puis analysées par le logiciel EPI-INFO 7® version 7.2.2.6 pour Windows®.

Les mesures statistiques utilisées étaient la proportion assortie d'un intervalle de confiance à 95% (IC95) et la médiane. Le test statistique utilisé était le Khi carré et la valeur de p inférieure à 0,05 était considérée comme significative.

Les variables étudiées concernaient les données maternelles telles que les données sociodémographiques (âge, niveau d'instruction, activité professionnelle, origine, situation matrimoniale), le suivi de la grossesse et l'accouchement (parité, âge gestationnel, nombre de consultations prénatales, risque infectieux, voie d'accouchement, déroulement de l'accouchement), les données sur l'information et l'éducation reçue en matière de pratique de l'allaitement maternel, les données néonatales (genre, poids de naissance, terme, score d'APGAR, état de santé du nouveau-né) et les données nutritionnelles (mise au sein précoce, type d'allaitement à la naissance, heure de début de la production de lait après la naissance, expression fréquente du lait ou nombre de tétées).

Une demande de validation au comité d'éthique de la Recherche de la Faculté de Médecine de Fianarantsoa sous le numéro 2025-020 CER/FMF a été réalisée. L'autorisation de mener l'enquête au niveau des CSB II a été obtenue auprès du Chef de la Direction Régionale de la Santé Publique (DRSP) de Haute Matsiatra et du Médecin Inspecteur (MI) du district sanitaire de Fianarantsoa I, et aussi une autorisation administrative pour la réalisation de l'enquête hospitalière a été obtenue auprès du Directeur du CHU-T et du Chef de service de la maternité avant le début de l'étude.

Le recueil des données a été effectué dans le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité de leurs informations. Le libre choix des mères de participer ou non, ou de s'en retirer à tout moment de l'enquête a été respecté.

RESULTATS

Profil épidémio-sociodémographique

Le nombre de dyades mère-enfant participant à l'étude était de 501. Quatre cents soixante-seize (94,9%) pratiquaient l'allaitement. Les mères qui ont reçu des informations et des éducations sur l'AME durant la grossesse et ou au moment de l'accouchement étaient au nombre de 355 soit 70,8%. Les 494 mères (98,6%) ont reçu ces informations et éducations par des agents de santé.

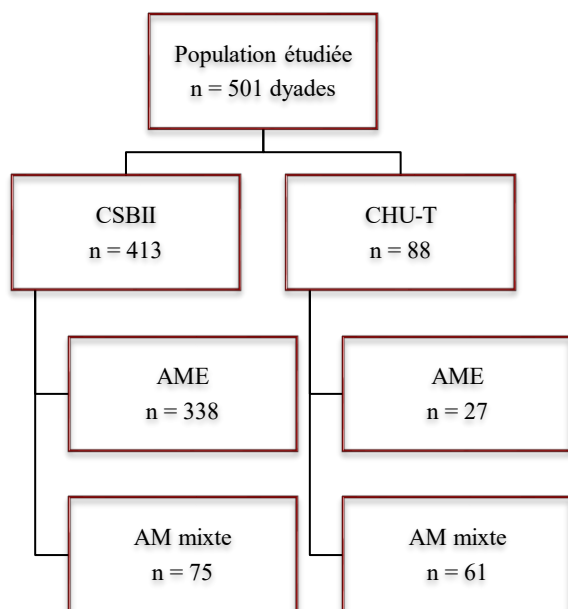


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Concernant le profil sociodémographique de la mère, l'âge médian était de 26 ans. La plupart avait un niveau d'étude universitaire soit 49,7%.

Les femmes au foyer représentaient 51,9% des cas ; 74% des mères étaient mariées ou en concubinage. Il y a eu 223 mères primipares (44,5%) ; 97,01% ont accouché à terme tandis que 2,5% ont accouché prématurément ; 80,8% ont fait plus de 04 consultations prénatales (CPN) ; 89% ont accouché par voie basse ; et 82,44% ont accouché dans les CSB II.

Chez les nouveau-nés, 9,1% étaient hypotrophes (de faible poids de naissance par rapport au terme) ; 96,8% avaient une bonne adaptation à la vie extra-utérine et 85,8% étaient en bonne santé. Il y avait 441 nouveau-nés (88%) qui avaient bénéficié d'un contact peau à peau avec leur mère à la naissance, donc apte à téter et parmi lesquels 64% étaient mis au sein immédiatement après la naissance avec une médiane d'une heure. L'AME était observé chez 72% des nouveau-nés.

Variables corrélées à la pratique ou non de l'allaitement maternel exclusif (AME)

Les variables suivantes étaient significativement corrélées à la pratique de l'AME : l'information ou l'éducation dispensée par les agents de santé ($p = 0,017$) et l'activité professionnelle des mères ($p = 0,035$) (Tableau I) ; la parité ($p = 0,020$), le mode et le lieu d'accouchement ($p = 0,010$) (Tableau II) ; l'état de santé du nouveau-né à la naissance ($p = 0,0001$), l'heure de la première mise au sein ($p = 0,001$), l'heure de début de la montée laiteuse ($p = 0,001$) et la fréquence des tétées ou de l'expression du lait ($p = 0,001$) (Tableau III).

Tableau I : Corrélation entre la réception d'information/éducation et les caractéristiques sociodémographiques des mères et la pratique ou non de l'AME

	AME		AM mixte		IC 95%	P
	n	(%)	n	(%)		
Présence de sensibilisation						
Oui	360	73,47	130	26,53	3,323[0,997-11,073]	0,077
Non	5	45,45	6	54,55		
Période de sensibilisation						
Durant la grossesse ou l'accouchement	100	68,49	46	31,51	0,738[0,483-1,127]	0,184
Durant la grossesse et l'accouchement	265	74,65	90	25,35		
Source de sensibilisation						
Agents de santé	363	73,48	131	26,52	6,927[1,327-36,142]	0,017
Autres	2	28,57	5	71,43		
Age de la mère						
≤30 ans	268	71,09	109	28,91	0,684[0,423-1,107]	0,131
>30 ans	97	78,23	27	21,77		
Niveau d'instruction						
Universitaire	178	71,49	71	28,51	0,871[0,587-1,292]	0,546
Non Universitaire	187	74,21	65	25,79		
Activités professionnelles						
Oui	165	68,46	76	31,54	0,651[0,438-0,968]	0,035
Non	200	76,92	60	(23,0		
Situation matrimoniale						
Mariée/Concubinage	279	75,20	92	24,80	1,551[1,006-2,392]	0,051
Célibataire	86	66,15	44	33,85		

Tableau II : Corrélation entre les variables obstétricales et la pratique ou non de l'AME

	AME		AM mixte		IC 95%	P
	n	(%)	n	(%)		
Parité						
≤1	139	62,33	84	37,67	0,380[0,253-0,571]	0,020
>1	226	81,29	52	18,71		
Terme						
<37 SA	6	46,15	7	53,85	0,308[0,101-0,933]	0,051
≥37 SA	359	73,57	129	26,43		
Nombre de CPN						
<4	69	71,88	27	28,13	0,941[0,573-1,545]	0,799
≥4	296	73,09	109	(26,9		
Mode d'accouchement						
Césarienne	2	3,64	53	96,36	0,008[0,002-0,036]	0,010
Voie basse	363	81,39	83	18,6		
Lieu d'accouchement						
CSB II	338	81,84	75	18,16	10,181[6,068-17,083]	0,010
CHU-T	27	30,68	61	69,32		
Déroulement de l'accouchement						
Eutocique	314	72,52	119	27,48	0,879[0,488-1,583]	0.208
Dystocique	51	75,00	17	25,00		

Tableau III : Corrélation entre les variables néonatales, les mesures d'initiation à l'allaitement précoce avec la pratique ou non de l'AME

	AME		AM mixte		IC 95%	P
	N	(%)	N	(%)		
Poids de naissance						
Faible poids	26	(56,52)	20	(43,48)	0,444[0,239-0,826]	0,013
Eutrophe	339	(74,51)	116	(25,49)		
Apgar						
<7	9	(56,25)	7	(43,75)	0,465[0,170-1,276]	0,153
≥7	356	(73,40)	129	(26,60)		
État de santé à la naissance						
Normal	328	(76,28)	102	(23,72)	2,955[1,763-4,950]	0,0001
Anormal	37	(52,11)	34	(47,89)		
Contact peau à peau						
Oui	357	81,14)	83	18,86)	28,495[13,051-62,215]	0,131
Non	8	(13,11)	53	86,89)		
Heure de première mise aux seins						
≤1h de vie	254	79,13)	67	20,87)	2,356[1,574-3,527]	0,001
>1h de vie	111	(61,67)	69	38,33)		
Heure de début de la production lactée						
≤1h de vie	254	(81,41)	58	18,59	3,077[2,049-4,620]	0,001
>1h de vie	111	58,73)	78	41,27		
Fréquence du lait exprimé ou tété						
<2 en 6 heures	12	17,91	55	(82,09)	0,051[0,025-0,097]	0,001
≥2 en 6 heures	356	814)	82	18,66)		

DISCUSSION

Cette étude présente plusieurs points forts, notamment un effectif important de 501 dyades mère-enfant et l'analyse des facteurs maternels, obstétricaux et néonataux associés à la pratique de l'allaitement maternel. Toutefois, réalisée au CHU-T et dans six CSB II de Fianarantsoa I, elle ne couvre pas l'ensemble des naissances de la ville. Par ailleurs, la courte durée d'hospitalisation post-partum a limité l'évaluation de la poursuite de l'allaitement maternel exclusif.

Cette étude montrait un taux élevé de la pratique globale de l'allaitement maternel (94,9%) dont l'utilisation du lait maternel seul a été observée dans 72,8%.

Dans plusieurs pays d'Afrique subsaharienne, maintes études rapportaient également des taux d'initiation à l'allaitement maternel élevé (supérieur à 50-60%) [7]. Cette forte prévalence reflète probablement l'importance culturelle et sociale de l'allaitement maternel dans les pays à faible revenu, où il constitue souvent la principale source d'alimentation du nouveau-né.

Une corrélation significative entre l'utilisation de l'allaitement maternel seul et la sensibilisation faite par les agents de santé a été constatée ($p=0,017$).

En 2019, l'étude dirigée par Rabevazaha et al concernant les connaissances, attitudes et pratiques sur l'allaitement maternel a rapporté que la source d'information sur la pratique de l'allaitement était surtout les agents de santé dans 78% des cas [8]. De même, une étude effectuée au Sénégal a aussi mis en évidence une corrélation significative positive entre la pratique de l'AME et la sensibilisation réalisée lors des CPN par les agents de santé [9]. Ces résultats soulignent le rôle essentiel des professionnels de santé dans la promotion et le soutien de l'allaitement. Les programmes de promotion de l'allaitement maternel intégrés dans les services de santé maternelle et infantile constituent ainsi une stratégie efficace pour améliorer les pratiques.

Concernant les caractéristiques maternelles, les mères ayant une activité professionnelle sont moins enclines à adopter l'AME, avec un taux de 68,4%, contre 76,9% chez celles qui ne travaillent pas. Cette différence était associée à une corrélation significative positive ($p < 0,035$). L'équipe de Ravaoarisoa et celle d'Andriamifidison ont aussi noté le même constat [10,11]. Ces résultats concordent avec la littérature internationale qui identifie la reprise précoce du travail comme l'un des principaux obstacles à la poursuite de l'allaitement exclusif [12]. L'absence de conditions favorables à l'allaitement sur le lieu de travail, telles que les congés de maternité adéquats ou les espaces dédiés à l'allaitement ou à l'expression du lait, peut limiter la capacité des mères à maintenir cette pratique.

Les caractéristiques obstétricales ont également influencé la pratique de l'allaitement maternel. Les femmes multipares pratiquent

fréquemment l'AME (81,2%) par rapport aux femmes primipares (62,33%), avec une corrélation significative $p < 0,020$. Ce résultat est cohérent avec plusieurs études qui montrent que l'expérience acquise lors des grossesses précédentes améliore la confiance et les compétences des mères en matière d'allaitement [13]. De plus, le faible coût de l'allaitement maternel exclusif par rapport à l'alimentation artificielle constitue un facteur susceptible de favoriser son adoption, notamment dans les contextes à ressources limitées. Par ailleurs, le mode et le lieu d'accouchement sont aussi associés significativement à la pratique de l'AME. Gamgne et al démontraient dans leur étude que les femmes ayant accouché par césarienne ont tendance à adopter un allaitement mixte ou à ne pas allaiter du tout [14]. Selon la littérature, la césarienne pouvait retarder le contact mère-enfant et la mise au sein précoce en raison de la récupération post-opératoire ou de la séparation mère-nouveau-né [15]. En effet, L'accouchement par voie basse facilite un contact immédiat de peau à peau entre la mère et le nouveau-né, ce qui est essentiel pour l'initiation précoce de l'allaitement.

Certaines caractéristiques influençaient aussi la pratique ou non de l'AME. Il y avait une association significative entre le poids de naissance avec l'AME ($p = 0,013$) de même pour l'état de santé du nouveau-né à la naissance ($p = 0,001$). Les nouveau-nés de faible poids de naissance ou présentant des signes de maladie sont plus susceptibles d'avoir un retard ou des difficultés d'initiation de l'allaitement [16].

Les pratiques périnatales immédiates impactaient aussi sur l'allaitement. La présente étude montrait une association significative entre

l'AME et le contact peau à peau ($p=0,0001$), la mise au sein précoce ($p=0,0001$), ainsi que l'heure de la production lactée ($p=0,0001$). L'étude de Salariya et al. a mis en évidence que le contact peau à peau immédiat favorise une initiation plus précoce de l'allaitement maternel par rapport à une mise au sein retardée. Malgré son ancienneté, cette publication a contribué à orienter l'évolution des pratiques de soins néonataux. Associée aux travaux sur la méthode « Kangaroo Mother Care » décrits par Edgar Rey et Hector Martinez en 1978, elle a soutenu l'intégration du contact peau à peau immédiat parmi les pratiques recommandées à la naissance [17-18]. Le contact peau à peau favorise l'activation des réflexes de succion du nouveau-né, stabilise sa température et stimule la production d'ocytocine chez la mère, facilitant ainsi l'initiation de l'allaitement [19]. L'OMS a réaffirmé en 2018 l'importance du contact peau à peau immédiat et de l'initiation précoce de l'allaitement dans l'heure suivant la naissance, afin d'en améliorer la pérennité si toutes les conditions sont réunies [20]. En outre, 86,6% des nouveau-nés ont tété deux fois ou plus dans les 6 heures après la naissance soit supérieur ou égal à 8 tétées par 24 heures avec une association significative positive entre la pratique d'AM seul et la fréquence des tétées $p<0,001$. Certains auteurs ont montré que la fréquence des tétées est positivement associée à la quantité de la production du lait au cours des premières semaines du post-partum. D'après eux, une production lactée adéquate contribuant au maintien de l'AME est favorisée par une stimulation fréquente des seins [21].

L'OMS recommande des tétées à la demande, soit environ 8 à 12 fois par 24 heures pour assurer une stimulation adéquate du sein afin d'optimiser la réussite de l'AME aux cours des six premiers mois de vie [22]. Il est important d'insister sur la fréquence des tétées pour la pérennisation de l'AME lors de la sensibilisation maternelle.

CONCLUSION

Cette étude a permis de décrire les pratiques d'allaitement maternel dans les maternités de Fianarantsoa I et d'identifier les principaux facteurs qui leur sont associés. La prévalence de l'allaitement maternel était élevée, avec 94,9% de mères ayant allaité leur nouveau-né, dont 72,8% pratiquaient l'allaitement maternel exclusif. Parmi les facteurs associés, la sensibilisation des mères, la parité, le contact peau à peau et la mise au sein précoce apparaissent comme des leviers d'action particulièrement pertinents dans notre contexte. Ces résultats soulignent l'importance du renforcement des interventions de promotion et de soutien à l'allaitement maternel dès la période périnatale. À l'avenir, des études multicentriques incluant les structures privées et les accouchements à domicile, ainsi qu'un suivi prolongé des dyades mère-enfant, permettraient de mieux appréhender les déterminants et la pérennité de l'allaitement maternel exclusif et d'orienter les politiques nationales en faveur de la santé maternelle et infantile.

REFERENCES

1. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant [Internet]. Paris: ANAES; 2002 [cité 2025 avr 4]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf
2. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2026 Mar 8]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
3. World Health Organization. Indicators for assessing infant and young child feeding practices [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [cited 2026 Mar 8]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-14.7>
4. World Health Organization. Infant and young child feeding: Nutrition Landscape Information System (NLIS) [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [cited 2026 Mar 8]. Available from: <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/infant-and-young-child-feeding>
5. World Health Organization, UNICEF, Academy of Breastfeeding Medicine, International Lactation Consultant Association, World Alliance for Breastfeeding Action, La Leche League International, et al. L'alimentation du nourrisson et du jeune enfant: Déclaration Innocenti 2005 [Internet]. Florence (Italy); 2005 [cité 2024 mai 26]. Disponible sur: <https://www.who.int>
6. Organisation mondiale de la Santé. Engagement à mettre en œuvre la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) [Internet]. Genève: OMS; 2021 [cité 2025 avr 4]. Disponible sur: <https://iris.who.int>
7. Victora CG, Bahl R, Barros AJD, França GVA, Horton S, Krasevec J, et al. Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet*. 2016;387(10017):475-90. doi:10.1016/S0140-6736(15)01024-7.
8. Rabevazaha N, Ranivoson A, Rakotoarisoa L, Robinson A. Connaissances, attitudes et pratiques des mères sur l'allaitement maternel exclusif à Antananarivo. *Rev Malg Péd*. 2019;2(1):102-9.
9. Boubacar G, Oumar B, Dieynaba B, Ndéye MD, Martial CB, Alioune BT, et al. 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). *Pan Afr Med J*. 2023;45:55.
10. Ravaoarisoa L, Razafimahatratra S, Rakotondratsara M, Rakotomanga J, Rakotonirina J. Déterminants de l'allaitement maternel exclusif chez les femmes travaillant dans les entreprises privées. *Rev Malg Péd*. 2020;3(1):56-62.
11. Andriamifidison NZR, Ravaoarisoa L, Randriatsarafara FM, Razafintsoa AM, Rakotonirina EJ, Ramangasoavina L, et al. Déterminants de l'allaitement maternel exclusif au CSB II d'Ambositsoa, Antananarivo: étude cas-témoins. *Rev Méd Madag*. 2016;6(2):725-9.
12. World Health Organization. Maternity leave legislation in support of breastfeeding: case studies around the world [Internet]. Geneva: WHO; 2019 [cited 2026 Apr 24]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NHD-19.25>
13. Patel A, Badhoniya N, Khadse S, Senarath U, Agho KE, Dibley MJ. Infant and young child feeding indicators and determinants of poor feeding practices in India: secondary data analysis of the National Family Health Survey 2005-2006. *Int Breastfeed J*. 2010;5:4. doi:10.1186/1746-4358-5-4.
14. Gamgne Kamga B. Étude des connaissances et pratiques des mères sur l'allaitement maternel à l'hôpital provincial et à la PMI de Bafoussam, Cameroun [mémoire sur Internet]. Bangangté (Cameroun): Institut Supérieur des Sciences et de la Santé; 2013 [cité 2025 avr 4]. Disponible sur: <https://www.memoireonline.com>
15. Prior E, Santhakumaran S, Gale C, Philipps LH, Modi N, Hyde MJ. Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2012;95(5):1113-35. doi:10.3945/ajcn.111.030254.
16. Raihana S, Dibley MJ, Rahman MM, Tahsina T, Siddique MAB, Rahman QS, et al. Early initiation of breastfeeding and severe illness in the early newborn period: an observational study in rural Bangladesh. *PLoS Med*. 2019;16(8).
17. Chateau P, Wiberg B. Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum. II. A follow-up at three months. *Acta Paediatr Scand*. 1977;66(2):145-51.
18. Rey ES, Martinez HG. Rational management of the premature infant. In: *Course on Care of the High-Risk Neonate*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1978.

19. World Health Organization. Guideline: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550086>
20. Organisation mondiale de la Santé. Démarrage précoce de l'allaitement maternel: recommandation OMS 2018 [Internet]. Genève: OMS; 2018 [cité 2025 avr 15]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding>
21. Kent JC, Gardner H, Geddes DT. Breastmilk production in the first 4 weeks after birth. *Nutrients*. 2016;8(12):756. doi:10.3390/nu8120756.
22. World Health Organization. Infant and young child feeding: model chapter for textbooks for medical students and allied health professionals [Internet]. Geneva: WHO; 2009. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44117>