

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

THÈSE PRÉSENTÉE

À LA FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES EN VUE DE L'OBTENTION DU
GRADE DE DOCTEUR EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

MARIE LACOMBE

FACULTÉ DES SCIENCES INFIRMIÈRES

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

Décembre 2006

© MARIE LACOMBE



WY

5

058

2007

v.001

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
FACULTÉ DES ÉTUDES SUPÉRIEURES

CETTE THÈSE INTITULÉE :

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

PRÉSENTÉE PAR :

MARIE LACOMBE

A ÉTÉ ÉVALUÉE PAR UN JURY COMPOSÉ DES PERSONNES SUIVANTES :

CLAIRE CHAPADOS, PH.D.
PRÉSIDENTE-RAPPORTEUSE

MARIE HATEM, PH. D.
DIRECTRICE DE RECHERCHE

LINDA BELL, PH. D.
CODIRECTRICE DE RECHERCHE

HÉLÈNE DELISLE, PH. D.
MEMBRE DU JURY

DANIELLE GROLEAU, PH. D.
EXAMINATRICE EXTERNE

SYLVAIN CHEMTOB, PH. D.
REPRÉSENTANT DU DOYEN DE LA FES

Résumé

De plus en plus de mères choisissent d'allaiter leur enfant mais très peu d'entre elles allaitent toute la période recommandée par les plus hautes instances en santé (Maclean, 2005). La présente étude se situe dans la perspective de mieux comprendre les facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. L'objectif général est d'examiner l'influence de la dépression postnatale, de la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et de la qualité des interactions mère-enfant dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois.

La présente étude est basée sur les données d'une étude principale longitudinale réalisée au *Child Development Unit* du *Childrens' Hospital Boston*. Le recrutement de l'échantillon a été effectué dans les départements de maternité de quatre hôpitaux affiliés à l'université d'Harvard de Boston. L'échantillon pour la présente étude est constitué des 75 dyades mère-enfant dont la mère allaite à deux mois. Les mères et les enfants ne présentent aucun facteur de risque à l'exception des symptômes dépressifs pour plus de 25 % des mères. Les mères ainsi recrutées ont complété des questionnaires auto-administrés et ont été observées avec leur enfant à domicile lorsque celui-ci était âgé de 3, 6 et 12 mois. Toutes les procédures liées à cette étude ont été approuvées par le *Institutional Review Board* (IRB) du *Children's Boston Hospital*. Les questionnaires complétés par les mères sont : *The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (Radloff, 1977); *The Infant Behavior Questionnaire* (Rothbart, 1981); *The Norbeck Social Support Questionnaire* (Norbeck, Lindsey, Carrieri, 1981) et *The Maternal-Self-Report Inventory* (Shea & Tronick, 1988). La qualité du processus de régulation mutuelle est observée à partir

de deux principaux types d'interaction: 1] la synchronie, qui se définit comme étant l'habileté du parent et de l'enfant à ajuster leur comportement et leur affect l'un en fonction de l'autre; et, 2] la concordance, qui correspond à l'arrimage entre l'état affectif de la dyade mère-enfant.

Des analyses bivariées ainsi qu'une analyse de régression logistique *pas à pas* ont été utilisées pour répondre aux hypothèses de l'étude. Les résultats de l'étude suggèrent que la concordance entre l'affect positif de la mère et celui de l'enfant prédit la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant ($p < .05$). Ainsi, les mères et les enfants qui sont aptes à réguler leurs interactions de manière à avoir du plaisir ensemble sont plus susceptibles d'être des partenaires complices dans la poursuite de leur relation via l'allaitement maternel. Il s'agit d'une première étude d'envergure permettant de mettre en évidence un lien entre la qualité des interactions mère-enfant et la poursuite de l'allaitement maternel. Il va de soi qu'il importe de poursuivre les efforts de recherche et ce, malgré toutes les difficultés inhérentes à modéliser un comportement humain.

Mots-clés : dépression postpartum ; tempérament de l'enfant ; relation mère-enfant ; allaitement maternel

Abstract

More and more mothers today are choosing to breastfeed but very few do so for the whole period recommended by health experts. The broader context of this study is to enhance understanding of the factors associated with breastfeeding continuation up to six months. The general objective was to examine the influence of postnatal depression, the mother's perception of the child's temperament, and the quality of mother-child interactions on continuing breastfeeding to six months.

This study is based upon data from a longitudinal study conducted in the *Child Development Unit* of the *Childrens' Hospital Boston*. The sample was composed of 75 mother-child dyads, with the mother breastfeeding at two months. Mothers and children showed no evidence of risk factors, except for depressive symptoms in more than 25% of the mothers. The mothers completed self-administered questionnaires and were observed with their child in their homes at three and six months. The quality of the mutual regulation process was observed in two types of interactions: 1] synchrony, or the parent's and child's ability to adjust their own behavior and affect to the other's; and 2] matching, where the mother-child dyad's affective states or behavioral states are matched or the same.

Bivariate analyses and a stepwise logistic regression analysis were used to examine the study's hypotheses. Results suggest that matching between positive maternal affect and the child's affect predicts the continuation of breastfeeding until the child is six months old. Thus, mothers and children who can regulate their interactions so they have fun together are more likely to become close partners in the

development of their relationship through breastfeeding. This is the first major study to show evidence of a link between the quality of mother-child interactions and the continuation of breastfeeding. Research efforts should continue, even with the inherent difficulties in creating a conceptualized model of human behavior.

Keywords: postpartum depression; child temperament; mother-child relationship; breastfeeding

Table des matières

Résumé	iii
Abstract.....	v
Liste des tableaux	xi
Liste des figures.....	xii
Liste des sigles et abréviations	xiii
Dédicaces.....	xiv
Remerciements	xv
Avant-propos	1
CHAPITRE 1 : LA PROBLÉMATIQUE DE L'ÉTUDE	3
CHAPITRE 2 : LA RECENSION DES ÉCRITS	15
2.1 L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	16
2.1.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et pour l'enfant	17
2.1.2 Les facteurs associés au sevrage et à la poursuite de l'allaitement maternel	20
2.1.2.1 Les facteurs associés au sevrage de l'allaitement maternel.....	21
2.1.2.2 Les facteurs reconnus associés à la poursuite de l'allaitement maternel après deux mois	22
2.1.2.2.1 Les facteurs maternels	22
2.1.2.2.2 Les facteurs associés à l'enfant	24
2.1.2.2.3 Les facteurs associés à la famille.....	25
2.1.2.2.4 Les facteurs associés au statut socio-économique.....	25
2.1.3 La conclusion des écrits en lien avec l'allaitement maternel	26
2.2 LA QUALITÉ DES INTERACTIONS MÈRE-ENFANT	28
2.2.1 La perspective des mères sur les interactions mère-enfant lors de l'allaitement maternel	29
2.2.2 Les études sur la qualité des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement maternel	31
2.2.3 La qualité des interactions mère-enfant dans différents contextes	33
2.2.4 La conclusion des écrits en lien avec les interactions mère-enfant et leur impact sur la poursuite de l'allaitement maternel.....	33

2.3	LA DÉPRESSION POSTNATALE	34
2.3.1	La définition, les symptômes et la prévalence de la dépression	34
2.3.2	Les facteurs prédictifs de la dépression postnatale	37
2.3.3	L'évaluation de la dépression postnatale	38
2.3.4	Les impacts de la dépression postnatale chez la mère, chez l'enfant et sur la qualité des interactions mère-enfant	39
2.3.5	La conclusion des écrits en lien avec la dépression postnatale.....	44
2.4	LA DÉPRESSION POSTNATALE ET L'ALLAITEMENT MATERNEL	45
2.4.1	La prévalence de l'allaitement maternel lors de la dépression postnatale.	45
2.4.2	Les facteurs explicatifs possibles de la dépression postnatale sur la poursuite de l'allaitement maternel.....	47
2.4.3	La qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées dans le contexte de l'allaitement maternel	48
2.4.4	La conclusion des écrits en lien avec la dépression postnatale et l'allaitement maternel	50
2.5	LE TEMPÉRAMENT DE L'ENFANT.....	51
2.5.1	Les définitions du tempérament.....	51
2.5.2	L'évaluation du tempérament	52
2.5.3	Le tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées.....	53
2.5.4	L'impact du tempérament de l'enfant, la qualité des interactions mère-enfant et la poursuite de l'allaitement maternel	54
2.5.5	La conclusion des écrits en lien avec le tempérament de l'enfant et l'allaitement maternel	56
2.6	LE MODELE THÉORIQUE DE LA RELATION MÈRE-ENFANT	57
2.7	LA THÉORIE DU CARING.....	62
2.8	LES CADRES DE RÉFÉRENCE	64
2.8.1	Les facteurs maternels	66
2.8.2	Les facteurs infantiles	67
2.8.3	Les facteurs reliés à la famille	67
2.8.4	Les facteurs socio-économiques.....	68
2.8.5	Les facteurs reliés à la dyade mère-enfant.....	68
2.9	LE BUT, L'OBJECTIF GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE, LES HYPOTHÈSES ET LA QUESTION COMPLÉMENTAIRE DE L'ÉTUDE	72
2.9.1	Les hypothèses de l'étude.....	72
2.9.2	La question de l'étude.....	74

CHAPITRE 3 : LA MÉTHODE.....	75
3.1 L'ÉTUDE PRINCIPALE	76
3.2 LA PRÉSENTE ÉTUDE	81
3.2.1 Le devis de l'étude.....	81
3.2.2 L'échantillon.....	82
3.2.3 Le recrutement des sujets	83
3.2.4 Les instruments de mesure	83
3.2.4.1 La dépression maternelle	83
3.2.4.2 Le tempérament de l'enfant.....	84
3.2.4.3 L'estime de soi de la mère.....	85
3.2.4.4 Le soutien social	86
3.2.4.5 Les caractéristiques sociodémographiques.....	88
3.2.4.6 L'entrevue parentale	88
3.2.4.7 Le codage des données d'observation	89
3.2.4.7.1 La création des variables d'interaction.....	90
3.2.5 Les considérations éthiques	91
3.2.6 L'analyse des données.....	91
3.2.6.1 La définition des variables.....	91
3.2.6.2 L'opérationnalisation des variables	92
3.2.6.3 Le test de puissance statistique.....	95
3.2.6.4 La vérification des données	95
3.2.6.5 Les analyses préalables.....	96
3.2.6.6 ...Le modèle de régression logistique	97
3.2.6.7 La sélection des variables candidates	99
CHAPITRE 4 : LES RÉSULTATS.....	100
4.1 LES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES MÈRES ET DES ENFANTS	102
4.2 LES LIENS ENTRE LES VARIABLES D'INTÉRÊT À TROIS MOIS CHEZ LES MÈRES QUI ALLAIENTENT	110
4.2.1 Le lien entre la dépression maternelle et les interactions mère-enfant.....	110
4.2.2 Le lien entre la dépression maternelle et le tempérament de l'enfant	111
4.3 LES FACTEURS ASSOCIÉS À LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS	112
4.4 LES VARIABLES D'INTÉRÊT DE L'ÉTUDE EN FONCTION DU STATUT D'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS	119

4.5	LES RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE PAS À PAS DES FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS	120
4.5.1	L'analyse de régression	121
4.5.2	La sélection des variables candidates	121
4.5.3	L'évaluation du modèle de régression	122
4.6	LE RÉSUMÉ DES RÉSULTATS EN FONCTION DES HYPOTHÈSES	125
4.6.1	Les hypothèses de l'étude	126
4.6.2	La question de l'étude	129
	CHAPITRE 5 : LA DISCUSSION	130
5.1	LA DISCUSSION DES RÉSULTATS	131
5.2	LES FORCES DE L'ÉTUDE	148
5.3	LES LIMITES DE L'ÉTUDE	150
5.3.1	La validité interne de l'étude	150
5.3.2	La validité externe de l'étude	151
5.4	LES CONTRIBUTIONS DE L'ÉTUDE AU DÉVELOPPEMENT DES CONNAISSANCES EN SCIENCES INFIRMIÈRES	151
5.5	LES RECOMMANDATIONS DE L'ÉTUDE	152
5.5.1	Les recommandations sur le plan de la recherche	152
5.5.2	Les recommandations sur le plan de la formation	155
5.5.3	Les recommandations sur le plan de la pratique infirmière	156
5.5.4	Les implications des résultats pour l'intervention découlant du cadre théorique de Watson (1988)	160
	CONCLUSION	162
	RÉFÉRENCES	166
	APPENDICE A : Autorisation de l'utilisation de la base des données	188
	APPENDICE B : Schématisation de la théorie du caring de Watson	190
	APPENDICE C : Les études de Tronick et de ses collaborateurs	192
	APPENDICE D : Consentement de la mère	195
	APPENDICE E : The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D)	199
	APPENDICE F : The Infant Behavior Questionnaire (IBQ)	203
	APPENDICE G : The Maternal-Self-Report Inventory (MSI)	208
	APPENDICE H : The Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)	217

Liste des tableaux

Tableau

1. Opérationnalisation de la variable dépendante – Poursuite de l’allaitement maternel	92
2. Opérationnalisation des variables indépendantes – Variables maternelles, infantiles, familiales et socio-économiques.....	93
3. Opérationnalisation de la variable de la concordance – Concordance mère-enfant	94
4. Caractéristiques personnelles des mères et des enfants.....	104
5. Distribution des fréquences de la dépression maternelle et du statut d’allaitement maternel	106
6. Perception de la mère du tempérament de l’enfant, de l’estime de soi de la mère et du soutien reçu	108
7. Les types d’interaction mère-enfant	109
8. Corrélations entre la dépression maternelle et les types d’interactions mère-enfant à 3 mois.....	111
9. Corrélations entre la dépression maternelle et les dimensions du tempérament de l’enfant à 3 mois	112
10. Association entre les caractéristiques des mères et des enfants en fonction du statut d’allaitement maternel à 6 mois.....	114
11. Association entre la perception de la mère du tempérament de l’enfant, de l’estime de soi de la mère et du soutien reçu en fonction du statut d’allaitement maternel à 6 mois.....	117
12. Les types d’interaction mère-enfant en fonction du statut d’allaitement maternel à 6 mois.....	118
13. Analyse de régression logistique - La dépression maternelle et les types d’interaction mère-enfant	120
14. Analyse de régression logistique <i>pas à pas</i> - Variables dans l’équation : Étape 1	124
15 Estimation du modèle de régression : Étape 1.....	125

Liste des figures

Figure

- 1a Cadre de référence : facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel en regard de la théorie du *caring* 70
- 1b Cadre de référence opérationnel : facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel 71

Liste des abréviations

AACT :	Action Analysis Coding and Training
CCA :	Comité canadien d'allaitement
CES-D :	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
DSM-IV :	Diagnostic and Statistical Manual
ÉLDEQ :	Étude longitudinale du développement des enfants du Québec
ENSP :	Enquête nationale sur la santé de la population
ESCC :	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IHAB :	Initiative Hôpitaux amis des bébés
IBQ :	Infant Behavior Questionnaire
IRB :	Institutional Review Board
ISQ :	Institut de la statistique du Québec
MRME :	Modèle de la relation mère-enfant
MSI :	Maternal Self-Report Inventory
MSSS :	Ministère de la santé et des services sociaux
OIIQ :	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
OMS :	Organisation mondiale de la santé
NSSQ :	Norbeck Social Support Questionnaire
SSE :	Statut socio-économique

Dédicaces

À ma mère qui par son exemple m'a appris la persévérance !

À mes petits anges qui me guident spirituellement !

Remerciements

Mes premières pensées sont pour ma co-directrice et ma directrice de thèse, Mesdames Linda Bell et Marie Hatem. Merci à vous deux pour la stimulation intellectuelle et l'accompagnement lors de cette croisade doctorale. Vous m'avez transmis une rigueur professionnelle et une éthique de travail qui seront pour moi des atouts très précieux pour la poursuite de mes rêves professionnels. A toi, Linda qui m'a permis de me dépasser par ta passion pour la famille, ton habileté à conceptualiser les phénomènes et ton talent d'écriture qui est très enviable ainsi que ta persévérance pour la satisfaction du travail accompli. Merci pour tous les apprentissages réalisés. Pour toi, Marie qui continue à vouloir déplacer les montagnes malgré tous les obstacles sur ton chemin, tu es un témoignage vivant qu'il importe de ne pas abandonner et de baisser les bras dans la vie mais plutôt de se ressaisir et de poursuivre sa route. Merci pour tout et surtout pour l'exemple de courage.

A vous, mon cher Dr Tronick, un merci tout spécial pour m'avoir donné le privilège et de m'avoir fait confiance en m'autorisant à travailler avec une base de données d'observation en milieu naturel des interactions mère-enfant. Quel beau cadeau pour le développement des connaissances en sciences infirmières ! Merci à vous et à toute votre équipe de l'université de Harvard à Boston pour votre collaboration pour ce projet.

Également, j'ai une pensée de remerciements qui s'envole pour Monsieur Éric Yergeau pour le soutien apporté pour l'analyse des données de l'étude. Dans la même veine, un sincère merci à Madame Suzanne Drapeau pour son soutien technique, sa

disponibilité et son rire qui fait vibrer nos cœurs. De même, qu'à Madame Marie-Hélène Lesage pour son soutien à la traduction. D'ailleurs, je remercie Madame Laurine Roussy pour son soutien à la révision linguistique.

De plus, en raison de leurs conseils judicieux lors du comité d'approbation, il m'importe de remercier Mesdames Frances Gallagher et Louise Bouchard qui ont collaboré à enrichir ma thèse. Aussi, je remercie les membres du jury Mesdames Danielle Groleau, Claire Chapados, Hélène Delisle ainsi que Monsieur Sylvain Chemtob pour leur implication à l'examen de cette thèse et pour leurs commentaires qui ont contribué à peaufiner ce document.

Merci à mes collègues et amis pour avoir pris du temps pour discuter et qui ont su par leur questionnement à m'amener à une réflexion plus approfondie. Merci à Lyne et Danielle de m'avoir écoutée et comprise dans cette expérience doctorale.

Aussi un énorme merci, à tous ceux de loin ou de proche qui m'ont inspirée à vivre l'aventure chevaleresque pour des études doctorales dont je ne mentionnerai pas les noms par peur d'en oublier.

Finalement et non le moindre, un merci tout spécial à ma famille. Mes années de doctorat ont été colorées de divers défis, heureusement ma famille m'a apporté un appui indéniable. Merci à vous tous dont votre place dans mon cœur est inconditionnelle. Notamment, à mon conjoint qui a partagé toute cette aventure à mes côtés et qui est demeuré près de moi, beau temps, mauvais temps, Quelle chance que

la vie m'a donné d'avoir deux si beaux enfants! Enfin, une pensée s'envole pour les êtres chers que j'ai perdus dont leur souvenir est à tout jamais gravé dans mon cœur et qui m'ont fait grandir intérieurement.

Avant-propos

Ce projet a été rendu possible grâce à une collaboration spéciale avec le docteur E.Z. Tronick de l'Université Harvard à Boston (RO1 MH45547, I.P. : E.Z. Tronick qui a été le superviseur des travaux postdoctoraux de la co-directrice de l'auteure (Bell, L.). L'étude principale de laquelle proviennent les données de la présente étude a été réalisée au *Child Development Unit* du *Childrens' Hospital Boston* affilié au département de pédiatrie de l'Université Harvard. Dr. Tronick ainsi que son équipe de recherche ont été rencontrés, par la chercheuse de la présente étude, au printemps 2004 et ce, afin de convenir des modalités de la réalisation de la présente étude. Il a été entendu que la chercheuse pouvait utiliser toutes les données nécessaires à la réalisation de la présente étude et qu'elle avait les droits d'auteure sur ses productions originales (voir l'autorisation à cet effet, Appendice A). Même si le but du présent projet est différent de celui de l'étude originale de Tronick et ses collaborateurs, il s'inscrit dans la lignée de ses travaux sur les déterminants du développement des jeunes enfants et de la famille.

CHAPITRE 1

La problématique de l'étude

L'allaitement maternel contribue de façon significative à la santé et au bien-être des enfants et des mères (American Academy of Pediatrics, 2005). L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2001), l'American Academy of Pediatrics (2005), la Société canadienne de pédiatrie (2005) et Santé Canada (2004) recommandent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois de vie comme mode d'alimentation privilégié pour tous les nouveaux-nés. Parmi ses effets positifs, l'allaitement maternel diminue de manière significative les visites médicales, les hospitalisations et les ordonnances médicales chez les enfants (Ball & Wright, 1999). On estime que la mortalité infantile aux États-Unis est réduite de 21 % chez les enfants allaités (Chen & Rogan, 2004). Aussi, l'allaitement maternel est associé à une réduction de la mortalité des nourrissons à cause de la diarrhée (Bailey & Deck, 1993) ainsi qu'à une réduction des coûts de santé (Ball & Wright, 1999; Guillemette & Badlissi, 2001; Montgomery & Splett, 1997; Weimer, 2001). Une étude réalisée au Québec rapporte que le coût moyen de la surutilisation des services de santé par enfant non allaité, est estimé à au moins 160,01 \$ au cours de sa première année (Guillemette & Badlissi, 2001). Cette somme tient compte seulement des coûts reliés aux consultations médicales, aux hospitalisations et aux ordonnances médicales pour des cas de gastro-entérites, d'otites moyennes et de maladies respiratoires.

Au niveau national, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée en 2003, 85 % des mères ont déclaré avoir essayé d'allaiter comparativement à 76 % chez les mères québécoises (Santé Canada, 2003). D'après le rapport sur la santé périnatale au Canada, 34 % des mères ont allaité sur une période de moins de trois mois (Santé Canada, 2000). Toutefois, d'après l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 2006, 62 % des enfants sont allaités à trois mois comparativement à 47 % des enfants qui étaient allaités en 2000 à la même période (Dubois, Bédard, Girard, & Beaudesne, 2000; ISQ, 2006). En dépit de la reconnaissance de l'importance de l'allaitement maternel comme principal mode d'alimentation de l'enfant jusqu'à six mois, moins de 50 % des femmes québécoises allaitent leur enfant jusqu'à six mois et seulement 3 % allaitent exclusivement (Dubois et al., 2000; ISQ, 2006; Millar & Maclean, 2005).

Par ailleurs, un écart subsiste entre ces taux et certains des objectifs énoncés par diverses instances organisationnelles et le Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS) dans *Les lignes directrices en matière d'allaitement* (MSSS, 2001). Selon ces objectifs, en 2007, le taux d'allaitement maternel devrait être : de 85 % à la sortie des services de maternité, de 70 % au deuxième mois, de 60 % au quatrième mois et de 50 % au sixième mois de la vie de l'enfant. En ce qui a trait au taux d'allaitement exclusif, actuellement ce taux est bien au-dessous de ce qui est recommandé par les différentes instances organisationnelles qui veut que toutes les mères allaitent exclusivement jusqu'à six mois de vie de l'enfant.

Par sa prise de position en faveur de l'allaitement, l'Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec (OIIQ) (1999) rejoint celle de plusieurs ordres professionnels et associations qui choisissent d'adhérer au programme de *l'Initiative des Hôpitaux Amis des Bébéés (IHAB)*. En 1990, l'OMS et l'UNICEF ont développé le programme mondial *Initiative des Hôpitaux Amis des bébéés* ayant comme objectif d'encourager les mères à initier et à poursuivre l'allaitement. Santé Canada y adhéra en 1991, en créant un comité canadien d'allaitement dont la mission première est de faire en sorte que l'allaitement devienne la norme culturelle pour nourrir tous les enfants au pays (CCA, 1998). D'ailleurs, une des stratégies visées par le MSSS (2001) pour encourager l'allaitement maternel au Québec est de favoriser l'IHAB. La présente étude se situe à l'intérieur d'un mouvement national et international pour promouvoir, maintenir et soutenir l'allaitement chez les mères. Les enjeux sont importants, alors il importe d'étudier les conditions qui interviennent dans la décision d'allaiter l'enfant jusqu'à six mois.

À l'heure actuelle, la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois est investiguée en majeure partie par certains facteurs sociodémographiques (Scott, Shaker, & Reid 2004). Souvent les études font référence aux facteurs liés à la mère (ex. âge, parité, attitude de la mère), à l'enfant (ex. état de santé, poids), à la famille (ex. soutien du conjoint) et au contexte socio-économique (ex. revenu) pour dresser le portrait des mères qui poursuivent leur allaitement. Or, actuellement, on assiste à une stagnation des connaissances en ce qui concerne la nature des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement (Santé Canada, 1999).

Certains facteurs tels que la dépression postnatale, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant commencent à être pointés pour expliquer la poursuite de l'allaitement maternel (Brandt, Andrews, & Kvale, 1998; Galler, Harrison, Biggs, Ramsey, & Forde, 1999; Vandiver, 1997). L'étude se situe dans cette lignée et vise à explorer davantage l'effet des caractéristiques de la relation mère-enfant sur la poursuite de l'allaitement. La dépression maternelle, le tempérament de l'enfant et la qualité des échanges mère-enfant sont au cœur de la préoccupation de cette étude.

En ce qui concerne le lien entre la dépression maternelle et l'allaitement, les études soutiennent généralement l'hypothèse selon laquelle les mères déprimées sèvrant leur enfant plus tôt que les mères non déprimées (Cooper, Murray, & Stein, 1993; Field, Hernandez-Reif, & Feijo, 2002; Galler et al., 1999; Hatton, Harrison-Hohner, Coste, Dorato, Curet, & Mc Carron; 2005). Par ailleurs, les résultats des études suggèrent également que, lors de l'allaitement, les mères déprimées vivent des interactions plus négatives avec leur enfant que celles qui ne sont pas déprimées (Hewat, 1998; Pridham, Schroeder, Brown, & Clark, 2001; Tamminen & Salmelin, 1991). En effet, la dépression postnatale est bien reconnue comme étant une condition de santé pouvant compromettre la qualité des interactions mère-enfant ainsi que le développement cognitif et émotionnel de l'enfant (Beck, 1998; Cohn & Tronick, 1989; Tronick, Beeghly, Weinberg, & Olson, 1997). Du fait que l'ensemble des études examinées présente un biais de sélection dans le recrutement de l'échantillon, il semble opportun de poursuivre l'investigation de la dépression maternelle chez les mères qui allaitent.

Outre la dépression maternelle, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant semble également influencer la poursuite de l'allaitement. À cet effet, Vandiver (1997) rapporte que, selon les mères, le tempérament facile de l'enfant est favorable à la poursuite de leur allaitement. L'étude de Hewat (1998) indique que les mères dont l'enfant était perçu comme étant difficile à allaiter sont moins complices avec leur enfant durant la tétée. Aussi, la décision de sevrer l'enfant est liée au fait que les mères perçoivent leur enfant comme étant plus difficile à nourrir (Righetti-Veltema, Conne-Perreard, Bousquet, & Manzano, 2002). Brandt et ses collègues (1998) ont observé des différences de comportement chez les enfants, dès la mise en route de l'allaitement, dont la mère poursuit son allaitement au-delà de six semaines comparativement aux mères sevrant leur enfant. Les enfants dont la mère poursuit l'allaitement présentent des comportements plus calmes. À l'inverse, les enfants qui sont susceptibles d'être sevrés manifestent plus de pleurs (Brandt et al., 1998). Par ailleurs, des résultats suggèrent que les enfants nourris au sein sont significativement moins agités et moins irritables durant l'allaitement, peu importe si la mère est déprimée ou non (Field et al., 2002). Bref, selon les quelques études réalisées, la perception du tempérament de l'enfant par la mère semble être un facteur en lien avec la poursuite de l'allaitement et peut influencer la qualité des interactions mère-enfant. Donc, les recherches doivent se poursuivre pour étudier le lien entre la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et la poursuite de l'allaitement.

Une étude réalisée par Brandt et ses collègues (1998) met en lien la qualité des interactions mère-enfant et la poursuite de l'allaitement. Les résultats démontrent que les mères présentant plus de comportements de synchronie et d'attachement, dans le

cadre des interactions mère-enfant à la période postnatale immédiate, sont plus susceptibles d'allaiter encore leur enfant à six semaines que les mères démontrant moins ce type de comportement (Brandt et al., 1998). Cette étude est importante pour sa contribution particulière concernant la prédiction de la poursuite de l'allaitement à partir de la qualité des interactions mère-enfant, mais elle se limite à six semaines de vie de l'enfant.

Outre le fait qu'une seule étude ait permis d'établir un lien entre la qualité des interactions et l'allaitement maternel, d'autres auteurs se sont intéressés aux interactions mère-enfant dans le cadre de l'allaitement. C'est le cas, par exemple, de Leff et ses collègues qui ont trouvé que les mères perçoivent un allaitement réussi comme un processus interactif complexe qui découle d'une satisfaction mutuelle des besoins de l'enfant et de la mère (Leff, Gagné, & Jefferis, 1994). Aussi, l'étude de Bell, St-Cyr-Tribble et Paul (2001) de même que celle de Vandiver (1997) rapportent que les mères associent l'allaitement à une relation plus étroite avec leur enfant. De plus, il semble que l'allaitement maternel soit soumis aux effets d'interactions mère-enfant moins positives. Par exemple, Maclean (1990) observe que les mères primipares qui sèvrèrent précocement leur enfant ont de la difficulté à équilibrer leurs propres besoins et à répondre à ceux de leur enfant. D'autres résultats indiquent que certaines mères ayant sevré leur enfant tôt ont le sentiment que l'allaitement exige une intimité physique avec l'enfant, ce qui excède leurs capacités ou leurs désirs (Schmied & Barclay, 1999). En somme, un certain nombre de données d'étude soutiennent l'idée qu'il existerait une association entre la qualité de la relation qui se construit entre la mère et l'enfant et leur capacité à créer une relation favorable à la poursuite

de l'allaitement. Toutefois, plus d'études et de soutien empirique sont nécessaires pour confirmer ce lien et ultimement développer des mesures de soutien à l'allaitement qui prennent en compte ces facteurs. Des études dont la période d'observation va au-delà des 12 premières semaines, l'utilisation de devis longitudinal ainsi qu'une plus grande taille d'échantillon seraient à recommander pour d'éventuelles recherches.

La présente étude, qui vise essentiellement à mettre en relation des caractéristiques de la mère, de l'enfant et de leur relation dans la poursuite de l'allaitement, est basée sur le modèle théorique de la relation mère-enfant développée par Tronick et Cohn (1989). Selon le Modèle de régulation mutuelle mère-enfant (MRME), la mère et son enfant forment un système dyadique dans lequel ils régularisent conjointement leurs interactions en répondant continuellement aux besoins affectifs et aux comportements de l'un et de l'autre. La qualité du processus de régulation mutuelle est observée à partir de quatre types d'interaction : 1] la synchronie, qui se définit comme étant l'habileté du parent et de l'enfant à ajuster leur comportement et leur affect l'un en fonction de l'autre ; 2] la concordance, correspondant à l'arrimage entre l'état affectif ou comportemental de la mère et de l'enfant ; 3] la réparation, représentant le temps de changement entre la non-concordance et la concordance et 4] la bidirectionnalité, qui est la mesure dans laquelle le comportement de l'un a une influence sur le comportement de l'autre, le point où l'état affectif de l'enfant et celui de la mère s'influencent mutuellement. Les deux types d'interaction les plus souvent examinées pour étudier le processus de régulation mutuelle sont la synchronie et la concordance (Bell, Weinberg, Ham,

Yergeau, & Tronick, 2004; Tronick et al., 1997; Weinberg, Tronick, Cohn, & Olson, 1999; Weinberg, Tronick, Olson, & Beeghly, sous presse).

Selon ces auteurs, la mère et l'enfant présentent des états affectifs qui fluctuent entre des états de concordance et de non-concordance, c'est-à-dire que chacun des partenaires de la dyade mère-enfant régularise ses intentions relationnelles et l'état de son interaction en appréhendant et répondant moment par moment à l'interprétation des dispositions affectives et des comportements de l'autre. Dans le cas de la non- concordance, par exemple, la mère peut manifester un affect neutre tandis que l'enfant sourit. Selon Tronick et Cohn (1989) les échanges continus d'affects et de comportements entre l'enfant et sa mère constituent le contexte dans lequel l'enfant peut développer une habileté à contrôler son comportement, ses affects et son environnement. Un parent qui reconnaît les signaux émis par l'enfant et y répond de manière ajustée contribue au développement des capacités de régulation socio-affective de l'enfant.

Le modèle de régulation mutuelle mère-enfant est particulièrement intéressant pour examiner le système de régulation socio-affective entre une mère et son enfant chez les mères qui allaitent parce que l'allaitement maternel est un contexte interactionnel impliquant un important processus de régulation mutuelle. Les capacités et les stratégies utilisées par la mère et l'enfant lors de l'allaitement pourraient influencer la relation mère-enfant ainsi que la décision de la mère de poursuivre ou non l'allaitement. Tronick (1989) rapporte que les échecs interactionnels peuvent être reliés à certains facteurs maternels et infantiles tels que la

dépression postnatale et le tempérament de l'enfant. De ce fait, il est raisonnable de penser que ces facteurs qui sont connus pour leur influence négative sur la qualité des interactions mère-enfant, soient également impliqués dans la poursuite ou non de l'allaitement.

Une étude mettant en relation la dépression postnatale, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et de la qualité des interactions mère-enfant chez les mères qui allaitent s'avère importante pour la profession infirmière et s'insère dans la philosophie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999). En effet, dans le cadre de cette philosophie, le but de l'intervention infirmière est d'augmenter les compétences de la mère afin qu'elle puisse interagir positivement avec son enfant et la soutenir dans le contexte de l'allaitement. L'interaction mère-enfant est un processus réciproque entre la mère et l'enfant et la réciprocité est une des conditions inhérentes au *caring* selon la perspective de Watson (1988). Ce modèle de référence de la discipline infirmière s'apparente au modèle théorique de Tronick (1989) en ce qui a trait à l'importance accordée à la qualité des interactions mère-enfant comme condition favorable à la relation mère-enfant.

Il apparaît important pour la discipline infirmière de s'intéresser à de nouvelles avenues de recherche en matière de promotion et de soutien à l'allaitement maternel. Ceci s'inscrit dans la mission première de la discipline d'améliorer le bien-être de l'enfant, des parents, de la famille et de la communauté. L'étude de l'ensemble de ces facteurs est une piste innovatrice et intéressante à explorer parce que l'étude des

interactions mère-enfant chez les mères qui allaitent n'a pas reçu jusqu'à maintenant l'intérêt exigé par les chercheurs.

De ce fait, une étude dans une perspective interactionniste et selon la philosophie du *caring* (Watson, 1999) est tout à fait justifiée, car une telle étude permettrait de développer de nouveaux créneaux d'intervention pour les infirmières. Actuellement, les infirmières apportant le soutien aux mères sont formées davantage pour résoudre les problèmes techniques de l'allaitement et axent particulièrement leurs interventions sur cet aspect (Shaw-Flach, 2002). En effet, les infirmières se préoccupent beaucoup des problèmes techniques de l'alimentation, par exemple la mise au sein du bébé, et souvent la formation reçue abonde principalement sur ces interventions. Alors, les infirmières, pourraient élargir leurs interventions à l'aspect relationnel vécu par la dyade mère-enfant. D'ailleurs, une des positions prises par l'OIIQ (1999) est que l'infirmière réalise des recherches ou y participe afin d'étudier et de favoriser la pratique de l'allaitement.

Le but de l'étude est d'explorer un modèle prédictif des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel à six mois. L'objectif général poursuivi est d'examiner l'influence de la dépression postnatale, de la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et de la qualité de l'interaction mère-enfant dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois.

L'étude longitudinale d'envergure réalisée par Tronick et ses collaborateurs ayant pour but de documenter l'impact de la dépression maternelle sur la qualité des

interactions mère-enfant (RO1 MH45547, I.P. : E.Z. Tronick) constitue une base de données qui fournit de l'information sur la dépression postnatale, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant chez des mères qui allaitent jusqu'à six mois. Elle s'avère tout à fait appropriée pour atteindre le but de la présente étude.

CHAPITRE 2

La recension des écrits

La présente recension des écrits comprend neuf sections. La première section concerne l'allaitement maternel. Deuxièmement, une revue critique des études portant sur les interactions mère-enfant est présentée. La troisième section, quant à elle, traite de la dépression postnatale alors que la quatrième section expose la dépression postnatale dans le contexte de l'allaitement. Puis, le tempérament de l'enfant et les résultats des études considérées à ce sujet constituent la cinquième section. Ensuite, vient la sixième section qui décrit le modèle théorique de la relation mère-enfant. Par ailleurs, la septième section discute de la théorie du *caring* en lien avec l'étude. Enfin, la huitième section fera état du cadre de référence sur la base duquel sera établie la stratégie méthodologique. Finalement, la dernière section discute du but poursuivi de l'étude, de l'objectif général et des hypothèses qui découlent du cadre de référence ainsi que de la question formulée.

2.1 L'allaitement maternel

Cette section s'intéresse à l'allaitement maternel : les bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et pour l'enfant ainsi que les facteurs associés à la durée de l'allaitement particulièrement ceux associés au sevrage et ceux reconnus pour la poursuite de l'allaitement. Ces facteurs sont regroupés comme suit : 1] les facteurs maternels; 2] les facteurs reliés à l'enfant; 3] les facteurs reliés à la famille et 4] les facteurs reliés au contexte socio-économique.

2.1.1 Les bienfaits de l'allaitement maternel pour la mère et pour l'enfant

L'allaitement maternel est bénéfique pour les enfants puisqu'il réduit chez eux l'incidence et la gravité de nombreuses maladies. Par exemple, l'allaitement protège les enfants contre les infections gastro-intestinales (Al-Ali, Hossain, & Pugh, 1997; Clemens et al., 1997; Golding, Emmett, & Rogers, 1997; Kramer, Chalmers, Hodnett, Sevkovskaya, Dzikovich, & Shapiro, 2001). Une autre des fonctions protectrices de l'allaitement maternel concerne les infections respiratoires (Bachrach, Schwarz, & Bachrach, 2003; Beaudry, Dufour, & Marcoux, 1995; Blaymore-Bier, Olivier, Ferguson, & Vohr, 2002; Lopez-Alarcon, Villapando, & Fajardo, 1997; Oddy et al., 2003; Wright, Holberg, Taussing, & Martinez, 1995) et les otites moyennes (Aniansson et al., 1994; Dewey, Heinig, & Nommsen-Rivers, 1995; Duncan, Ey, Holberg, Wright, Martinez, & Taussing, 1993; Scariati, Grummer-Strawn, & Fein, 1997). D'ailleurs le lait maternel contribue à la protection de l'enfant contre la méningite et la septicémie (Takala et al., 1989). Aussi, l'allaitement préserve l'enfant contre les infections urinaires (Marild, Hansson, Jodal, Oden, & Svedberg, 2004), les allergies (Kelleher & Duggan, 1999; Kull, Wickman, Lilja, Nordvall, & Pershagen, 2002; Scariati et al., 1997; Wright, Bauer, Naylor, Sutcliffe, & Clark, 1998; Wright et al., 1995) le surplus de poids (Amstrong & Reilly, 2002; Singhal, Farooqi, O'Rahilly, Cole, Fewtrell, & Lucas, 2002) ainsi que le syndrome de la mort subite du nourrisson (Horne, Parslow, Ferens, Watts, & Adamson, 2004; McVea, Turner, & Pepler, 2000; Mosko, Richard, & McKenna, 1997). D'ailleurs, l'allaitement maternel procure une protection contre la leucémie et les lymphomes chez les enfants (Bener, Denic, & Galadari, 2001; Kwan, Buffler, Abrams, & Kiley, 2004) et le diabète de type 1 (McKinney, Parslow, Gurney, Law, Bodansky, & Williams, 1999). De plus, il semble

que les enfants allaités présentent également de meilleures fonctions cognitives, telles que mesurées par le quotient intellectuel, que les enfants n'ayant pas été allaités (Anderson, Johnstone, & Remley, 1999; Horwood, Darlow, & Mogridge, 2001).

Par ailleurs, l'allaitement maternel a aussi des effets bénéfiques sur la santé des mères (Labbok, 2001). Ainsi, pour les femmes qui viennent d'accoucher, l'allaitement maternel contribue à réduire les saignements (Chua, Arulkumaran, Lim, Selamat, & Ratnam, 1994). Il favorise également la perte de poids (Haiek, Kramer, Ciampi, & Tirado, 2001) et un retour plus tardif de l'ovulation (Kennedy & Kotelchuck, 1998). D'après l'étude de Rogers et ses collègues, le taux d'ocytocine à la période postnatale est plus élevé chez les mères qui allaitent que chez les mères qui donnent le biberon à leur enfant (Rogers, Golding, & Emmet, 1997). Cette modification hormonale coïncide avec une humeur plus constante et un sentiment de bien-être plus élevé ressenti par les mères. Aussi, l'allaitement maternel aurait pour effet de réduire le niveau de certaines hormones telles que le cortisol et l'adénocorticotropine, ce qui entraîne une diminution du stress de même qu'une réduction de l'incidence de la dépression maternelle chez les femmes qui allaitent (Altemus, Deuster, Galliven, Carter, & Gold, 1995; Magiakou, Mastorakos, Rabin, Dubbert, Gold, & Chrousos, 1996; Mezzacappa, 2004). De plus, des études démontrent que l'allaitement protège les femmes contre le cancer du sein (Jernstrom, Lubinski, & Lynch, 2004; Newcomb et al., 1994), le cancer des ovaires (Rosenblatt & Thomas, 1993) et l'ostéoporose (Paton et al., 2003). À cela s'ajoutent des avantages d'ordre pratique : c'est commode, le lait est toujours disponible et à la bonne température, en plus d'être gratuit (Lepage & Moisan, 1998).

En dépit de ces nombreux avantages, peu de femmes allaitent pour une période de six mois, tel qu'il est recommandé par la Société canadienne de pédiatrie (2005) ainsi que par les plus hautes instances en matière de santé comme le Comité canadien pour l'allaitement (1998) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) en collaboration avec l'UNICEF (1990). Au niveau national, selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) menée en 2003, 85 % des mères déclarent avoir essayé d'allaiter comparativement à 73 % des mères lors de l'enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELSEJ) datant de 1999 (Santé Canada, 1999; 2003). D'après l'ESCC, 76 % des mères québécoises ont initié l'allaitement par rapport à 54 % d'après ENSP et 23 % de ces mères ont allaité sur une période de moins de trois mois.

D'importantes variations existent entre les provinces canadiennes quant à la pratique de l'allaitement. Les provinces de l'Ouest ont les taux les plus élevés d'initiation de l'allaitement et ce taux diminue en se dirigeant vers les provinces de l'Est. Le Québec et les Maritimes se placent au dernier rang des provinces canadiennes en ce qui concerne la pratique d'allaitement par les mères (Santé Canada, 1999 ; 2003). De plus, c'est dans ces deux régions canadiennes que les femmes allaitent le moins longtemps.

D'après le rapport sur la santé périnatale au Canada, 34 % des mères ont allaité sur une période de moins de trois mois (Santé Canada, 2000). Toutefois, d'après l'étude longitudinale du développement des enfants au Québec (Dubois et al., 2000), 72 % des enfants québécois étaient allaités à la naissance, dont 47 % jusqu'à

trois mois et moins du tiers des enfants l'étaient jusqu'à six mois de vie. Cependant, d'après la dernière enquête de l'ISQ (2006), le taux d'allaitement au Québec se situe à 67 % chez les enfants allaités jusqu'à trois mois et à moins de 50 % pour ceux allaités jusqu'à six mois. Or, le taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois se situe selon Millar et Maclean (2005) à 17 % au Canada et au Québec à 10 %. Par contre, des données d'étude récentes rapportent un taux inférieur à 5 %, pour l'allaitement exclusif jusqu'à 6 mois au Québec (ISQ, 2006).

Étant donné une faible persistance de l'allaitement au Québec jusqu'à six mois, vu la stagnation des connaissances des facteurs associés et qu'une des priorités du MSSS est d'augmenter les taux d'allaitement, beaucoup d'efforts doivent être déployés pour comprendre les raisons pour lesquelles les femmes mettent fin précocement à leur allaitement (MSSS, 2001).

2.1.2 Les facteurs associés au sevrage et à la poursuite de l'allaitement maternel

Pour la mère qui allaite, les huit à douze premières semaines de vie de l'enfant correspondent à une période d'ajustement entre la mère et l'enfant, dépendamment de la capacité d'adaptation des mères. Cette période pour la mère qui décide de mettre un terme à son allaitement est perçue comme étant un sevrage précoce. L'allaitement doit être considéré, d'une part, comme une suite physiologique à la grossesse, à l'accouchement et vu comme une compétence à développer chez les mères (MSSS, 2001). D'autre part, l'allaitement ne peut se résumer à l'aspect physiologique, il est essentiel d'adopter une vision plus large et sensible qui tient compte de la richesse et

de la complexité de l'être humain (Bayot, 2005). Le fait d'allaiter permet aux mères de s'accomplir dans leur rôle maternel et d'augmenter leur estime de soi (Lawrence & Lawrence, 2005; Leff et al., 1994). La poursuite de l'allaitement maternel prend toute son importance jusqu'à six mois, période qui correspond à la durée recommandée pour l'allaitement exclusif, période reconnue pour les effets maximisés de l'allaitement exclusif (American Academy of Pediatrics, 2005). Dans la section qui suit seront présentés les facteurs associés au sevrage et à la poursuite de l'allaitement maternel.

2.1.2.1 Les facteurs associés au sevrage de l'allaitement maternel

Les facteurs associés au sevrage précoce de l'allaitement maternel entre une et 12 semaines de vie de l'enfant sont abondamment documentés. Les difficultés d'allaitement sont diverses : les mamelons douloureux, les crevasses, les gerçures, l'engorgement, la mastite, la difficulté à téter et l'insuffisance de lait (Bell et al., 2001; Courville, 1995; Hill & Aldag, 1991; Matthews, 1993; Rentschler, 1991; Righard, 1998; Santé Canada, 2003; Yang, Wu Wen, Dubois, Chen, Walker, & Krewski, 2004).

Par ailleurs, selon quelques auteurs, la fatigue de la mère est une des raisons invoquées pour expliquer le sevrage de l'enfant (Bell, Moutquin, Royer, St-Cyr-Tribble, & Yergeau, 2006; Bell et al., 2001; Dumas & Lepage, 1999; Pelletier, 2001; Santé Canada, 2003; Wambach, 1998). Jusqu'à maintenant, la nature des facteurs étudiés pour expliquer le sevrage des enfants correspond majoritairement aux facteurs associés à la santé des seins ainsi qu'à l'entretien de la lactation chez la mère. Peu

d'études ont examiné l'aspect relationnel pour justifier l'arrêt de l'allaitement. La période d'allaitement maternel qui intéresse davantage la chercheuse est la période qui s'étend entre douze semaines et six mois et cela pour deux raisons. D'une part, la cible de la chercheuse vise les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement entre trois mois et six mois parce que les principaux problèmes techniques d'allaitement et de lactation sont résolus à cette période et ce, afin d'éviter les biais sur cet aspect. D'autre part, il serait important de répondre aux recommandations des différentes instances qui souhaite l'allaitement exclusif jusqu'à six mois chez les mères qui allaitent (MSSS, 2001; OIIQ, 1999; OMS, 2001; Santé Canada, 2004). En ce sens, une étude s'intéressant à examiner les facteurs psychologiques ou autres associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois s'avère tout à fait justifiée.

2.1.2.2 Les facteurs reconnus associés à la poursuite de l'allaitement maternel après deux mois

La période d'allaitement qui s'étend à partir de huit à douze semaines jusqu'à six mois a été beaucoup moins étudiée que celle jusqu'à deux mois de vie de l'enfant. Parmi les facteurs les plus fortement et significativement associés à la poursuite de l'allaitement figurent ceux reliés à la mère, à l'enfant, à la famille et les facteurs socio-économiques.

2.1.2.2.1 Les facteurs maternels. Parmi les facteurs maternels associés à la durée de l'allaitement apparaissent l'âge de la mère, l'ethnicité, la parité, le mode d'accouchement, l'état de santé de la mère, l'intention d'allaiter de la mère, l'estime de soi, l'attitude maternelle positive envers l'allaitement, l'expérience antérieure

d'allaitement et le tabagisme. Ainsi, les mères âgées de plus de 25 ans allaitent plus longtemps que les mères plus jeunes (Callen & Pinelli, 2004; Dubois & Girard, 2003; Dumas & Lepage, 1999; Gilbert, Moisan, Lepage, & De Serres, 1996; Nolan & Goel, 1995; Quarles, Williams, Hoyle, Brimeyer, & Williams, 1994).

En ce qui a trait à l'ethnicité, quelques études démontrent que les mères qui immigrèrent au Canada et aux États-Unis allaitent en moins grand nombre (Balcazar, Trier, & Cobas, 1995; Ford & Labbock, 1990; Heck, Schoendorf, Chavez, & Braveman, 2003; Williams, Innis, & Vogel, 1996). D'ailleurs, Groleau, Soulière et Kirmayer (2006) rapportent un taux plus bas de prévalence d'allaitement chez les mères immigrées au Canada provenant du Vietnam. Toutefois, le taux d'allaitement est plus élevé chez les mères anglophones que chez les mères francophones et la même tendance s'observe au Canada (Nolan & Goel, 1995). Quant à la parité, quelques études associent son importance à celle de la poursuite de l'allaitement (Bourgoin et al., 1997; Dumas & Lepage, 1999; Ford & Labbok, 1990; Pelletier, 2001; Simard et al., 2005). L'influence du mode d'accouchement, par voie vaginale ou par césarienne, sur la poursuite de l'allaitement, demeure ambiguë. Les résultats de recherche de certains auteurs (Kearney, Cronenwett, & Reinhardt, 1990) démontrent une association négative entre la poursuite de l'allaitement et le fait d'accoucher par césarienne, ce qui n'a pas été corroboré par les résultats rapportés par Dumas et Lepage (1999). Aussi, l'estime de soi élevée de la mère est associée à la durée de l'allaitement (O'Campo, Faden, Gielen, & Wang, 1992). Ainsi, les mères démontrant une attitude maternelle positive envers l'allaitement maternel allaitent plus longtemps (Libbus & Kolostow, 1994; Scott et al., 2004; Tarkka, Paunomen, & Laippala, 1999).

En effet, les mères qui manifestent un sentiment d'efficacité personnelle allaitent sur une période plus longue (Blyth, Creedy, Dennis, Moyle, Pratt, & De Vries, 2002).

De plus, l'intention d'allaiter de la mère est associée à la poursuite de l'allaitement (Bell et al., 2006; Dubois et al., 2000). Une expérience antérieure positive d'allaitement est aussi associée à une période plus longue d'allaitement (Bell et al., 2006; Bourgoin et al., 1997). Un certain nombre de chercheurs font consensus à savoir que les mères non fumeuses allaitent sur une période plus longue et que le tabagisme diminue la durée de l'allaitement (Clemens, Mitchell, Wright, Esmail, Jones, & Ford, 1997; Dumas & Lepage, 1999; Haugh, Irgens, Baste, Markestad, Skjaerven, & Schreuder, 1998; Lepage & Moisan, 1998; Nolan & Goel, 1995; Simard et al., 2005).

2.1.2.2.2 Les facteurs associés à l'enfant. L'état de santé et le poids de l'enfant à la naissance constituent les facteurs les plus souvent examinés. L'état de santé de l'enfant est en corrélation avec la poursuite de l'allaitement. Les enfants qui présentent des problèmes de santé à la naissance sont allaités pendant une période plus courte que les enfants en bonne santé (Duckett, Henly, & Garvis, 1993; Ford & Labbok, 1990). Aussi, certaines études démontrent une association positive entre le poids de l'enfant, à la naissance supérieur à 2,700 grammes et la poursuite de l'allaitement (Yoneyama, Nagata, & Asano, 1994). Par ailleurs des données d'étude démontrent une relation positive entre l'introduction tardive des solides et la poursuite de l'allaitement (Simard et al., 2005). Enfin, les mères qui donnent naissance à un

garçon sont plus nombreuses à allaiter que les mères ayant donné naissance à une fille (Jacobson, Jacobson, & Frye, 1991).

2.1.2.2.3 Les facteurs associés à la famille. Plusieurs facteurs associés à la famille, tels que le statut marital, le soutien du conjoint et le soutien des membres de la famille ont été étudiés. Plusieurs auteurs mentionnent que les femmes mariées ou les mères vivant avec le père de l'enfant allaitent plus longtemps (Callen & Pinelli, 2004; Dumas & Lepage, 1999; Gilbert et al., 1996; Quarles et al., 1994). Le soutien du conjoint est associé positivement à la poursuite de l'allaitement chez la mère ne présentant aucun facteur psychosocial à risque (Dumas & Lepage, 1999; Humphreys, Thompson, & Miner, 1998; Matthews, Webber, Mckim, Banoub-Baddour, & Laryea, 1998; Pelletier, 2001). Aussi, le soutien de la grand-mère maternelle et des autres membres de la famille favorisent la poursuite de l'allaitement (Dubois et al., 2000; Dumas & Lepage, 1999; Pelletier, 2001).

2.1.2.2.4 Les facteurs associés au statut socio-économique. Parmi les facteurs associés au contexte économique, la scolarité, le retour à l'emploi à temps partiel ou à temps complet et le revenu sont discutés. Certains auteurs établissent que les mères qui ne travaillent pas ou qui le font à temps partiel poursuivent leur allaitement sur une période plus longue (Bell et al., 2006). Par contre, un retour à l'emploi à temps complet diminue la durée de l'allaitement (Fein & Roe, 1998; Piper & Parks, 1996). Aussi, une scolarité supérieure au niveau secondaire chez la mère est associée à une durée plus longue d'allaitement (Bourgoin et al., 1997; Dumas & Lepage, 1999; Simard et al., 2005).

Plusieurs études ont mis en lien la poursuite de l'allaitement et le statut socio-économique. En effet, les chercheurs démontrent une relation entre un revenu familial élevé et la persistance à l'allaitement chez ces mères comparativement aux mères à faible revenu (Barber, Abernathy, Steinmertz, & Charlebois, 1997; Bourgoin et al., 1997; Callen & Pinelli, 2004; Ryan, 1997; Lepage & Moisan, 1998; Séguin, Goulet, Frohlich, Dumas, & Desjardins, 1998). Aussi, le fait qu'allaiter est économique amène certaines mères à nourrir leur enfant (Bell et al., 2001). Malgré l'avantage économique de l'allaitement, les mères québécoises défavorisées allaitent peu (Dubois et al., 2000).

2.1.3 *La conclusion des écrits en lien avec l'allaitement maternel*

En somme, la recension des écrits a permis de documenter les bénéfices de l'allaitement pour la santé de l'enfant et de la mère ainsi que les facteurs associés au sevrage ou à la poursuite de l'allaitement maternel. Plusieurs études épidémiologiques ayant un devis longitudinal ont contribué à appuyer scientifiquement les bénéfices de l'allaitement pour la santé de la mère et de l'enfant (Bachrach et al., 2003; Duncan et al., 1993; Oddy et al., 2003; Scariati et al., 1997). Des devis descriptifs et corrélationnels ont été utilisés pour identifier et pour prédire les facteurs associés au sevrage ou à la poursuite de l'allaitement (Nolan & Goel, 1995; Williams et al., 1996; Bell et al., 2001; Bell et al., 2006; Pelletier, 2001). Toutefois, des chercheurs ne mentionnent aucune définition du terme allaitement dans leur étude. La définition du mode d'allaitement (exclusif et mixte) demeure à la fois imprécise et parfois différente d'une étude à l'autre. Ces définitions diverses peuvent amener un biais tant qu'à l'interprétation des résultats. Ce qui nous amène à

utiliser avec prudence les résultats de ces études. La taille et la provenance de l'échantillon peuvent varier d'une étude à l'autre. Par exemple, pour le même objet d'étude, l'étude de Dewey et al., 1995 a été réalisée avec un échantillon restreint de 87 enfants alors que celle de Kramer et al., 2001 ont examiné plutôt des dyades mère-enfant au nombre de 17,046 dyades mère-enfant.

L'investigation des différentes études sur l'ensemble des facteurs discutés précédemment contribue à renforcer l'association de ces facteurs à la poursuite de l'allaitement. Cependant, l'allaitement étant un contexte favorisant les échanges interactifs mère-enfant, il est justifié de s'attendre à ce que des éléments propres à l'interaction au sein de la dyade mère-enfant interviennent dans son succès. Dans un souci de mieux comprendre les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement et suite au constat de la stagnation du développement des connaissances, une perspective interactionniste s'avère une piste intéressante à explorer pour étudier la poursuite de l'allaitement. La période de trois à six mois demeure une période stratégique à explorer pour évaluer les éléments propres à l'interaction mère-enfant dans le contexte de l'allaitement puisque l'ensemble des problèmes techniques et de lactation serait résolu à cette période.

La deuxième section traite de la qualité des interactions mère-enfant : la perspective des interactions mère-enfant selon le point de vue des mères lors de l'allaitement, les études réalisées sur les interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement et dans différents contextes.

2.2 La qualité des interactions mère-enfant

L'interaction est un processus permanent d'adaptation où la mère et l'enfant se rencontrent et s'influencent mutuellement (Lamour & Baracco, 1998). Les capacités de régulation socio-affective de l'enfant reposent également sur la sensibilité du parent à satisfaire ses besoins de régulation (Calkins, 1994; Cassidy, 1994). D'après Lacharité (2003), la sensibilité parentale s'exprime en quatre phases : 1] la détection des signaux émis par l'enfant, 2] la signification juste et appropriée des signaux, 3] la sélection d'une réponse juste et appropriée aux signaux et 4] l'application rapide de la réponse sélectionnée. D'après cet auteur, un enfant n'est pas d'une fragilité telle qu'il lui faille un taux de 100 % de sensibilité parentale pour pouvoir se développer adéquatement. En effet, les parents qui sont les plus sensibles ne le sont qu'environ 75-80 % du temps et la majorité des parents n'arrive à être sensible qu'à 60-75% du temps (Lacharité, 2003).

Selon Cohn et son collègue (1989) les échanges continus d'affects et de comportements entre l'enfant et sa mère constituent le contexte dans lequel l'enfant peut développer une habileté à contrôler son comportement, ses affects et son environnement. Ainsi l'interaction mère-enfant suscite chez l'enfant l'utilisation de ses habiletés à communiquer ses intentions et sa satisfaction de manière à atteindre ses buts interactionnels. Donc un parent qui reconnaît les signaux émis par l'enfant et qui y répond de manière appropriée, contribue au développement de ses capacités de régulation socio-affective.

Alors, l'enfant se façonne une représentation du parent comme étant disponible et l'efficacité du parent à répondre de façon satisfaisante à ses besoins aide l'enfant à réguler ses émotions (MSSS, 2005). Ce n'est que lorsque les interactions sensibles ne sont plus majoritaires dans l'ensemble des échanges parent(s)-enfant que, l'enfant semble être affecté négativement par le comportement du parent. Il va de soi que l'allaitement a l'avantage de favoriser les échanges affectifs entre la mère et l'enfant. Chaque tétée est en effet l'occasion de multiples échanges visuels et verbaux ainsi que plusieurs minutes de contact peau à peau (Beaudry, Chiasson, & Lauzière, 2006).

2.2.1 La perspective des mères sur les interactions mère-enfant lors de l'allaitement maternel

Quelques chercheurs tentent, par le biais d'entrevues semi-structurées, de comprendre l'expérience intime des mères qui allaitent. Allard (2002) recueille les propos de quatre mères sur leur expérience d'allaitement entre quatre et 14 mois. Ces mères racontent leur expérience comme étant globalement positive et humainement chaleureuse. En fait, les mères discutent de la relation mère-enfant en terme de rapprochement entre elles et leur enfant. De plus, ces mères estiment que seul l'allaitement souscrit à cette relation privilégiée.

D'après Leff et ses collègues (1994), les mères interrogées perçoivent un allaitement réussi comme un processus interactif complexe qui découle d'une satisfaction mutuelle des besoins de l'enfant et de la mère. Les mères décrivent leur

expérience d'allaitement comme étant une expérience permettant le développement de la relation mère-enfant et le rapprochement avec leur enfant.

Dans le même ordre d'idées, d'autres données ont été recueillies sur ce qui incite les mères à poursuivre leur allaitement sur une période allant au moins jusqu'à six mois. Ainsi, Wrigley et Hutchinson (1990) rapportent chez les mères qui allaitent sur une période de plus de 12 mois, des interactions positives fréquentes entre la mère et l'enfant dont la dyade mère-enfant tire bénéfice dans la relation. Aussi, dans l'étude de Schmied et Barclay, (1999) les mères qui allaitent jusqu'à six mois discutent de l'importance de l'allaitement pour la relation mère-enfant et des bienfaits de cet allaitement pour l'enfant.

Selon Maclean (1990) qui a mené des entrevues auprès des mères, il semble que certaines des raisons évoquées par les mères pour poursuivre leur allaitement furent celles de créer un lien affectif avec l'enfant et les bénéfices pour leur santé et pour celle de leur enfant. D'ailleurs, Tarkka et ses collègues (1999) ont démontré que les mères qui composent le mieux avec l'allaitement à trois mois sont celles qui sont attachées à l'enfant. La majorité de ces études semblent démontrer l'importance du lien d'attachement mère-enfant pour la poursuite de l'allaitement. Par contre, peu d'auteurs se sont intéressés à étudier l'influence du lien d'attachement mère-enfant pour expliquer le sevrage des mères qui allaitent.

Bref, selon les quelques études disponibles sur le sujet, une interaction positive entre la mère et son enfant lors de l'allaitement semble être un déterminant à la poursuite de l'allaitement.

2.2.2 Les études sur la qualité des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement maternel

La qualité des interactions mère-enfant a été examinée dans le contexte de l'allaitement. Epstein (1993) étudie les interactions chez quatre dyades mère-enfant lors d'une séance d'allaitement dont l'âge des enfants varie entre sept et neuf mois. Celui-ci observe que chacune des dyades mère-enfant vit des interactions réciproques et non réciproques par moment lors de la séance d'allaitement. En outre, les interactions mère-enfant se manifestent lors du toucher, lors des vocalisations et lors des regards. Enfin, ces interactions permettent à la mère d'obtenir des bénéfices lors de ces échanges, de décoder les messages de l'enfant et de développer une sensibilité envers son enfant. Par exemple, dans le contexte de l'étude, une mère qui avait sevré son enfant après un mois, décide de reprendre l'allaitement pour créer un contact significatif avec lui. Lors des interactions avec l'enfant durant l'allaitement, la chercheuse note plusieurs vocalisations réciproques joyeuses et fortes. Ainsi, la mère reçoit du feedback positif de la part de l'enfant durant l'allaitement. Même si la mère vit, au moment de la séance d'allaitement, à la fois des interactions réciproques et non réciproques, le bilan final est plus positif que négatif, ce qui amène possiblement les mères à poursuivre leur allaitement sur une période plus longue.

Brandt et ses collègues (1998) observent les interactions mesurées par le *Nursing Child Assessment Feeding Scale* (Barnard, 1978) lors d'une session d'allaitement auprès de 42 dyades mère-enfant avec des facteurs à risque élevé. Les mères qui démontrent plus de comportements de synchronie et d'attachement dans les 28 à 90 heures suivant la naissance allaitent encore à six semaines (Brandt et al., 1998). Cette recherche permet de démontrer que les mères jeunes, peu scolarisées, ayant un revenu économique peu élevé, qui vivent des interactions positives avec l'enfant dès la naissance, avaient l'intention de poursuivre leur allaitement au-delà de six semaines. Or, ces caractéristiques sociodémographiques : les mères jeunes, peu scolarisées, à faible revenu sont paradoxalement associées dans la littérature aux mères qui sèvrèrent tôt leur enfant. La limite de l'étude correspond au fait qu'il y ait eu une mesure unique de la qualité des interactions et la période prise en considération porte sur la période postnatale immédiate. Les résultats de l'étude amènent la chercheuse à examiner la période non étudiée de trois à six mois pour vérifier l'influence de la qualité des interactions mère-enfant sur la poursuite de l'allaitement.

Une variable très peu étudiée est l'influence du genre de l'enfant lors des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement. D'après l'étude de Worobey effectuée auprès de 27 dyades mère-enfant (1993), les garçons allaités au sein présentent une interaction mère-enfant plus chaleureuse que les filles nourries au sein. Les mères démontrent plus de gestes affectueux envers les garçons qu'envers les filles. Les garçons nourris au sein sourient davantage à leur mère et recherchent plus sa présence que les filles. Ces données demeurent à confirmer et des recherches

supplémentaires sont requises, d'où l'intérêt de la chercheuse de prendre en compte cette variable dans la présente étude.

2.2.3 La qualité des interactions mère-enfant dans différents contextes

Dans le cadre de l'observation des comportements interactifs auprès de 30 dyades mère-enfant, les résultats de l'étude de Vandiver (1997) menée avec un devis corrélationnel démontrent que le comportement des mères avec l'enfant lors des soins (par exemple : le bain, le changement de couche), ou lors des vocalisations ou lors du toucher prédit la durée de l'allaitement à 12 semaines. Les mères sevrant plus tardivement interagissent plus avec l'enfant, le touchent davantage et réagissent plus aux indices de sa faim. Il est important de noter le fait que le comportement interactif de la mère qui contribue à la poursuite de l'allaitement dans cette étude consolide l'hypothèse du rôle des interactions dans la poursuite de l'allaitement. Ainsi, la variable des interactions mère-enfant et la poursuite de l'allaitement seront examinées sur une période qui va au-delà de 12 semaines dans la présente étude.

2.2.4 La conclusion des écrits en lien avec les interactions mère-enfant et leur impact sur la poursuite de l'allaitement maternel

En somme, les propos émis par les mères qui allaitent sur une plus longue période semblent converger à l'effet qu'une relation positive mère-enfant agit comme un facteur déterminant pour la poursuite de l'allaitement. Les limites des quelques études sur le sujet portent sur : 1] la période d'observation qui va de quelques heures suivant la naissance à 12 semaines de vie; 2] la taille de l'échantillon restreinte de 24 à 42 dyades mère-enfant étudiées et 3] l'utilisation de devis longitudinal. Enfin,

l'évaluation de la qualité des interactions mère-enfant pour expliquer la durée de l'allaitement semble une piste de recherche à explorer davantage. Cependant, des données récentes suggèrent également que la dépression postnatale peut être un facteur déterminant de la non-poursuite de l'allaitement maternel (Field et al., 2002; Galler, Harrisson, & Biggs, 2002).

2.3 La dépression postnatale

Cette section examine la dépression postnatale : la définition, les symptômes et la prévalence de la dépression, les facteurs prédictifs de la dépression postnatale, l'évaluation de la dépression postnatale et enfin, les impacts de la dépression maternelle sur la mère, sur l'enfant et sur la qualité des interactions mère-enfant.

2.3.1 La définition, les symptômes et la prévalence de la dépression

Les différents types de désordre affectifs auxquels sont exposées les nouvelles mères lors de la naissance d'un enfant sont les suivants : 1] le « blues » de la période postnatale; 2] la psychose post-partum et 3] la dépression postnatale. En ce qui concerne la présente étude, le type de désordre affectif retenu est la dépression postnatale. Cependant, les différents types de désordre affectif qui peuvent surgir à la période postnatale sont présentés sommairement. Le premier type de désordre affectif, le blues de la période postnatale se manifeste entre la troisième et la cinquième journée suivant la naissance de l'enfant pour disparaître après une à deux semaines. Il touche environ 50 à 80 % des nouvelles mères. Les symptômes observés sont la fatigue, la tristesse, les sautes d'humeur, l'insomnie, la tendance à pleurer et la

difficulté de concentration. Cet état transitoire est sans conséquence pour la mère et l'enfant (Perfetti, Clark, & Fillmore, 2004).

Le deuxième type de désordre affectif, la psychose post-partum, est beaucoup plus grave et survient chez une femme pour 500 à 1000 accouchements. D'après le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* (2000), les symptômes surviennent soit quelques jours suivant l'accouchement, soit entre la deuxième et la troisième semaine. Les symptômes sont les suivants : la fatigue, l'insomnie, l'agitation psychomotrice, les épisodes de pleurs, l'instabilité émotionnelle, la difficulté à se concentrer, l'anxiété sévère, les états de panique, les idées suicidaires, une préoccupation obsessionnelle ou une absence d'intérêt pour l'enfant, les obsessions concernant les violences envers les enfants et parfois les idées délirantes (ex. la mère peut penser que le bébé est possédé du démon) ainsi que les hallucinations (American Psychiatric Association, 2000). De nombreuses femmes se sentent particulièrement coupables d'être déprimées alors qu'elles devraient au contraire vivre des sentiments de joie. Elles demeurent réticentes à parler de ce qu'elles vivent et ne se sentent pas à l'aise d'exposer leurs sentiments négatifs vis-à-vis de leur enfant. Cet épisode de dépression demande surveillance et vigilance pour protéger la mère et l'enfant des conséquences incommensurables telles que l'infanticide. Il importe d'évaluer l'impact de ce type de dépression sur la qualité des interactions mère-enfant. De plus, le risque de récurrence pour chaque accouchement ultérieur est de 30 à 50 % (American Psychiatric Association, 2000).

D'autres mères souffrent d'un autre type de désordre affectif, soit la dépression postnatale. La dépression postnatale réfère à un épisode de dépression majeure temporaire associée à la naissance d'un enfant. Cette dépression postnatale survient chez la mère au cours des quatre semaines suivant l'accouchement d'après le DSM-IV (2000). Ce trouble de l'humeur est aussi nommé épisode dépressif majeur du post-partum. Cependant, les chercheurs font consensus pour parler de dépression postnatale, la dépression qui s'installe dans les trois mois suivant la naissance de l'enfant (Wisner, Parry, & Piontek, 2002)

Les taux de prévalence de la dépression postnatale oscillent entre 8 à 15 % selon les écrits consultés (Beck, Reynolds, & Rutowski, 1992; Hobfoll, Ritter, Lavin, Hulsizer, & Cameron, 1995; Perfetti, Clark, & Fillmore, 2004). Dans une méta-analyse portant sur les taux de dépression postnatale, O'Hara et Swain, (1996) rapportent que le taux moyen de ce désordre d'humeur est de 13 %. La dépression postnatale affecterait 500,000 mères chaque année aux États-Unis (Wisner et al., 2002). Il est possible de supposer que la dépression postnatale affecte plus de 12,000 femmes chaque année au Québec. Le taux de prévalence de la dépression postnatale peut s'élever jusqu'à 26 % chez les mères adolescentes (Troutman & Cutrona, 1990) et de 22 à 34 % chez les mères à faible revenu (Patel, Rodrigues, & DeSouza, 2002). De plus, le risque d'une dépression postnatale est plus élevé pour les femmes qui ont une histoire antérieure de dépression (Altshuler, Hendrick. & Cohen, 1998).

Les symptômes de la dépression postnatale peuvent s'étendre sur une période variant de quelques semaines et persister au-delà de la première année de vie de l'enfant (Wisner et al., 2002). Horowitz et Goodman (2004) rapportent que, 30.6 %

des mères qui présentent des résultats élevés de dépression, deux à quatre semaines après la naissance, continuent de demeurer déprimées deux ans suivant la naissance de l'enfant. Au plan clinique, la dépression postnatale se manifeste par l'humeur dépressive ou la perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités, perturbant le fonctionnement quotidien de la mère depuis au moins deux semaines. La présence de quatre ou plus des symptômes suivants sont requis pour établir le diagnostic : la perte ou le gain de poids, l'insomnie ou l'hypersomnie, l'agitation ou le ralentissement psychomoteur, la perte d'énergie ou la fatigue, la labilité émotionnelle, le sentiment de culpabilité, l'anxiété sévère, les attaques de panique, la difficulté à penser et à se concentrer, les pensées récurrentes de suicide ou de mort avec ou sans un plan prédéterminé, les hallucinations auditives, les idées délirantes ainsi que les comportements désorganisés en regard des soins à donner à l'enfant (American Psychiatric Association, 2000). Dans le cadre de la présente étude, tel que mentionné précédemment, c'est de ce type de dépression dont il sera question.

2.3.2 Les facteurs prédictifs de la dépression postnatale

Plus de 70 facteurs ont été identifiés comme étant des facteurs prédictifs à la dépression postnatale. Selon Halbreich (2005), ces facteurs peuvent être classifiés sous les catégories suivantes : 1] l'histoire personnelle (l'histoire antérieure de dépression, la faible estime de soi); 2] l'histoire familiale (les antécédents familiaux de dépression); 3] les facteurs socio-économiques (la pauvreté, la monoparentalité); 4] les relations familiales perturbées (les conflits conjugaux); 5] le réseau de soutien social (le faible réseau social de soutien); 6] les facteurs liés à la grossesse, à l'accouchement ou à la période postnatale (le blues du postpartum, la césarienne non

planifiée); 7] les facteurs liés à l'enfant (la prématurité, le tempérament difficile, les problèmes de sommeil) et 8] les différents autres facteurs (hormonaux, biologiques, génétiques et culturels).

2.3.3 *L'évaluation de la dépression postnatale*

L'évaluation de la dépression postnatale peut s'effectuer soit par un diagnostic clinique soit par une évaluation des symptômes dépressifs. Un diagnostic clinique de dépression est généralement émis à partir d'entrevues semi-structurées qui incluent les critères de diagnostic du *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994) ou le *Research Diagnostic Criteria* (Spitzer, Endicott, & Robins, 1978) comme le *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (Endicott & Spitzer, 1978). Cette façon de faire exige beaucoup de temps, d'argent et de disponibilité de la part des participants. Une évaluation du niveau des symptômes dépressifs est souvent réalisée grâce à des instruments de mesure tels que le *Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977), le *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelson, Moch, & Erbaugh, 1961), le *Beck Depression Inventory – 11* (Beck, Steer, & Brown, 1996) ou l'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987). L'utilisation des mesures symptomatologiques comporte des avantages intéressants tels que le coût peu élevé, la facilité d'utilisation. Ce sont des instruments sensibles à identifier les personnes qui ont des symptômes de dépression (Leadbeater & Linares, 1992; Leadbeter, Bishop, & Raver, 1996). Par exemple, les résultats de l'étude menée par Bettis (1988) auprès de dyades mère-enfant à partir d'une mesure de symptômes dépressifs démontrent des différences significatives sur le plan des paramètres vocaux (expressions, intonations, pauses) chez les mères

déprimées comparativement aux mères non déprimées. L'auteure conclut que la présence d'un niveau élevé de symptômes dépressifs, sans diagnostic de dépression clinique, affecte la qualité des interactions mère-enfant.

En somme, avec une prévalence aussi élevée de mères présentant une dépression postnatale et le fait que la dépression postnatale s'étende sur la première année de vie de l'enfant, il résulte donc qu'un grand nombre d'enfants sont exposés à une mère déprimée et peuvent être affectés par la condition de santé de la mère.

2.3.4 Les impacts de la dépression postnatale chez la mère, chez l'enfant et sur la qualité des interactions mère-enfant

La dépression postnatale affecte le comportement de la mère de même que celui des enfants ainsi que la qualité des interactions mère-enfant (Cohn, Matias, Tronick, Connel, & Lyons, 1986; Field, Healy, Goldstein, & Guthertz, 1990). D'ailleurs, la dépression postnatale est bien reconnue comme étant une condition de santé pouvant compromettre le développement cognitif et émotionnel de l'enfant (Beck, 1998; Cohn & Tronick, 1989; Tronick et al., 1997).

En ce qui a trait aux mères, la dépression postnatale peut avoir un impact sur leur capacité à s'impliquer dans leur nouveau rôle et miner leur sentiment de compétence parentale, ce qui peut contribuer à exacerber la dépression maternelle (Beck, 1995). Il est intéressant de noter que les mères dépressives ne forment pas un groupe de mères homogène quant à leur façon d'interagir avec l'enfant. Ainsi, il existe selon certains auteurs au moins deux profils interactifs distincts : le profil

intrusif ou le profil désengagé (Cohn et al., 1986; Tronick, 1989). D'une part, les mères intrusives ont une façon particulière de prendre l'enfant, de le toucher brusquement et de lui parler sur un ton de voix colérique. D'autre part, les mères dont le profil se dessine comme étant désengagé répondent peu à leur enfant, présentent un affect neutre et apportent peu de soutien à l'enfant lors des activités de jeux (Tronick, 2004).

Des données d'étude rapportent que les mères déprimées consultent plus souvent à l'urgence pour un problème de santé chez leur enfant, ne lui assurent pas un suivi de santé régulier et accumulent du retard au calendrier d'immunisation de l'enfant (Minkovitz et al., 2005). Beck (1995) a rapporté, lors d'une méta-analyse, une relation modérée entre la dépression maternelle et les problèmes de comportement des enfants âgés d'un an à dix-huit ans.

Ainsi, les enfants de mères déprimées ont une capacité d'adaptation plus faible et plus imprévisible (Meredith & Noller, 2003). En outre, ces enfants sont moins performants dans l'orientation vers les stimuli inanimés; ils démontrent davantage de pleurs excessifs, moins de tonicité, d'activité motrice, de robustesse et d'endurance ainsi que plus d'irritabilité que les enfants de mères non-déprimées (Abrams, Field, Scafidi, & Prodomidis, 1995; Zucherman, Bauchner, Parker, & Cabral, 1990). Des données d'étude d'observation concernant les indices physiologiques et biochimiques des enfants de trois à six mois en interaction avec leur mère déprimée indiquent que ces enfants présentent davantage d'asymétrie frontale droite à l'électro-encéphalogramme comparativement aux enfants allaités de mères déprimées, une plus

grande quantité d'influences cardiaques inhibitrices, un rythme cardiaque plus élevé et un taux plus élevé de cortisol sanguin (Field, Fox, Pickens, & Nawrocki, 1995; Field, Pickens, Fox, Nowrocki, & Gonzalez, 1995; Jones, McFall, & Diego, 2004).

Des données d'étude suggèrent que la sévérité et la chronicité de la dépression maternelle est importante à considérer lors de l'évaluation des effets de la dépression sur le fonctionnement de l'enfant (Campbell, Cohn, & Meyers, 1995; Frankel & Harmon, 1996; Teti, Gelfand, Messinger, & Isabella, 1995). En effet, il semble que plus la dépression maternelle est sévère et chronique, plus les enfants sont à risque de développer un attachement insécurisant/évitant à leur mère (Martins & Gaffan, 2000). C'est-à-dire que l'enfant développe une représentation du parent comme étant non disponible et incapable de répondre à ses besoins et une représentation de lui-même comme étant peu compétent pour susciter l'intérêt et l'attention dont il a besoin. La période critique pour le début de la dépression postnatale chez les mères survient au moment où les mères s'habitent à reconnaître et à répondre aux besoins de l'enfant de manière sensible, ce qui devient un obstacle au développement de la relation mère-enfant (Beck, 1996).

En effet, l'interaction mère-enfant est souvent perturbée par la dépression, principalement lorsque la mère est hautement dépressive durant la première année de vie de l'enfant (Beeghly, Weinberg, Olson, Kerman, Riley, & Tronick, 2002). Il semble que les mères qui souffrent d'une dépression à la période postnatale présentent moins d'affect positif dans le cadre des interactions avec leur enfant comparativement aux mères non déprimées. Notamment, elles sont moins positives en ce qui a trait à

l'humeur, aux expressions faciales, aux vocalisations, au ton de la voix ainsi qu'aux comportements ludiques (Cox, Puckering, Pound, & Mills, 1987; Field, Healy, & LeBlanc, 1989). Selon les observations de Field (2002), les mères déprimées et leur enfant présentent moins de vocalisations, d'expressions positives, d'échanges de regards et de touchers lors du jeu libre.

Outre un affect plus négatif, les mères déprimées sont également moins sensibles dans le cadre des échanges avec leur enfant (Cox et al., 1987; Goodman & Brumley, 1990; Teti, Gelfand, & Pompa, 1990). Certaines mères ont de la difficulté à décoder les signaux émis par l'enfant et la réponse à ces signaux est retardée, moins bien ajustée aux besoins exprimés par l'enfant et plus inconsistante. Les mères déprimées et leur enfant se retrouvent plus souvent en harmonie au niveau des affects négatifs, plutôt qu'au niveau des affects positifs (Beck, 1995). L'affect négatif de la mère devient en quelque sorte l'environnement émotionnel dans lequel l'enfant se développe. Ainsi, les enfants de mères déprimées sont généralement plus maussades et pleurent plus que les enfants de mères non déprimées. Bell et ses collègues rapportent un affect non concordant entre l'affect négatif de l'enfant et les mères désengagées ayant des symptômes élevés de dépression à trois mois (Bell, Weinberg, Beeghly, Yergeau, Ham, & Tronick, soumis). Aussi, Bettes (1988) démontre que les mères déprimées échouent à ajuster leurs expressions et leurs intonations en réponse aux vocalisations de l'enfant comparativement aux mères non déprimées. Certaines données d'étude indiquent que les garçons pourraient être plus vulnérables que les filles aux effets de la dépression maternelle à cause de leur prédisposition génétique à une moins grande capacité de régulation socio-émotionnelle (Tronick & Cohn, 1989).

En effet, il semble que les filles soient plus capables de tourner leur attention vers un objet que les garçons dans le cadre des interactions sociales, ce qui aurait pour fonction de faciliter le contrôle affectif interne (Weinberg et al., 1999). Pour leur part, les garçons sont plus sensibles et connectés à leur mère durant les interactions sociales et comptent sur elle pour l'aider à gérer ses affects négatifs. Aussi des recherches réalisées par Weinberg et ses collaborateurs rapportent des réactions différentes chez les garçons et les filles de mères déprimées en bas âge sur leurs capacités auto-régulatrices (Bell et al., 2004; Weinberg et al., 1999; Weinberg et al., sous presse). Les garçons semblent être plus affectés et désorganisés que les filles par la dépression de la mère (Tronick & Weinberg, 2000). Ainsi, les mères déprimées ont plus de difficultés à combler les besoins d'interaction avec leur fils, la mère devient de plus en plus frustrée lors de l'interaction et l'enfant présente un affect de plus en plus négatif. Or, les résultats démontrent que les mères déprimées vivant le plus d'affect positif sont celles qui ne travaillent pas et qui donnent naissance à une fille (Cohn, Campbell, Matias, & Hopkins, 1990).

Quoique la qualité des échanges entre la mère et son enfant semble affectée par la présence de dépression chez la mère, certains facteurs peuvent nuancer cet effet (Weinberg & Tronick, 1997). Par exemple, Campbell et ses collègues (1995) n'ont trouvé, chez la mère qui souffre de dépression transitoire, aucune différence significative dans la qualité des interactions mère-enfant et ce, dans les différents contextes interactionnels, y compris lors de l'allaitement maternel. Ces résultats suggèrent que la dépression maternelle postnatale n'a pas toujours un effet dévastateur sur les capacités régulatrices émotionnelles de la mère et de l'enfant.

Il peut sembler surprenant que les mères qui présentent des symptômes élevés de dépression puissent maintenir des interactions positives avec l'enfant. Certaines hypothèses sont soulevées par des auteurs pour tenter d'expliquer ce constat (Bell et al., soumis). Ces mères sont probablement capables de s'auto-motiver à interagir positivement avec l'enfant, guidées par des valeurs profondes ou des connaissances sur l'importance des interactions positives pour le développement de l'enfant ou par un désir profond de se connecter positivement avec leur enfant.

2.3.5 La conclusion des écrits en lien avec la dépression postnatale

En somme, la dépression postnatale est ciblée comme étant un problème perturbant la relation mère-enfant principalement parce que les mères déprimées dégagent une attitude moins positive et même, plus négative, vis-à-vis l'enfant lors des moments d'interaction mère-enfant (Cohn & Tronick, 1989; Tronick et al., 1997). De plus, le risque de continuer à expérimenter un niveau élevé de symptômes dépressifs au cours de la première année de vie est considérable (Beeghly et al., 2002) avec des conséquences fâcheuses pour le développement de l'enfant. D'après Campbell et al., (1995), le développement de la régularisation de l'affect chez l'enfant est compromis par la persistance de signes dépressifs maternels. Cependant, le genre de l'enfant est un facteur à considérer dans des études ultérieures pour connaître davantage son rôle dans la qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées. Somme toute, les garçons sont des partenaires interactifs plus exigeants pour les mères que les filles, conséquemment, les effets négatifs sont plus grands pour eux lorsque la mère n'est pas disponible émotionnellement. Bref, la dépression

maternelle peut compromettre les interactions mère-enfant et le développement de l'enfant (Beeghly et al., 2002; Cohn & Tronick, 1989).

2.4 La dépression postnatale et l'allaitement maternel

Dans cette section, l'état des connaissances relatives à la prévalence de l'allaitement maternel lors de la dépression postnatale, les facteurs explicatifs de la dépression postnatale sur la poursuite de l'allaitement et la qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées dans le contexte de l'allaitement sont examinés.

2.4.1 La prévalence de l'allaitement maternel lors de la dépression postnatale

L'enquête réalisée par le *National Longitudinal Survey of Children and Youth Canada* (1994/95), (Statistique Canada, 1996) démontre que les mères déprimées sèvrèrent plus souvent leur enfant avant l'âge de trois mois comparativement aux mères non déprimées (Santé Canada, 1999). Par ailleurs, selon l'Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (Dubois et al., 2000), il semble qu'un état dépressif ne soit pas associé à l'intention d'allaiter à la naissance, mais qu'il soit inversement relié au fait d'allaiter à quatre mois. Les résultats de l'étude de Campbell et ses collègues (1995) rapportent que les mères déprimées allaitent moins longtemps leur enfant à deux mois. Acheson (1995) observe lors de la révision de 724 dossiers de mères que le fait de ne pas allaiter est associé aux symptômes dépressifs des mères.

Quelques autres résultats d'études abondent dans le même sens à savoir que les symptômes dépressifs de la mère influencent la poursuite de l'allaitement. Des

données d'étude indiquent une relation négative entre les symptômes dépressifs de la mère et la poursuite de l'allaitement à six semaines. Cette relation persiste même après avoir contrôlé chez la mère l'histoire antérieure de dépression, les événements stressants susceptibles d'augmenter le stress et la médication psychotique administrée (Hatton et al., 2005). D'après Galler et ses collègues (1999), l'humeur dépressive de la mère à sept semaines prédit une diminution de l'allaitement à trois et à six mois de vie de l'enfant. Ce seuil demeure significatif à sept semaines et à six mois, même après avoir contrôlé les variables sociodémographiques incluant le revenu socio-économique. Aussi, les résultats de l'étude de Field et ses collaborateurs (2002) indiquent que 50 % des mères déprimées ont cessé leur allaitement comparativement à 20 % chez les mères non déprimées. Le nombre de mois durant lesquels la mère allaite est significativement plus bas chez les mères déprimées que chez celles non déprimées, soit 2,6 mois vs 4,2 mois.

En somme, il semble que la poursuite de l'allaitement est plus courte chez les femmes vivant une dépression postnatale. Par contre, les différents devis consultés présentent des différences notables en ce qui a trait aux caractéristiques des échantillons, ce qui a pu introduire un biais de sélection. Par exemple, certaines recherches proviennent d'études de données secondaires dont le recrutement à la base n'était pas nécessairement les mères vivant une dépression postnatale. D'autres différences sont observées en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des familles. D'ailleurs certains échantillons varient en fonction de l'âge des mères, de l'ethnie, du revenu familial tout en étant restreint comme échantillon ce qui peut avoir un impact sur les résultats du fait que ce sont des facteurs

de risque pour la dépression postnatale. Donc, il importe de continuer des efforts pour investiguer la dépression postnatale dans le contexte de l'allaitement.

2.4.2 Les facteurs explicatifs possibles de la dépression postnatale sur la poursuite de l'allaitement maternel

Les causes précises qui expliqueraient pourquoi la grossesse et la naissance d'un enfant représentent un moment de plus grande vulnérabilité pour le début d'un épisode dépressif chez la mère, ne sont pas clairement établies. Une variété de facteurs étiologiques a été suggérée pour expliquer ce phénomène. Les auteurs font le plus souvent référence aux fluctuations hormonales, aux changements neuroendocriniens ou encore à l'ajustement psychosocial de la grossesse et de la naissance (Steiner, 2003). D'après Misri (2001), c'est la combinaison entre ces facteurs qui permet le mieux d'expliquer la psychopathologie des troubles de l'humeur durant la grossesse et la période postnatale. Par ailleurs, quelques explications peuvent être soulevées pour tenter de comprendre pourquoi les symptômes de dépression ont un impact sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement.

Une des raisons mentionnées fréquemment par les mères déprimées qui cessent leur allaitement est la perception de l'insuffisance de lait (Schwartz, D'Arcy, Gillepsie, Bobo, Longeway, & Foxman, 2002). Or, l'hypothèse d'une composante biochimique à l'origine de l'interférence de la production de lait chez les mères déprimées est plausible. L'étude de l'hypothèse de la baisse de sécrétion de l'ocytocine provient des différents mécanismes neurotransmetteurs dans le cerveau

comme les cellules productrices de sérotonine. Ces mêmes mécanismes seraient possiblement impliqués dans la régulation de la sécrétion de la prolactine. Des données d'une étude rapportent une association entre les résultats élevés de l'anxiété maternelle et les bas niveaux de prolactine chez les mères durant la période postnatale (Asher, Kaplan, Modai, Neri, Valevski, & Weizman, 1995). En effet, la présence d'événements stressants dans la vie a un effet négatif sur le processus de lactation rendant difficile l'initiation et la poursuite de l'allaitement (Dewey, 2001).

2.4.3 *La qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées dans le contexte de l'allaitement maternel*

Seulement quelques études ont examiné la qualité des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement et de la dépression postnatale. Parmi ces études, Hewat (1998) évalue la qualité des interactions mère-enfant chez 24 dyades mère-enfant lors d'une session d'allaitement à deux mois avec le *Nursing Child Assessment Feeding Scale* (Barnard, 1978). Les mères qui manifestent des difficultés avec l'allaitement sont celles qui présentent le plus de symptômes dépressifs. Les résultats de l'étude indiquent que les mères dont l'enfant était perçu comme étant difficile à allaiter, accordent moins de temps en situation d'harmonie et de complicité, passent plus de temps en état de désaccord et de conflit et se retrouvent plus souvent dans un état de non-complicité. Les mères ayant donné naissance à un enfant à terme ou prématuré présentant des symptômes de dépression démontrent des attitudes plus négatives durant l'allaitement (Pridham et al., 2001). D'ailleurs, les mères qui ont des préjugés envers l'allaitement manifestent plus d'attitudes négatives lors de l'allaitement. Misri, Sinclair et Kuan (1997) rapportent une association entre la

dépression et l'allaitement dans une étude rétrospective où 83 % des femmes signalent que les symptômes dépressifs débutent pendant la période d'allaitement, environ deux mois après leur accouchement. Un fait non négligeable à noter, c'est que les mères qui allaitent exclusivement, durant au moins huit semaines, rapportent moins de détresse. Par contre, plus de la moitié des mères mentionnent des problèmes avec leur allaitement dès les premiers jours post-partum. Ces résultats demandent d'être interprétés avec prudence, la question soulevée par l'auteure est de déterminer si ce sont les problèmes d'allaitement qui précèdent la dépression postnatale ou bien si ce sont les symptômes de dépression postnatale qui se manifestent à cette période.

Par ailleurs, contrairement à l'hypothèse de départ formulée par Tamminen et son collègue (1991), les mères déprimées sont très actives dans leur tentative pour établir une communication au point où, en certaines occasions, ce besoin d'obtenir une rétroaction de l'enfant devient dérangent pour l'enfant lors de la tétée. Selon ces auteurs, les mères déprimées expérimentent moins de satisfaction comparativement aux mères non déprimées lors de l'observation à trois mois aux différentes phases d'allaitement. Cependant, ces mères vivent occasionnellement un état d'harmonie et de symbiose avec l'enfant. Certains auteurs proposent différentes hypothèses pour expliquer la motivation des mères à poursuivre leur allaitement au delà de trois mois (Bell et al., soumis). Ces mères croient possiblement aux bienfaits de l'allaitement pour l'enfant ou pour la mère ou à l'importance d'une relation privilégiée entre la mère et l'enfant. Par contre, certaines données indiquent que le fait d'être déprimée ou non n'a aucune influence sur les pratiques d'allaitement et sur la capacité de l'enfant à téter (Ramsay, Gisel, McCusker, Bellavance, & Platt, 2002). Des données d'étude

suggèrent que le succès de l'allaitement chez les mères déprimées serait dépendant des interactions positives vécues entre la mère et son enfant (Jones et al., 2004). Notamment, les auteurs rapportent chez les mères déprimées qui allaitent exclusivement plus d'interactions positives mère-enfant que chez les mères qui allaitent de façon mixte à trois mois (Jones et al., 2004). L'investigation des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement s'avère capitale pour connaître davantage l'influence de la qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées pour la poursuite de l'allaitement.

2.4.4 La conclusion des écrits en lien avec la dépression postnatale et l'allaitement maternel

En somme, le peu d'études sur le sujet démontre que la durée de l'allaitement est plus courte chez les mères déprimées comparativement aux mères non déprimées. Aussi, les résultats de la majorité des études indiquent que lors de l'allaitement, les mères déprimées semblent vivre des interactions plus négatives avec leur enfant. Par contre, certaines études soulèvent un doute concernant les méfaits de la dépression postnatale sur la qualité des interactions mère-enfant lors de l'allaitement maternel. D'ailleurs dans les études où les mères vivent plus d'interactions positives avec leur enfant, les auteurs ne rapportent aucun problème relié à leur allaitement. Un autre facteur qui semble avoir un impact sur la qualité des interactions mère-enfant est le fait que ces mères allaitent exclusivement. Il s'avère donc nécessaire d'effectuer d'autres études empiriques afin d'examiner l'influence des interactions mère-enfant chez les mères déprimées dans le contexte de l'allaitement. Or, d'autres données d'étude suggèrent que le tempérament de l'enfant a un impact sur la qualité des

interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement (Field, Hernandez-Rief, & Feijo, 2002 ; Righetti-Veltema et al., 2002).

2.5 Le tempérament de l'enfant

Dans cette section sont exposées les différentes définitions du tempérament chez l'enfant, l'évaluation du tempérament de l'enfant, le résultat de la recension des écrits sur le tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées ainsi que l'impact du tempérament de l'enfant, la qualité des interactions mère-enfant et la poursuite de l'allaitement maternel.

2.5.1 *Les définitions du tempérament*

Différentes approches sont utilisées pour définir ce qu'est le tempérament. La perspective théorique de Thomas et Chess (1977) est probablement la plus populaire. Cette théorie propose la définition du tempérament d'un individu comme l'expression de son style comportemental prépondérant en réaction avec son environnement (Thomas & Chess, 1977). Les dimensions étudiées dans leurs travaux s'énoncent comme suit : 1] le niveau d'activité; 2] la régularité; 3] l'approche ou le retrait; 4] le niveau d'adaptation; 5] le seuil de réactivité; 6] la qualité de l'humeur; 7] la capacité d'attention et la persistance; 8] la propension à la distraction et 9] l'intensité de la réaction. Thomas et Chess (1977) ont cerné trois principaux types de tempéraments chez l'enfant : tempérament difficile, tempérament facile et tempérament lent à démarrer. Selon Thomas et Chess (1984) le tempérament difficile est caractérisé par une humeur négative, une difficulté d'adaptation aux changements et une faible régulation des fonctions biologiques. Ce type d'enfant provoque chez la mère un

certain dysfonctionnement dans les réponses maternelles lors de l'échange avec l'enfant.

D'autres approches ont aussi contribué à l'évolution du concept du tempérament. Goldsmith, Buss et Plomin (1987) décrivent le tempérament comme étant l'expression d'une différence individuelle se situant au niveau de l'expression des émotions. Chess (1990) considère le tempérament comme étant la neurobiologie qui détermine le décodage des stimuli internes ou externes et la réponse du cerveau exprimée en sentiments, en pensées et en comportements de l'individu. D'après Kagan (1994), le tempérament de l'enfant se définit comme une qualité émotionnelle ou comportementale relativement stable qui est influencée par une biologie innée. Selon lui, le tempérament est présent dès les premiers mois de vie de l'enfant et se transforme dans les interactions d'une personne avec son environnement. Bien que la prédisposition en soi ne change pas, le style comportemental observable est influencé par l'expérience vécue avec les parents ou avec les personnes responsables. Enfin, Rothbart, Ahadi et Evans (2000) proposent une définition du tempérament comme étant l'ensemble des différences individuelles de nature biologique gravitant davantage au niveau de la réactivité et de l'autorégulation.

2.5.2 L'évaluation du tempérament

Les méthodes sélectionnées pour étudier le tempérament de l'enfant incluent les questionnaires auto-rapportés, les entrevues et les observations en milieu naturel ou en laboratoire (Rothbart & Goldsmith, 1985). La majorité des questionnaires développés sont de type auto-rapporté ou des grilles d'entrevues (Hubert, Wachs,

Peters-Martin, & Gandour, 1982). Un enjeu majeur pour la recherche sur le tempérament est l'utilisation de questionnaires auto-rapportés où les parents sont ceux qui évaluent le tempérament de leur enfant. La préoccupation est de savoir jusqu'à quel point les parents rapportent avec exactitude le portrait du tempérament de l'enfant. Malgré la controverse persistante, plusieurs chercheurs préconisent l'évaluation auto-rapportée par les parents du tempérament de leur enfant, car selon eux, les parents sont les mieux placés pour connaître l'enfant dans différents contextes (Field, Hallock, Dempsey, & Shuman, 1978; Johnson, 1992; Rothbart & Goldsmith, 1985; Thomas & Chess, 1977; Wolk, Zeanah, Coll, & Carr, 1992).

2.5.3 Le tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant chez les mères déprimées

Le tempérament de l'enfant semble entraîner la dépression postnatale qui elle-même peut être responsable de la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant dépendamment de l'angle étudié du chercheur. Des études ont observé que le tempérament difficile de l'enfant est associée à la dépression maternelle (Cassidy, Zoccolillo, & Hughes, 1996; Field, Sandberg, Garcia, Vega-Lahr, Goldstein, & Guy, 1985; Teti et al., 1990; Teti & Gelfand, 1991; Whiffen & Gotlib, 1989). Field (1995) soulève l'hypothèse que si l'enfant manifeste un profil d'inadaptation précoce dans la vie, il est probable que ce profil ait un impact négatif sur la qualité des interactions mère-enfant indépendamment de la dépression maternelle. Downy et Coyne (1990) abondent dans le même sens en supposant que les problèmes manifestés par l'enfant affectent la mère en lui projetant une image de mère incompétente causant chez elle un sentiment de rejet, sentiment similaire à celui vécu par les mères déprimées.

Or, Whiffen et Gotlib (1989) ont observé que les mères déprimées ont davantage une perception négative de leur enfant. Il est plausible que du fait du tempérament difficile de l'enfant, les interactions mère-enfant soient moins satisfaisantes, ce qui rend la mère irritable et l'amène à développer une humeur dépressive.

Par ailleurs des données d'étude suggèrent que la dépression postnatale est associée à la perception qu'a la mère du tempérament difficile de l'enfant (Beck, 2002; Cassidy et al., 1996; Gelfand, Teti, & Fox, 1992; Murray, Stanley, Hooper, King, & Fiori, 1996). Les résultats d'une étude menée par Meredith et Noller (2003) ont révélé que les mères déprimées perçoivent leur enfant comme étant plus ennuyant, plus difficile et plus irritable. Pour leur part, les enfants des mères déprimées démontrent une capacité d'adaptation plus faible et plus imprévisible que les enfants des mères non déprimées. Ces données suggèrent que la perception qu'a la mère déprimée du tempérament de l'enfant influence la qualité des interactions mère-enfant.

2.5.4 L'impact du tempérament de l'enfant, la qualité des interactions mère-enfant et la poursuite de l'allaitement maternel

Certains auteurs ont examiné l'effet du tempérament de l'enfant chez les mères déprimées et non déprimées dans le contexte de l'allaitement. Des données suggèrent que les mères souffrant de dépression postnatale cessent d'allaiter précocement parce qu'elles perçoivent leur enfant comme étant plus difficile (Righetti-Veltema et al., 2002). D'après Worobey (1993), les enfants plus irritables ont tendance à demander le sein plus souvent et à être sevrés plus tôt en raison de la fatigue maternelle ou de la perception d'une insuffisance de lait de la part de la mère.

Tamminen et Salmelin (1991) rapportent que les mères déprimées se culpabilisent lorsque l'enfant présente un niveau d'activité exagéré ou un mouvement amplifié lors de l'allaitement (ex. l'enfant n'aime pas leur lait, l'enfant ne les aime pas). Bref, certaines mères déprimées se sentent rejetées par l'enfant. Les résultats d'une étude effectuée par Field et ses collègues (2002), auprès de mères déprimées et non déprimées, soulignent le fait que les mères déprimées perçoivent leur enfant plus négativement lors de l'allaitement. Les résultats indiquent, pour toutes mères confondues, que les enfants nourris au sein sont significativement moins agités et irritables durant l'allaitement. Les travaux de Hernandez-Reif, Field, Del Pino et Diego (2000) ont établi que les enfants de mères déprimées passent la moitié moins de temps à sucer leur pouce comparativement aux enfants de mères non déprimées. Ceci peut amener ces enfants à développer une moins bonne capacité d'autorégulation émotionnelle, comme se consoler seuls.

D'autres données d'études suggèrent que le tempérament de l'enfant influence la façon qu'a sa mère d'interagir avec lui, notamment durant l'allaitement. Les résultats de l'étude de Vandiver (1997) démontrent que les mères qui sèvrèrent leur enfant tardivement perçoivent ce dernier comme ayant un tempérament plus facile. Brandt et ses collègues (1998) ont observé chez les enfants allaités des comportements calmes ou actifs comparativement à des comportements plus fréquemment de pleurs et de somnolence chez les enfants sevrés à six semaines. Les résultats de l'étude de Tarkka et ses collègues (1999) indiquent que les mères qui perçoivent leur enfant plus positivement allaitent plus longtemps. Enfin, Bell et ses collègues (2001) rapportent aussi qu'un des facteurs identifiés par les mères comme

étant favorables à la poursuite de l'allaitement est le bon tempérament du bébé. Bref, la perception du tempérament facile de l'enfant par la mère semble être un facteur en lien avec la poursuite de l'allaitement.

2.5.5 La conclusion des écrits en lien avec le tempérament de l'enfant et l'allaitement maternel

En résumé, les quelques recherches réalisées sur le sujet semblent confirmer l'hypothèse selon laquelle les mères qui perçoivent leur enfant comme ayant un tempérament difficile allaitent moins longtemps et présentent moins d'interactions positives avec lui durant l'allaitement. Le tempérament de l'enfant peut influencer les attitudes et les actions de la mère, et par conséquent, il peut affecter la qualité des interactions mère-enfant et le développement de l'enfant. Peu d'études se sont préoccupées d'examiner l'association entre les caractéristiques du tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant chez les mères qui allaitent. D'autres études doivent donc être réalisées dans le contexte de l'allaitement afin d'obtenir plus d'évidence scientifique entre les dimensions du tempérament de l'enfant et la qualité des interactions mère-enfant.

L'étude proposée doit considérer un modèle théorique qui tient compte des caractéristiques de l'interaction mère-enfant aussi bien que de l'enfant et de la mère pour étudier la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. L'approche théorique désignée pour examiner comment l'interaction mère-enfant influence la poursuite de l'allaitement est le modèle théorique de la relation mère-enfant (MRME) développé par Tronick (1989).

2.6 Le modèle théorique de la relation mère-enfant

Cette section expose un portrait détaillé du modèle de la relation mère-enfant (MRME), (Tronick, 1989). La relation mère-enfant représente l'ensemble des stratégies utilisées par l'enfant et son parent pour s'ajuster aux expressions de l'affect et du comportement de l'un et de l'autre de manière à permettre le déploiement d'une relation positive (Calkins, 1994). À l'intérieur du présent projet, l'étude s'intéresse davantage aux aspects affectifs mère-enfant qui sont des indicateurs de la qualité de la régulation mutuelle. D'ailleurs, les comportements ne sont pas codés dans la base de données accessible.

Selon le MRME, la mère et son enfant forment un système dyadique dans lequel ils régularisent conjointement leurs interactions en répondant continuellement aux besoins affectifs et aux comportements de l'un et de l'autre. Par exemple, l'enfant grimace et la mère sourit, alors la mère va tenter de répondre à l'affect de l'enfant soit en le prenant et l'enfant sourit ou bien la mère est neutre et l'enfant sourit, ce dernier va tenter d'entrer en contact avec la mère pour la faire réagir par la vocalisation afin qu'elle sourit.

Le développement des capacités de régulation socio-affective chez l'enfant repose essentiellement sur deux conditions. Premièrement, la capacité de l'enfant en bas âge à utiliser des stratégies d'autorégulation, lesquelles sont dépendantes de l'état de santé de l'enfant et de sa maturité neurologique. Les capacités de régulation socio-affective de l'enfant reposent également sur la sensibilité du parent à satisfaire ses besoins de régulation (Calkins, 1994; Cassidy, 1994). Pour développer ses capacités

auto-régulatrices, l'enfant a besoin d'être en interaction avec un adulte qui est apte à communiquer et à établir un contact avec lui. La deuxième condition concerne la capacité de la mère à s'autoréguler. Tout comme l'enfant, la mère possède une capacité plus ou moins grande à réguler ses affects et ses comportements. Cette capacité est dépendante notamment de son état de santé mentale. Les mères souffrant de dépression à la période postnatale rencontrent plus de difficultés à ce niveau. Bref, les capacités régulatrices de la mère ou de l'enfant ont un impact sur le processus de la régulation socio-affective de l'enfant.

Selon Tronick et Cohn (1989) les échanges continus d'affects et de comportements entre l'enfant et sa mère constituent le contexte dans lequel l'enfant peut développer une habileté à contrôler son comportement, ses affects et son environnement. L'interaction mère-enfant suscite chez l'enfant l'utilisation de ses habiletés à communiquer ses intentions et sa satisfaction de manière à atteindre ses buts interactionnels. Un parent qui reconnaît les signaux émis par l'enfant et y répond de manière ajustée contribue au développement de ses capacités de régulation socio-affective. Donc, la mère demeure attentive aux signaux envoyés par l'enfant et disponible pour y répondre. Par exemple, la mère nourrit l'enfant lorsque celui-ci démontre des signes de faim ou la mère arrête de stimuler l'enfant lorsque ce dernier démontre des signes de désintérêt ou de fatigue lors de l'interaction mère-enfant.

Ce cadre théorique s'avère tout à fait justifié pour examiner le système de régulation socio-affective entre une mère et son enfant dans le contexte de l'allaitement maternel. Il est possible de soulever l'hypothèse des conditions associées

à la poursuite de l'allaitement : l'allaitement demande et requiert chez la mère et chez l'enfant une connaissance mutuelle, une période d'adaptation et d'apprentissage; cette période d'adaptation permet à la mère et l'enfant de s'initier à de nouvelles actions afin que chacun puisse répondre à ses propres besoins; cette satisfaction des besoins mutuels chez les mères et les enfants contribuera au succès de l'allaitement afin que les deux partenaires puissent atteindre un niveau élevé d'harmonie.

Tronick (1989) suggère quatre types d'interaction pour définir ce qui caractérise la relation mère-enfant : la synchronie, la concordance, la réparation et la bidirectionnalité. La *synchronie* se définit comme étant l'habileté du parent et de l'enfant à ajuster leur comportement et leur affect l'un en fonction de l'autre (danse mère-enfant); 2] la *concordance* correspond à l'arrimage entre l'état affectif ou comportemental de la mère et de l'enfant (ex. mère et enfant se regardent dans les yeux); 3] la *réparation* représente le temps de changement entre la non-concordance et la concordance pour revenir à un état de concordance lors de l'interaction mère-enfant et 4] la *bidirectionnalité* est la mesure dans laquelle le comportement de l'un a une influence sur le comportement de l'autre, le point où l'état affectif de l'enfant et celui de la mère s'influencent mutuellement. Tronick et son collègue (1989) ont évalué la synchronie et la réparation lors des disparités interactives dans l'interaction mère-enfant. Ils ont constaté que les mères et les enfants se retrouvaient en état de synchronie de façon modérée lors de l'interaction mère-enfant. La majorité du temps les dyades mère-enfant sont engagées dans un processus de réparation (Tronick & Cohn, 1989). Les enfants expérimentent plusieurs comportements et développent

un savoir faire qui sont habituellement maîtrisés avec succès vers l'âge de six mois pour réparer les disparités et maintenir l'autorégulation (Tronick, 1986).

Cependant, les composantes les plus souvent examinées pour étudier le processus de la régulation mutuelle sont la synchronie et la concordance pour évaluer la qualité des interactions mère-enfant dans différents contextes (Bell et al., 2004; Tronick et al., 1997; Weinberg et al., 1999; Weinberg et al., sous presse). Ce sont ces deux composantes qui sont retenues pour la présente étude afin d'évaluer la qualité des interactions mère-enfant.

La majorité des chercheurs ayant étudié la synchronie dans les interactions mère-enfant observent une meilleure harmonie chez les dyades mère-enfant non déprimées comparativement aux dyades déprimées (Jameson, Gelfand, Kulcsar, & Teti, 1997). D'ailleurs, Field (2002) indique que les dyades mère-enfant déprimées démontrent moins de synchronie que celles non déprimées. Cependant, même si la synchronie est souvent utilisée pour évaluer la bonne qualité de l'interaction mère-enfant, certains chercheurs croient qu'une synchronie, trop grande ou même insuffisante, pourrait être un indicateur de problème d'interaction (Tronick, 2003). D'ailleurs, Tronick et Gianino, (1986) et Tronick et Cohn (1989) rapportent que les mères et les enfants se retrouvent seulement une partie du temps dans un état de synchronisme lors de l'observation des interactions mère-enfant. Par ailleurs, les données d'étude de Bell et ses collègues (2004) mentionnent une absence de corrélation entre les mères et les enfants en ce qui a trait à la synchronie. L'absence de

synchronie peut indiquer pour cet échantillon que ce ne sont pas des mères très vigilantes, qu'elles soient déprimées ou non déprimées.

En ce qui concerne les études ayant examiné la concordance, elles avancent que les enfants adoptent généralement un profil correspondant à celui de leur mère. Ainsi, les mères déprimées et leur enfant partagent significativement plus d'états négatifs et moins d'états positifs comparativement aux dyades de mères non-déprimées (Cohn et al., 1986; Field et al., 1990; Tronick et al., 1997). Cependant, certaines études obtiennent des résultats plus nuancés. En effet, Cohn et ses collègues (1990) rapportent que les mères déprimées ou non déprimées démontrent un affect positif mère-enfant. Cependant, selon les résultats des études précédentes, l'arrimage entre l'affect négatif de la mère et de l'enfant, se retrouve seulement chez les dyades déprimées. Toutefois, l'étude menée par Campbell et ses collègues (1995) indique des affects négatifs mère-enfant seulement chez les mères qui présentent un état chronique de symptômes dépressifs. Ces résultats ont été corroborés par Bell et ses collaborateurs (2004). Ainsi, plus d'études longitudinales devraient être réalisées afin de comprendre les impacts à long terme de la dépression maternelle sur le processus de la régulation mutuelle mère-enfant.

Finalement, le modèle de la relation mère-enfant (Tronick, 1989) semble une voie innovatrice pour l'étude des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement chez des mères déprimées ou non déprimées parce que l'allaitement maternel est un contexte interactionnel impliquant un important processus de

régulation mutuelle. La prochaine section discute de l'étude à partir de la théorie du *caring* de Watson (1985, 1988, 1999).

2.7 La théorie du *caring*

Dans une perspective interactionniste, l'étude du rôle des interactions mère-enfant pour la poursuite de l'allaitement maternel prend toute sa signification à l'intérieur d'une approche de *caring*. Le *caring* comme approche en soins infirmiers est, selon plusieurs auteurs (Benner & Wrubel, 1989; Leininger, 1981; Watson, 1985), l'essence même de la pratique des soins infirmiers qui relève à la fois d'une science et d'un art humaniste. D'après Watson (1988), le concept de *caring* consiste à faciliter et à soutenir en respectant les valeurs, les croyances, le mode de vie et la culture des personnes. À partir d'une analyse de 35 publications en soins infirmiers, Morse, Solberg, Meander, Bottorff et Johnson (1990) relèvent les cinq dimensions suivantes inhérentes au construit que présente le *caring*, en relation avec les soins infirmiers : la condition humaine, l'impératif moral ou idéal, l'affect, la relation interpersonnelle et l'intervention thérapeutique. Ces cinq dimensions sont interdépendantes et difficilement dissociables dans la réalité. De plus, dans la théorie de Watson (1988) sont définis les quatre concepts du métaparadigme infirmier: la personne, la santé, l'environnement et le soin.

Selon Watson (1988), la personne est un être dans le monde qui perçoit, qui vit des expériences et qui se situe en continuité dans le temps et dans l'espace. L'être dans le monde est unique et se compose d'une âme, d'un corps et d'un esprit indivisibles, indissociables; il recherche continuellement l'harmonie entre ces trois sphères. Quant

à la santé, cette dernière est définie comme la perception de l'unité et de l'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit. Pour l'environnement, celui-ci est divisé en deux catégories : l'environnement interne et externe qui s'influencent mutuellement (Watson, 1999). D'une part, l'environnement interne réfère à la culture, à la spiritualité, aux perceptions et aux attitudes de la personne. D'autre part, l'environnement externe représente le milieu de vie, le revenu économique, l'éducation, l'intimité et l'univers de la personne. Enfin, le soin consiste en un processus intersubjectif d'humain à humain qui nécessite un engagement au *caring* en tant qu'idéal moral, et de solides connaissances scientifiques (Watson, 1988). La schématisation de la théorie du *caring* est présentée à l'appendice B.

L'orientation de la théorie de Watson (1988) est existentielle, phénoménologique et spirituelle. D'après Watson (1999), le moment transpersonnel du *caring* réfère à l'intersubjectivité des relations d'humain à humain incluant deux individus qui vivent un état de transcendance simultanément. L'étude des interactions mère-enfant dans le contexte de l'allaitement s'apparente au moment transpersonnel du *caring* et au modèle de Tronick (1989). Selon le MRME (Tronick, 1989), la mère et l'enfant régularisent conjointement leurs interactions afin d'atteindre un niveau élevé de connexion. Lorsque la mère et l'enfant se rencontrent dans le contexte de l'allaitement, ceci crée une opportunité de développer le *caring* humain pour la poursuite de l'allaitement par la mère.

D'après Watson (1999), le *caring* consiste à protéger, augmenter et préserver l'humanité en aidant la personne à trouver une signification dans la maladie, dans la

souffrance. Accompagner la mère lors de la poursuite de l'allaitement permet à celle-ci de découvrir une connaissance non explorée de soi en vue de trouver une harmonie intérieure et de soutenir la mère déprimée ou non lors des interactions mère-enfant. Il importe que ces mères arrivent à donner une signification à leur expérience d'allaitement ainsi que leur condition de santé s'il y a lieu tout en favorisant un bien-être intérieur hors des mythes et des préjugés véhiculés par la société.

D'après Watson, l'utilisation d'une méthode systématique scientifique est recommandée pour la résolution d'un problème. Cette recommandation sera suivie par l'application d'un devis rigoureux pour cette recherche. Le but de la présente recherche est d'explorer un modèle prédictif de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois afin d'obtenir un portrait global de la situation des mères qui décident ou non de poursuivre leur allaitement.

D'ailleurs, un premier cadre de référence des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement d'après la théorie de Watson (1988) est dégagé à partir des écrits recensés et de la base de données disponible. Dans un second temps, le cadre opérationnel de l'étude est illustré à partir de ces mêmes facteurs. Et, c'est à partir du cadre opérationnel de l'étude que différentes hypothèses sont formulées.

2.8 Les cadres de référence

Suite aux résultats dégagés des différentes études dans les écrits et la prise en considération de la base de données, un cadre de référence est créé décrivant les

facteurs potentiellement associés à la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois selon la théorie de Watson (1988) (Figure 1a).

Dans le cadre de cette philosophie, le *caring* s'inscrit dans une relation réciproque où la mère et l'enfant se rencontrent mutuellement ainsi que la mère et l'infirmière. Les facteurs maternels et les facteurs reliés à l'enfant lors de la poursuite de l'allaitement sont en lien avec une des responsabilités de l'infirmière de s'engager dans des activités de promotion de la santé et d'apporter des interventions concrètes pour modifier la santé. Or, l'expression des sentiments positifs et négatifs de la mère exige que l'infirmière soit capable de s'engager dans une relation interpersonnelle et thérapeutique. Ce qui permet à la mère vivant un état dépressif ou des problèmes relationnels avec l'enfant ou des problèmes avec son allaitement d'évoluer et de tendre vers l'harmonie tout en préservant sa dignité.

En ce qui concerne la création d'un milieu de soutien, ceci s'apparente dans l'étude aux facteurs reliés à la famille par l'évaluation de l'infirmière de la satisfaction de la mère en regard du soutien reçu de sa propre mère et de son conjoint. Aussi, l'infirmière par son écoute et son accompagnement contribue au soutien nécessaire de la mère dans la poursuite de son allaitement. De plus, le milieu de sécurité rejoint les facteurs socio-économiques étudiés dans ce projet. L'infirmière accompagnant la mère doit prendre en considération, l'inventaire des facteurs de protection ou de risque pour la poursuite de l'allaitement pour être en mesure d'apporter le soutien nécessaire, compte tenu de la condition socio-économique de la mère.

Appliquer la théorie de Watson (1988) à l'expérience de la poursuite de l'allaitement et à la compréhension des facteurs associés, demande chez l'infirmière une qualité de présence pour informer la mère, dans un climat favorable aux différents apprentissages à réaliser, dépendamment des besoins de la mère. Or, la poursuite de l'allaitement est en relation avec la satisfaction des besoins humains des mères et des enfants. Ce qui est à souhaiter, c'est que les mères parviennent à allaiter sur une longue période afin de satisfaire leurs besoins bio-psycho-sociaux ainsi que ceux de leurs enfants.

D'autre part, le cadre opérationnel est élaboré en vue d'atteindre le but de l'étude qui vise à explorer un modèle prédictif des facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant (Figure 1b). Ce cadre présente les différents facteurs maternels, ceux reliés à l'enfant, à la famille, au revenu socio-économique et aux interactions mère-enfant et à la poursuite de l'allaitement et ce, selon la littérature recensée et d'après la base de données disponible. En effet, la présente étude doit prendre en considération que certaines variables telles l'ethnicité, la parité, l'expérience antérieure d'accouchement, l'état de santé de la mère et de l'enfant et la cohabitation des parents, ont été contrôlées lors de l'étude principale réalisée par Tronick et ses collègues (1997).

2.8.1 Les facteurs maternels

Les facteurs maternels qui ont été répertoriés lors des différentes recherches en lien avec la poursuite de l'allaitement s'énoncent comme suit : l'ethnicité, l'âge de la mère, la parité, le mode d'accouchement, l'intention d'allaiter, l'expérience antérieure

d'allaitement, l'attitude positive maternelle envers l'allaitement, l'estime de soi de la mère, le tabagisme et la dépression maternelle. Ces différents facteurs dont la dépression maternelle principalement ciblée dans la présente étude semblent avoir un effet direct sur la poursuite de l'allaitement maternel (Acheson, 1995; Campbell et al., 1995; Cooper et al., 1993; Santé Canada, 1999). Compte tenu de la base de données, les variables retenues pour le cadre de référence de la présente étude sont les suivantes : l'âge, l'intention d'allaiter, l'estime de soi de la mère et les symptômes dépressifs de la mère.

2.8.2 Les facteurs infantiles

Les différents facteurs infantiles recensés ont été sélectionnés à partir d'études réalisées en lien avec la poursuite de l'allaitement et se décrivent comme tel : le genre, le poids, l'état de santé, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et l'introduction des aliments solides. Ces facteurs ont une influence directe sur la poursuite de l'allaitement. Le tempérament infantile contribue à faciliter ou à rendre plus difficile l'ajustement entre la mère et l'enfant lors de la poursuite de l'allaitement maternel (Beck, 2002). Dans la présente étude, les variables examinées sont le genre de l'enfant, le poids de l'enfant et la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant.

2.8.3 Les facteurs reliés à la famille

Lors de la recension des écrits décrite précédemment sur les facteurs reliés à la famille, ceux qui ont été examinés avec la poursuite de l'allaitement se lisent comme suit : le soutien du conjoint et de la famille ainsi que la cohabitation des parents.

Ces différents facteurs étudiés ont une influence directe sur la poursuite de l'allaitement. Or, pour la présente étude, les variables examinées sont le soutien de la mère et celui du conjoint.

2.8.4 Les facteurs socio-économiques

Les facteurs socio-économiques analysés dans la littérature et décrits dans la recension des écrits se présentent comme suit : le niveau de scolarité, le retour à l'emploi à temps partiel ou à temps complet ou le non-retour à l'emploi ainsi que le statut socio-économique. Chacun de ces facteurs observés dans les recherches a une influence directe sur la poursuite de l'allaitement. Le projet porte sur l'ensemble de ces variables.

2.8.5 Les facteurs reliés à la dyade mère-enfant

La qualité des interactions mère-enfant a été très peu étudiée dans la littérature en relation avec la poursuite de l'allaitement. Une seule étude a été répertoriée qui prédit la durée de l'allaitement à six semaines à partir de l'observation des interactions mère-enfant à la période postnatale immédiate (Brandt et al., 1998). Le modèle retenu pour l'examen des interactions mère-enfant est celui de Tronick (1989) dont les composantes les mieux étudiées sont la synchronie et la concordance (Tronick, 1989). L'influence des interactions mère-enfant pour la poursuite de l'allaitement est basée sur des résultats antérieurs des études réalisées sur la qualité des interactions mère-enfant à partir de ce modèle (Tronick & Cohn, 1989). Ce sont ces deux mêmes variables qui sont retenues pour la présente étude.

En somme, un cadre de référence prenant en considération d'une part, les facteurs ainsi répertoriés et ayant été reconnus pour leur association avec la poursuite de l'allaitement et d'autre part, les liens avec la théorie du *caring* (1988) et du Modèle de Tronick (1989) est représenté par la Figure 1b, représente le cadre de référence opérationnel prenant en compte les caractéristiques de la banque de données utilisée pour la présente étude.

FIGURE 1a

Cadre de référence : facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel en regard de la théorie du *caring* (Watson, 1988)

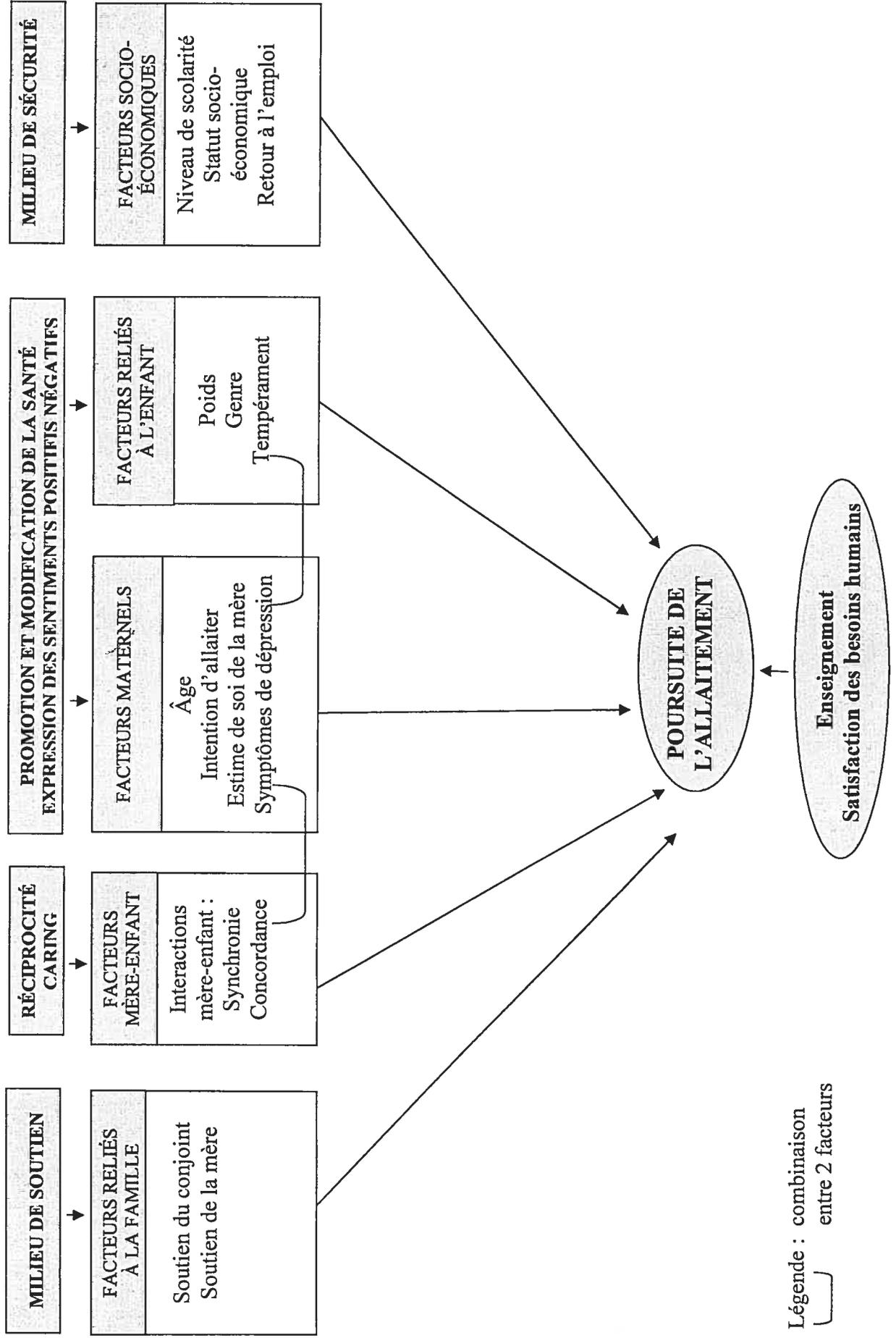
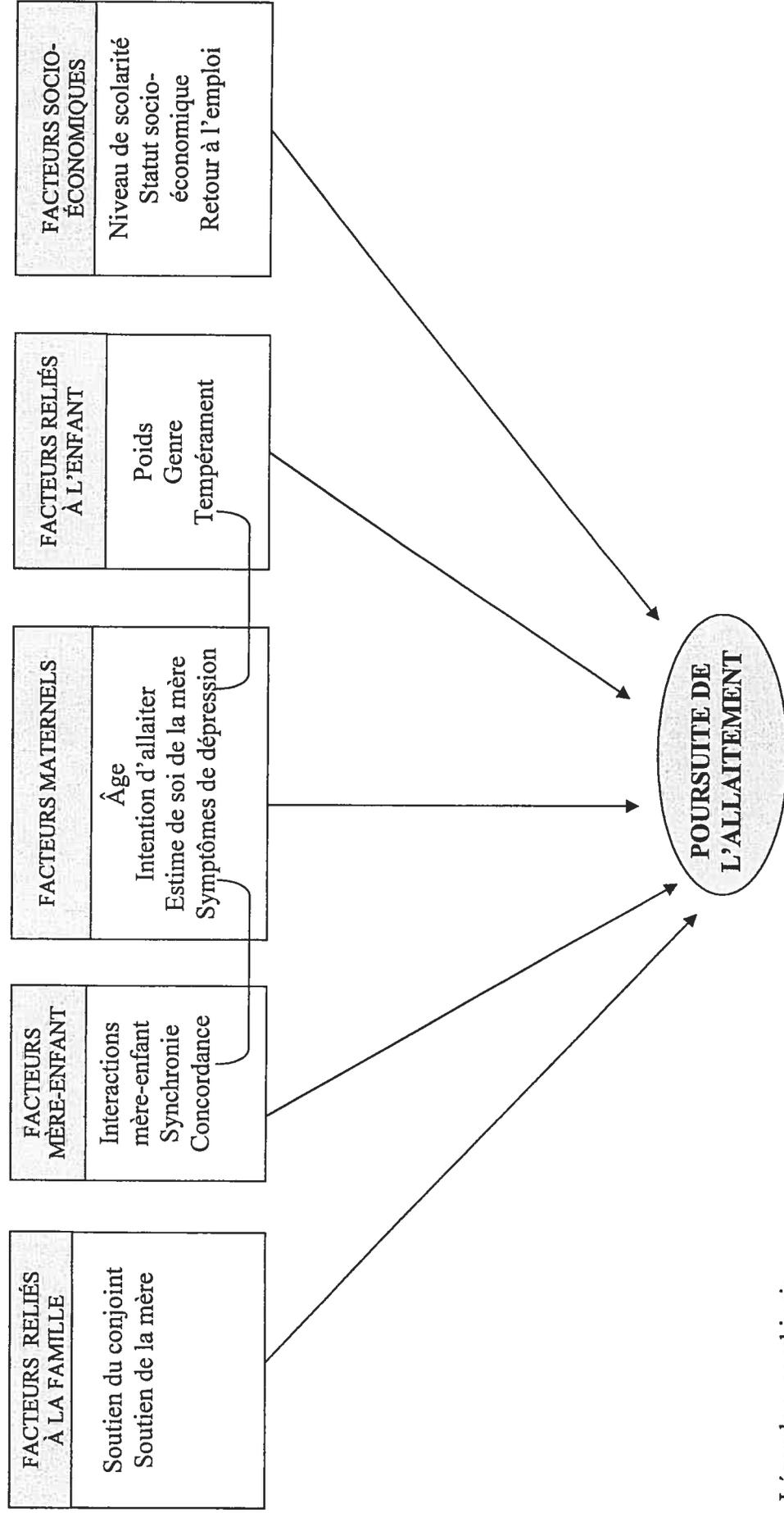


FIGURE 1b

Cadre de référence opérationnel : facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel



2.9 Le but, l'objectif général de l'étude, les hypothèses et la question complémentaire de l'étude

Le but de l'étude est d'explorer un modèle prédictif des facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant. L'objectif général poursuivi est d'examiner l'influence de la dépression postnatale, de la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et de la qualité de l'interaction mère-enfant sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois.

2.9.1 Les hypothèses de l'étude

Pour répondre au but de l'étude, les principales hypothèses qui sont formulées à partir du cadre de référence retenu (Figure 1b) provenant des écrits recensés et de la base de données disponible et que la présente étude cherchera à infirmer ou confirmer sont les suivantes:

- 1) Les mères présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs à trois mois sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères présentant moins de symptômes dépressifs.
- 2) Les mères percevant leur enfant comme ayant un tempérament difficile sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères percevant leur enfant comme ayant un tempérament facile.
- 3) Le type d'interaction mère-enfant a une influence sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois.

- 4) Le niveau élevé de symptômes dépressifs de la mère et chacun des types d'interaction mère-enfant influencent la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois.
- 5) Les mères, présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs et la perception d'un tempérament difficile de l'enfant, sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères percevant leur enfant comme ayant un tempérament facile.
- 6) Les mères qui présentent moins d'estime de soi à trois mois sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères présentant plus d'estime de soi.
- 7) Les mères, qui ont moins l'intention d'allaiter, sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois.
- 8) Les mères qui ont donné naissance à une fille ou à un enfant de petit poids sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que les mères qui ont donné naissance à un garçon ou à un enfant de poids normal.
- 9) Les mères qui perçoivent avoir moins de soutien sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que les mères qui perçoivent leur soutien comme étant adéquat.

- 10) Les mères qui sont plus jeunes ou ayant moins de 12 ans de scolarité, ou présentant un statut socio-économique moindre, ou occupant un emploi sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que les mères qui sont plus âgées ou ayant moins de 12 ans de scolarité, ou présentant un statut socio-économique plus élevé, ou n'occupant aucun emploi hors domicile.

2.9.2 *La question de l'étude*

Lequel ou lesquels des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement et découlant du cadre de référence, sont prédictifs de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois?

CHAPITRE 3

La méthode

Ce chapitre présente la méthode retenue pour répondre aux différentes hypothèses et à la question formulée. La première section vise à présenter l'étude principale d'où proviennent les données utilisées dans la présente étude. La deuxième section vise à décrire les modalités du projet. Ces dernières sont présentées dans l'ordre suivant : le devis de l'étude, l'échantillon, le recrutement des sujets, les instruments de mesure, les considérations éthiques et le plan d'analyse des données.

3.1 L'étude principale

Tel que mentionné dans l'avant-propos, les données de la recherche actuelle proviennent de l'étude qui a été réalisée au *Child Development Unit* du *Childrens' Hospital Boston* affilié au département de pédiatrie de l'Université Harvard à Boston (voir Appendice A). Les données retenues de cette base de données serviront à tester les hypothèses et répondre à la question formulée dans le cadre de la présente étude et qui sont tout à fait différentes de celles de l'étude principale. Cependant, l'idée originale de la présente étude s'inscrit dans les travaux de l'équipe de Tronick ainsi que dans ceux de l'équipe de la chercheuse sur les déterminants du développement des jeunes enfants et de la famille. Pour plus d'informations concernant le but de l'étude réalisée par Tronick et ses collègues ainsi que les résultats provenant de l'étude principale, consultez l'appendice C.

Sur le plan méthodologique, lors de l'étude principale, cent-dix-sept (117) dyades mères-enfant ont été recrutées. Les mères en bonne santé ayant donné naissance à un premier enfant étaient âgées entre 21 et 39 ans. Elles ne présentaient aucune condition médicale sérieuse ou chronique, vivaient avec le père de l'enfant et détenaient au moins douze années de scolarité. Les mères traitées médicalement pour leur dépression n'ont pas été exclues de l'étude à l'exception de celles ayant utilisé des psychotropes pendant la grossesse et ce, à cause des effets potentiels de la médication sur le comportement de l'enfant. Les mères qui étaient retournées au travail avant l'âge de trois mois de vie de l'enfant ont également été exclues de l'étude. Ce critère a été adopté afin d'uniformiser l'échantillon quant à l'expérience de maternage. Pour leur part, les enfants étaient nés à terme, avec un poids se situant entre le 10e et le 90e percentile et étaient en bonne santé. Les mères et les enfants qui répondaient aux critères d'inclusion ont été recrutés indépendamment de leur appartenance ethnique. La moitié de l'échantillon des enfants était de sexe féminin.

Le recrutement de l'échantillon a été réalisé dans les départements de maternité de quatre hôpitaux affiliés à l'université d'Harvard de Boston. Une assistante de recherche a révisé les dossiers médicaux afin de repérer les mères et leur enfant qui rencontraient les critères d'inclusion. Les mères éligibles étaient contactées par l'assistante de recherche durant leur séjour à l'unité postnatale afin d'obtenir un consentement écrit ainsi que leurs coordonnées, en vue de les contacter par téléphone au moment où leur enfant aurait atteint l'âge de deux mois. Plus de 78 % des mères ainsi abordées au moment de la naissance de l'enfant ont accepté d'être contactées deux mois plus tard. Lors du contact téléphonique réalisé lorsque l'enfant était âgé de

deux mois, l'assistante de recherche décrivait l'étude en profondeur et posait une série de questions concernant la grossesse et l'accouchement. Elle questionnait également la mère sur les habitudes de sommeil et d'alimentation de l'enfant, y compris le statut d'allaitement. À la fin de la conversation téléphonique, lorsque la mère et l'assistante de recherche avaient développé une relation confortable, cette dernière procédait au questionnaire de l'outil de dépistage de la dépression : *The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977). Toutes les mères éligibles ayant obtenu un score de 16 et plus (niveau élevé de symptômes dépressifs) au CES-D ont été recrutées. Les mères qui présentaient des symptômes de dépression dont le résultat variait entre 2 et 12 (niveau normal de symptômes dépressifs) ont été recrutées pour le groupe contrôle. Pour leur part, les mères ayant obtenu un résultat variant entre 13 et 15 ont été exclues du recrutement initial afin de bien démarquer les groupes.

Quelques motifs justifient le choix des instruments de mesure de l'étude principale par ses auteurs : 1] la validité et la fidélité de la majorité des instruments de mesure ; 2] les instruments ont été utilisés dans des études antérieures et les auteurs ont obtenu de bons résultats et 3] l'un des instruments a été développé par un des auteurs de l'étude. Les mères ainsi recrutées ont complété des questionnaires auto-administrés et ont été observées avec leur enfant à domicile lorsque celui-ci était âgé de 3, 6 et 12 mois. Les questionnaires complétés par les mères sont les suivants : *The Center for Epidemiologic Studies – Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977); *The Infant Behavior Questionnaire (IBQ)* (Rothbart, 1981); *The Norbeck Social Support Questionnaire (NSSQ)* (Norbeck, Lindsey, & Carrieri, 1981); *The Maternal-Self-Report Inventory (MSI)* (Shea & Tronick, 1988); *The Differential Emotions Scale IV*

(DES) (Izard, Dougherty, Bloxom, & Kotsch, 1974) et *Checklist-90-R* (SCL-90-R) (Derogatis, 1983). Les instruments retenus pour la présente étude seront discutés dans la prochaine section.

Le but de l'observation à domicile était de documenter la nature des échanges socio-émotionnels entre la mère et l'enfant. Chacune des observations mère-enfant d'une durée de deux heures a été enregistrée sur bande vidéo. La consigne donnée aux mères était de se comporter naturellement et librement avec leur enfant. Les dyades mère-enfant ont été observées au cours d'au moins trois contextes interactionnels différents à chacune des rencontres, soit lors du changement de couche, au moment de l'alimentation, lors du bain, pendant le jeu ou au cours d'une activité solitaire. Les observations n'étaient pas effectuées si l'enfant était malade ou si un événement exceptionnel survenait, comme la visite d'un grand-parent. Dans ces cas, la rencontre était reportée à un autre moment. Suite à la séance d'observation, l'assistante de recherche rédigeait une description de la visite tout en prenant soin de noter toute information contextuelle ne pouvant être captée sur bande vidéo.

Plusieurs précautions ont été prises pour que les mères se sentent le plus confortable possible. Une observatrice féminine a été assignée à chaque dyade mère-enfant. L'observatrice avait la responsabilité de planifier et d'organiser la visite à domicile en fonction du moment où l'enfant était alerte et reposé selon les propos exprimés par la mère. Avant que la période d'observation de trois mois débute, l'observatrice avait déjà effectué une première visite dont le seul but était d'établir une relation confortable avec la mère et l'enfant. Cette visite lui permettait de prendre

le temps d'habituer les mères à sa présence ainsi qu'à celle de l'équipement vidéo et de la procédure d'enregistrement. Durant la période d'observation, l'assistante de recherche tentait d'être la plus discrète possible en utilisant le zoom de sa caméra et en se tenant à l'endroit le plus distant possible pour enregistrer. À la fin de chacune des périodes d'observation, les mères étaient questionnées sur le niveau de confort durant la situation. Ces techniques se sont avérées très positives pour réduire la réactivité des sujets dans la présente étude.

Toutes les procédures liées à cette étude ont été approuvées par le *Institutional Review Board* (IRB) du *Children's Boston Hospital*. Les mères intéressées à participer à l'étude signaient un consentement initial pour être contactées par téléphone lorsque l'enfant aurait deux mois. Par la suite, les mères ont signé un formulaire de consentement officiel de leur participation à l'étude approuvé par l'IRB. Une copie du consentement était remise aux mères. Lors de chaque visite, les mères recevaient de l'information détaillée concernant les procédures d'observation et des questionnaires à compléter. L'assistante de recherche renseignait les mères sur les risques potentiels qui ont été jugés inexistantes et les bénéfices de l'étude qui étaient d'ordre à donner l'information sur le développement de l'enfant et de répondre aux questions concernant l'enfant et les symptômes de dépression de la mère. L'assistante de recherche assurait un suivi et organisait les services appropriés auprès des mères présentant une demande particulière au plan médical. Toutes les mères ont participé à l'étude sur une base volontaire et pouvaient se retirer à n'importe quel moment du déroulement de l'étude. Le cas échéant, les mères avaient l'assurance que leur désistement n'affecterait en rien les soins reçus pour elles et leur enfant dans les

institutions affiliées à l'université. Aussi, la confidentialité des données était assurée, référez à l'appendice D.

Les données provenant des sources d'observations et celles provenant des questionnaires ont été conservées dans des classeurs et locaux sous clef. Ces données sont accessibles seulement au personnel de l'étude. Les questionnaires et les bandes vidéo ont été codifiés selon une procédure qui sera décrite subséquemment. Or, la présente étude est basée sur les données de cette étude longitudinale qui permet l'accès à des données d'observation des interactions mère-enfant en milieu naturel sur bande vidéo chez les mères déprimées et non-déprimées. La prochaine section présentera les données de l'analyse secondaire pour étudier les hypothèses et les questions formulées.

3.2 La présente étude

Cette section décrit le devis de l'étude, l'échantillon, le recrutement des sujets, les instruments de mesure et le plan d'analyse des données.

3.2.1 *Le devis de l'étude*

Un devis corrélationnel prédictif a été utilisé afin d'explorer un modèle prédictif des facteurs associés qui déterminent la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois à partir du cadre de référence présenté au chapitre II (Burns & Grove, 1997; Fortin, Côté, & Fillion, 2006; Wood & Brink, 1998). Il est à noter que pour la présente étude, seules les données recueillies entre deux et six mois de l'étude principale ont été retenues.

3.2.2 L'échantillon

L'échantillon pour la présente étude a été constitué à partir des 117 dyades mère-enfant recrutées pour l'étude principale. Il est constitué des 75 dyades mère-enfant dont l'enfant était allaité à deux mois. Tel que décrit précédemment, il s'agit d'un échantillon de mères et d'enfants à faible risque. Les mères ont été classées, selon le score obtenu au CES-D, dans l'un des trois groupes suivant dans la base de données initiale : 1] les mères ayant peu ou pas de symptômes dépressifs (n = 26), c'est-à-dire celles ayant obtenu un score entre 0 et 1 (BAS), 2] les mères présentant des symptômes dépressifs moyens (n = 26), c'est-à-dire celles ayant obtenu un score entre 2 et 15 (NORMAL) et 3] les mères ayant des symptômes élevés de dépression (n = 23), c'est-à-dire celles ayant obtenu un score de 16 et plus (ÉLEVÉ). Cependant, pour les fins de l'étude, les mères étant catégorisées dans le groupe ayant peu ou pas de symptômes dépressifs et celles présentant des symptômes moyens sont regroupées pour former un seul groupe : les mères n'ayant peu ou pas de symptômes dépressifs (0 et 15). En ce qui concerne la classification des mères présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs, aucun changement n'a été apporté (16 et plus). Pour ce qui est des 42 autres mères de l'échantillon original, aucune information n'est disponible concernant l'initiation de l'allaitement à la naissance de l'enfant. Si ces mères ont allaité, elles ont également sevré tôt, soit avant que leur bébé n'ait atteint l'âge de deux mois.

3.2.3 *Le recrutement des sujets*

Comme les sujets de la présente étude ont été recrutés dans le cadre de l'étude principale, si besoin est, se référer à la procédure décrite précédemment (page, 77 paragraphe 1 et 2).

3.2.4 *Les instruments de mesure*

La prochaine section discutera des différents instruments de mesure retenus pour la présente étude.

3.2.4.1 *La dépression maternelle*

Le *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)* (Radloff, 1977) est un questionnaire auto-administré comprenant 20 questions destinées à mesurer les symptômes dépressifs les plus fréquents dans la population générale. Chaque énoncé est coté au moyen d'une échelle de Likert en quatre points qui varie de «rarement ou jamais» à «la plupart du temps ou toujours». Les énoncés 4, 8, 12 et 16 ont été formulés négativement. Les scores possibles à ce questionnaire se situent entre 0 et 60. Un seuil critique de 16 indiquant un niveau élevé de symptômes dépressifs. Les scores les plus élevés correspondent à une intensité plus grande des symptômes dépressifs. Le CES-D a démontré une validité interne et prédictive à la période prénatale et postnatale (Beeghly et al., 2002; Campbell et al., 1995; Orr, James, & Blackmore Prince, 2002; Weinberg, Tronick, Beeghly, Olson, Kerman, & Riley, 2001; Weinberg et al., sous presse). La consistance interne de l'instrument de

mesure a été démontrée à 0.85 pour la population en général et à 0.90 pour les échantillons cliniques (Radloff, 1977).

Les données qui proviennent de ce questionnaire et qui seront traitées dans le cadre de la présente étude ont été collectées à deux, trois et six mois de vie de l'enfant. Cependant, il a été impossible pour l'auteure d'obtenir le score individuel de chacun des items pour être en mesure de calculer l'alpha pour la présente étude. Le fait que cet instrument est reconnu pour ses qualités métrologiques contribue à assurer une validité aux mesures utilisées.

3.2.4.2 *Le tempérament de l'enfant*

Le *Infant Behavior Questionnaire* (IBQ) (Rothbart, 1981) est composé de 94 énoncés mesurant la perception qu'ont les mères du tempérament de leur enfant. Six dimensions du tempérament de l'enfant sont examinées : 1] le niveau d'activité; 2] la détresse aux limites; 3] la détresse et latence à l'approche d'un stimulus intense ou un nouveau stimulus; 4] la durée de l'orientation ; 5] le sourire et rire et 6] la facilité à être calmé. Les énoncés sont cotés sur une échelle de Likert en sept points variant de « *jamais* » à « *toujours* » dont certains énoncés sont inversés. Un total des points est calculé pour chacune des six dimensions. Lorsque les scores, dépendamment de l'échelle, se situent sous le 10e percentile ou au-dessus du 90e percentile, le tempérament de l'enfant est considéré comme facile. A l'inverse, les enfants sont présumés difficiles lorsqu'ils se retrouvent à l'extrémité supérieure ou inférieure d'une dimension. D'une part, les échelles « niveau d'activité », « détresse et latence à l'approche d'un stimulus intense ou un d'un nouveau stimulus » ainsi que la

« détresse aux limites » dont le score se situe sous le 10e percentile présume qu'un enfant est facile. Si l'enfant se range sous la limite supérieure, ce dernier est jugé comme ayant un tempérament difficile. D'autre part, pour les échelles : « durée de l'orientation », « sourire et rire » et « facilité à être calmé », le score qui se maintient au-dessus du 90e percentile démontre un tempérament facile. Le score qui se retrouve à la limite inférieure suppose que l'enfant est difficile.

La consistance interne de l'instrument de mesure pour les sous-échelles varie entre 0,72 et 0,85 (Rothbart, 1981). De plus, cet instrument a démontré une bonne validité discriminante et convergente (Worobey, 1986; Worobey & Blajda, 1989). Les données qui proviennent de ce questionnaire (IBQ) et qui seront traitées dans le cadre de la présente étude ont été collectées à trois mois de vie de l'enfant. La consistance interne calculée pour l'alpha de Cronbach des items rapportés par les mères à trois mois pour la présente étude se range entre 0,76 et 0,88 à l'exception de la dimension « détresse et latence à l'approche d'un stimuli intense ou nouveau » dont le résultat est de 0,40.

3.2.4.3 L'estime de soi de la mère

Le *Maternal-Self-Report Inventory (MSI)* (Shea & Tronick, 1988) évalue l'estime de soi de la mère. Ce questionnaire comprend 100 questions incluant sept dimensions sur une échelle de Likert allant de « complètement faux » à « complètement vrai » : 1] l'image corporelle et santé ; 2] les sentiments face à la grossesse, le travail et l'accouchement ; 3] l'acceptation parentale ; 4] la capacité à donner des soins ; 5] les habiletés générales et préparation face au rôle de mère;

6] l'acceptation du bébé et 7] la relation attendue avec le bébé. Le score global du MSI est calculé en comptabilisant le score de chacune des dimensions. Un résultat élevé indique que la mère a une bonne estime de soi et s'adapte bien à son nouveau rôle de mère. La consistance interne de l'instrument varie entre 0,81 et 0,89 (Shea & Tronick, 1988). Cet instrument de mesure a été utilisé dans différentes études qui évaluent le fonctionnement des mères à la période postnatale (East, Matthews, & Felice, 1994; Shea & Tronick, 1988; Vandiver & Sher, 1991). Ce questionnaire a été complété par les mères à trois mois de vie de l'enfant.

Pour les mères qui ont répondu au questionnaire de l'estime de soi de la mère à trois mois, le coefficient alpha de Cronbach est inférieur à 0,75 pour quatre des sept dimensions, soit : acceptation parentale (0,65), sentiments face à la grossesse (0,68), travail et accouchement, acceptation du bébé (0,60) et relation attendue avec le bébé (0,54). Cependant la consistance interne pour l'ensemble des dimensions de l'estime de soi indique un alpha de Cronbach à 0,94.

3.2.4.4 Le soutien social

L'instrument du soutien social de la présente étude a été inspiré du *Norbeck Social Support Questionnaire*, (NSSQ) et adapté par Tronick (Norbeck, Lindsey & Carrieri, 1981). Le NSSQ évalue plusieurs dimensions du soutien social, notamment les ressources du réseau de soutien et l'appréciation subjective du soutien. Les répondants sont invités à faire l'inventaire des personnes qui leur sont significatives et ce, jusqu'à un maximum de 20 personnes. Pour chacune des personnes identifiées, les répondants précisent le type de relation (ex.: conjoint, amis, connaissances, voisins)

et, à l'aide de neuf questions comportant une échelle de type Likert, les répondants se prononcent sur la qualité de ces relations. En ce qui concerne la fidélité de l'instrument de mesure, les analyses rapportent des corrélations test-retest à intervalle d'une semaine variant entre 0,71 et 0,92 (Norbeck et al., 1981). L'évaluation de la consistance interne à l'aide du coefficient alpha de Cronbach indique des scores variant entre 0,69 et 0,98. (Norbeck et al., 1981). La validité de construit de l'instrument est bien établie. De plus, Norbeck et ses collaborateurs (1981) ont démontré que leur instrument est peu sensible à l'effet de désirabilité sociale. Dr Tronick a adapté l'instrument pour la période de la grossesse et la période postnatale. Ce questionnaire a été complété par les mères à trois mois de vie de l'enfant.

Alors, quelques questions ont été soustraites de cet instrument pour évaluer la perception de la mère du soutien reçu de sa mère et de son conjoint. Une seule question se rapporte à l'évaluation de la satisfaction quant au soutien reçu de sa mère et trois questions concernent celles du soutien reçu du conjoint. Deux questions axées directement sur la satisfaction de l'aide et du soutien de la mère et du conjoint sont sur une échelle de un à sept. La réponse varie entre la cote «1 » qui désigne complètement satisfaisant et la cote « 7 » complètement insatisfaisant. En ce qui concerne les deux questions bonifiant le soutien du conjoint, les cotes des énoncés s'échelonnent de 1 à 5. La cote «1 » qui signifie pas du tout d'accord et la cote « 5 » tout à fait d'accord. Ce questionnaire a été complété par les mères à trois mois de vie de l'enfant.

3.2.4.5 Les caractéristiques sociodémographiques

Un questionnaire concernant les caractéristiques sociodémographiques des mères et de leur enfant a été complété lors des échanges avec les mères à deux et trois mois. Ces données comprennent : 1] pour la mère : l'ethnicité, l'âge, l'intention d'allaiter et l'état de santé; 2] pour l'enfant : le genre, le poids, l'état de santé et l'âge gestationnel; 3] pour la famille : la cohabitation des parents et 4] pour les indicateurs socio-économiques : le niveau de scolarité, l'emploi et le retour à l'emploi ainsi que le statut socio-économique. Le statut socio-économique (SES) a été mesuré à partir de l'index de Hollingshead et Redlich, (1958) qui prend en considération le niveau de scolarité des parents et leur statut d'emploi. Le résultat du score du (SES) peut varier entre 8 et 66. La classe 8-19 représente un statut socio-économique peu élevé couvrant les besoins de base; 20-29, la classe ouvrière; 30-39, de la classe ouvrière à la classe moyenne; 40-54, de la classe moyenne à la classe élevée et 55-66, de la classe élevée à la classe supérieure élevée.

3.2.4.6 L'entrevue parentale

L'entrevue parentale est une rencontre semi-structurée désignée pour obtenir plus d'informations sur les habitudes de vie de l'enfant telles que l'alimentation, le sommeil, l'état de santé de l'enfant et de la mère. La question sur l'alimentation concerne le statut d'allaitement. Aussi, les mères étaient interrogées sur l'introduction des liquides et de la nourriture chez l'enfant. Cette entrevue a été réalisée avec les mères à trois mois de vie de l'enfant.

3.2.4.7 Le codage des données d'observation

Dans la présente étude, les affects maternels et les affects du bébé des 75 dyades mères-enfants, observées à trois et à six mois de vie de l'enfant, ont été codés durant une période de 30 minutes par deux assistants de recherche indépendants ignorant le statut de dépression de la mère. Le codage a été accompli en utilisant le système de codage Le logiciel utilisé pour coder les observations est *The Action Analysis Coding and Training* (AACT). L'ordinateur commande directement le moniteur de l'appareil et du vidéo VHS qui permet l'exactitude du codage et sa captation dans le temps. Le système d'AACT autorise le codage continu des variables d'intérêt. Un affichage numérique de temps sur la bande vidéo est employé pour dépister des intervalles de temps de cinq secondes pour le codage. Trente minutes continues d'affect de la mère et du bébé ont été codées en utilisant exactement le même point de départ. Pour s'assurer que les mères agissent librement et naturellement avec leur enfant, le codage commençait 30 minutes après le début de la visite à la maison. Les bandes ont habituellement été lues à la vitesse normale bien qu'elles puissent avoir été fréquemment arrêtées ou regardées lentement pour déterminer exactement les dispositions affectives de la mère et de l'enfant. Pour assurer la validité du codage, 20 % du matériel a été aléatoirement choisi et recodé par un codeur indépendant. Les kappas obtenus sont de .68 pour la mère et de .62 pour l'enfant.

L'affect de l'enfant était codé en utilisant les indices fournis par la figure et la voix de l'enfant. L'affect de l'enfant était codé à chaque cinq secondes comme étant positif (sourire), neutre, négatif (tapage, agitation), pleurs ou non observable.

Ce dernier code était utilisé seulement lorsque l'enfant ne pouvait pas être vu ou entendu durant l'intervalle de cinq secondes. Parce que certaines expressions affectives se manifestent plus rarement dans un intervalle de cinq secondes (ex. négatif), un système hiérarchique a été utilisé pour le codage. La hiérarchie utilisée était la suivante : 1] positif; 2] pleurs; 3] négatif; 4] neutre et 5] non observable.

Comme pour l'affect de l'enfant, l'affect maternel portait sur sa voix et sur ses expressions faciales. Afin de capter les expressions brèves ou rares, les affects des mères étaient considérés selon un système hiérarchique. Les affects de la mère étaient codés comme suit : 1] exagérément positif; 2] positif; 3] neutre; 4] négatif/renfermé et 5] non observable. Ce dernier code était utilisé seulement lorsque la mère ne pouvait pas être vue ou entendue durant un intervalle de cinq secondes et lorsqu'elle quitte avec l'enfant.

3.2.4.7.1 La création des variables d'interaction. Deux mesures de l'interaction mère-enfant ont été construites sur la base de ce codage initial soit la synchronie et la concordance. La *synchronie* est la proportion de la variance partagée au lag 0, classée par la corrélation croisée entre chacune des séries chronologiques de la mère et de l'enfant. La *concordance* est le point auquel l'enfant et la mère ont des états affectifs communs partagés pendant le même cinq secondes d'intervalle de codage (ex. la mère autant que l'enfant sont positifs). En conséquence, la non-concordance est définie comme étant un état non partagé dans lequel la mère et l'enfant ne se retrouvent pas dans le même état affectif dans le même intervalle de cinq secondes (ex. le bébé pleure et la mère est positive).

3.2.5 *Les considérations éthiques*

Les considérations éthiques de la présente étude proviennent de l'étude originale et ont été discutées précédemment (page 80, paragraphe 1). Les modalités concernant l'accessibilité des données pour la présente étude ont été décrites lors de la présentation de l'étude originale (page 77, paragraphe 2).

3.2.6 *L'analyse des données*

Le plan d'analyse des données décrit les étapes concrètes de cette procédure. L'ensemble des principales étapes permettant d'assurer la validité du résultat final sont : 1] la définition des variables ; 2] l'opérationnalisation des variables ; 3] le test de puissance statistique ; 4] les analyses préliminaires et 5] l'analyse de régression logistique *pas à pas*.

3.2.6.1 *La définition des variables*

À partir des écrits recensés, différentes variables ont été retenues dans le développement du cadre de référence de la présente étude et leurs relations seront examinées via les différentes hypothèses formulées.

La variable dépendante correspond à la poursuite de l'allaitement maternel à six mois, période pendant laquelle l'enfant a été allaité qu'il ait reçu ou non d'autres aliments ou boissons de façon concomitante.

Les variables indépendantes sont les suivantes : 1] pour la mère : l'ethnicité, l'âge de la mère, l'âge gestationnel, l'intention d'allaiter, l'état de santé, l'estime de

soi et la dépression; 2] pour l'enfant : le genre, le poids, l'âge gestationnel, l'état de santé et la perception qu'a la mère de son tempérament; 3] pour la famille : la cohabitation des parents, le soutien de la mère et du conjoint; 4] pour les indicateurs socio-économiques : le niveau de scolarité, le statut socio-économique et le retour à l'emploi incluant les mères qui travaillent à temps partiel ou à temps complet et le non-retour à l'emploi et 5] pour les interactions mère-enfant : la synchronie et la concordance.

3.2.6.2 L'opérationnalisation des variables

La variable dépendante est la poursuite de l'allaitement. Celle-ci est considérée comme variable dichotomique à 6 mois (voir Tableau 1). L'allaitement exclusif et l'allaitement mixte n'ont pas été considérés dans ce présent projet du fait que le nombre de sujets n'est pas suffisant pour fin d'analyses.

Tableau 1

Opérationnalisation de la variable dépendante

Poursuite de l'allaitement maternel

Variable dépendante	Catégorie	Catégorie
Poursuite de l'allaitement	0= Non	1= Oui

Les variables indépendantes ont été traitées soit de manière dichotomisée ou soit sous forme de catégories. Ces différentes variables sont présentées au Tableau 2 à la page suivante.

Tableau 2
Opérationnalisation des variables indépendantes
Variables maternelles, infantiles, familiales et socio-économiques

Variables indépendantes	Catégorie
Âge de la mère	1= 22-25 2= 26 et plus
Ethnicité	1= caucasienne 2= non caucasienne
Statut marital	1= mariée 2= conjoint de fait
Dépression maternelle (score)	1= 0-15 2= 16 et plus
Genre de l'enfant	1 = féminin 2 = masculin
Poids de l'enfant (lb,oz)	1 = 5,0 - 6,0 2 = 6lbs et +
Âge gestationnel	1= <37 2= ≥37
Niveau de scolarité	1= 12-15 2= 16-23
Retour à l'emploi	1= ≤25 h. temps partiel 2= ≥25 h. temps complet 3= non
Statut socio-économique (SES)	1=30 -39,9 2=40 -54,9 3=55 -60

D'autres variables indépendantes sont examinées dans les analyses comme variables continues telles que l'estime de soi de la mère, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant, le soutien de la mère et du conjoint et les interactions mère-enfant (synchronie et concordance). La concordance mère-enfant sera opérationnalisée sous quatre variables à partir des différents affects : 1] concordance positive entre la mère et l'enfant; 2] concordance négative entre la mère et l'enfant;

3] concordance neutre entre la mère et l'enfant et 4] l'affect non concordant entre la mère et l'enfant, voir Tableau 3.

Tableau 3

Opérationnalisation de la variable de la concordance

Concordance mère-enfant

Variables indépendantes	Affect mère	Affect enfant
Concordance affect positif mère-enfant	positive exagérément positive	positif positif
Concordance affect neutre mère-enfant	neutre	neutre
Concordance affect négatif mère-enfant	renfermée négative renfermée négative	négatif négatif pleurs pleurs
Affect non concordant mère-enfant	neutre renfermée négative non-observable	positif positif positif positif
	positive exagérément positive négative renfermée non-observable	neutre neutre neutre neutre neutre
	positive exagérément positive neutre non-observable	négatif négatif négatif négatif
	positive exagérément positive neutre non-observable	pleurs pleurs pleurs pleurs
	positive exagérément positive neutre négative	non-observable non-observable non-observable non-observable

3.2.6.3. Le test de puissance statistique

Cette démarche est fondamentale dans le processus d'analyse des données. Il est en effet primordial de connaître les paramètres qui balisent la capacité du devis de recherche à rejeter à juste titre une hypothèse nulle erronée (Howell, 1998). Cette information permet de savoir la taille de l'échantillon requise et une interprétation judicieuse des résultats. Pour la présente étude, l'estimation de la puissance statistique de l'échantillon a été réalisée à l'aide du logiciel Sample Power pour SPSS 13.0 qui est un programme spécialisé dans la mesure du pouvoir statistique. Les résultats obtenus réitérent qu'il est possible d'introduire quinze variables indépendantes dans le modèle logistique final et de détecter une taille d'effet qui se situe entre la taille d'effet grand et la taille intermédiaire ($R^2 = 0,24$) tout en conservant un seuil de signification 0,05 en maintenant une puissance statistique de 0,79 pour 72 sujets. Comme il est impossible de fractionner le nombre de variables, nous considérons que la valeur de 0,79 est suffisante, car elle correspond aux recommandations de Cohen (1992) à l'effet d'assurer une puissance statistique se rapprochant de la valeur par convention de 0,80.

3.2.6.4 La vérification des données

Les données ont été saisies et analysées en utilisant le logiciel statistique pour les sciences sociales SPSS 12.0. Toutes les données ont été saisies par un auxiliaire de recherche. L'investigateur principal a révisé les données et le codage afin d'éviter les erreurs d'enregistrement. Des analyses sont réalisées pour déterminer les caractéristiques de l'échantillon à l'étude et la forme de la distribution de chacune des variables continues. Pour les variables non dichotomisées, des tests de normalité seront effectués pour calculer le degré d'écart à la normalité de la distribution de

chacune des autres variables (le coefficient de Skewness). En ce qui a trait, aux échelles du tempérament de l'enfant, l'échelle détresse et latence à un nouveau stimuli a été soustraite parce que les mères n'ont pas répondu à ces questions. Ceci est possiblement attribuable du fait que la question ne répondait pas au développement de l'enfant. Les quelques données manquantes aux autres échelles du tempérament de l'enfant ont été regroupées par un score global de chacune des moyennes des échelles disponibles pour chaque enfant.

3.2.6.5 La analyses préalables

Les caractéristiques maternelles et infantiles ont été déterminées en utilisant les statistiques descriptives (fréquences, moyennes, écart-types). Des matrices de corrélation des variables d'intérêt de l'étude ont été réalisées : la dépression maternelle, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant, la concordance entre les différents affects et la poursuite ou non de l'allaitement à six mois. Cette phase examine les fortes relations qui existent entre deux variables continues ainsi que la présence d'un nombre important de variables fortement corrélées entre elles (Hair, Anderson, Tatham, & Black, 1998). Cet exercice a pour but de prévoir les problèmes possibles de multi-colinéarité lorsque plusieurs variables sont fortement corrélées entre elles. Des analyses t-test (variables continues) et Khi-deux (variables catégorielles) ont été effectuées pour comparer les moyennes des caractéristiques maternelles et infantiles en fonction du statut d'allaitement à six mois de vie de l'enfant. Une analyse de régression a été réalisée pour vérifier la combinaison entre deux variables en fonction de la poursuite de l'allaitement à six mois. Finalement,

l'analyse de régression logistique a été sélectionnée pour tester le modèle développé afin de prédire les facteurs associés à la poursuite ou non de l'allaitement à six mois.

3.2.6.6 Le modèle de régression logistique

Lors de la présente étude, la variable dite *dépendante* (poursuite de l'allaitement) sera prédite par la combinaison d'un ensemble d'autres variables spécifiques dites variables *indépendantes* telles que les variables maternelles, infantiles, familiales, socio-économiques et les interactions mère-enfant. Dès le départ, cette observation conduit à un modèle d'analyse multivariée. Or, un grand nombre de techniques de ce type répondent à la diversité des devis de recherche possibles. Cependant, quelques éléments de base permettent au chercheur de sélectionner la technique d'analyse la plus pertinente pour le type d'étude en cours. En premier lieu, l'étude propose clairement la présence d'une seule variable dépendante et de plusieurs variables indépendantes. Ce qui signifie qu'il faut orienter notre attention vers les techniques dites de dépendance, il s'agit de techniques dont les relations entre les variables étudiées sont préalablement démontrées. Suivant cette observation, les techniques de dépendance se regroupent en fonction de deux caractéristiques: le nombre de variables dépendantes et la nature de la mesure utilisée pour chacune des variables (catégorielle et/ou continue).

Pour l'étude en cours, il existe une seule variable dépendante de nature catégorielle (dichotomique) soit la poursuite de l'allaitement. Au plan des variables indépendantes, 25 variables sont incluses. Tenant compte de cette réalité, deux choix

s'offrent pour compléter l'analyse des données, soit l'analyse discriminante ou la régression logistique.

L'avantage de la régression logistique comme technique privilégiée dans le cadre de la présente étude est associée à quelques facteurs. Premièrement, l'analyse multivariée est une forme particulière d'analyse de régression multiple qui a été développée précisément pour prédire la probabilité de la valeur d'une variable catégorielle binaire. C'est à ce niveau que la régression logistique diffère de la régression linéaire. De cette variable dépendante dichotomique, la procédure logistique estime la probabilité que l'événement se produise (valeur de 1) ou non (valeur de 0). La valeur de la variable prédite par ce type de régression varie exclusivement entre 0 et 1 tandis que la régression linéaire prédit une valeur continue. Si cette probabilité prédite par l'équation logistique est supérieure à 0,50, la prédiction est que l'événement se produit. Par exemple, une relation positive mère-enfant prédit la poursuite de l'allaitement. La prédiction est inverse, si la probabilité prédite est sous 0,50, la prédiction est l'absence de l'événement, donc la relation positive mère-enfant ne prédit pas la poursuite de l'allaitement.

Par ailleurs, l'avantage principal de la régression logistique réside dans le fait qu'elle est une technique multivariée beaucoup plus robuste que l'analyse discriminante. En effet, les résultats obtenus par cette méthode sont peu affectés par les déviations possibles aux prémisses de base d'analyse. Ainsi, il est possible avec la technique de régression logistique de procéder à des analyses même si certaines variables indépendantes ne répondent pas totalement aux critères de normalité

comparativement à l'analyse discriminante qui est reconnue pour être beaucoup plus sensible aux écarts à la normalité des distributions (Hosmer & Lemeshow, 1989). Cette spécificité de la technique logistique est particulièrement intéressante dans le cas où il peut surgir des distributions de valeur qui ne respectent pas entièrement les balises de normalité exigée. Cette technique présente aussi comme avantage d'être en mesure d'intégrer des variables indépendantes dichotomiques, d'effets non linéaire. Au niveau des résultats, elle produit des tests statistiques non équivoques qui sont faciles à interpréter. Bref, en regard de tous ces atouts techniques et de sa flexibilité, la régression logistique semble être la méthode multivariée la plus appropriée au profil de la présente étude.

3.2.6.7 La sélection des variables candidates

Deux façons de faire sont disponibles pour sélectionner les variables candidates pour l'analyse de régression logistique (Tabachnick & Fidell, 2001). La première concerne celle sur les considérations théoriques rapportés par les écrits sur la poursuite de l'allaitement. La seconde procédure est de réduire le nombre de variables initiales des facteurs reconnus pour la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. Une des stratégies à réaliser pour diminuer le nombre de variables consiste à conserver, lors de la première sélection, celles qui sont significativement et fortement associées à la durée de l'allaitement. Par contre, étant donné l'objectif de l'étude d'explorer un modèle prédictif de la poursuite de l'allaitement, la décision prise est d'insérer le plus de variables possible à partir des issues théoriques. D'ailleurs, les variables sélectionnées sont celles qui ont été répertoriées dans la littérature comme ayant une forte association avec la durée de l'allaitement maternel.

CHAPITRE 4

Les résultats

Ce chapitre présente les résultats issus de l'analyse d'une banque de données recueillies par différents questionnaires auto-administrés et des observations effectuées auprès de dyades mère-enfant dans le cadre d'une étude réalisée par Tronick et ses collègues (1997). Le but de la présente étude est d'explorer un modèle prédictif des facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant. L'objectif général de l'étude consiste à examiner l'influence de la dépression postnatale, du tempérament de l'enfant et de la qualité de l'interaction mère-enfant sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. Le plan d'analyse des données est établi en fonction des hypothèses à vérifier et de la réponse à trouver à une question de recherche; hypothèses et question de recherche ont été formulées suite à la recension des écrits, en vue d'atteindre le but de l'étude.

La première section de ce chapitre rapporte les données descriptives des caractéristiques personnelles des mères et des enfants ayant participé à l'étude. La deuxième section rend compte des liens possibles entre les variables explicatives d'intérêt de la poursuite ou non de l'allaitement. La troisième section discute des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement afin d'établir le profil des mères et des enfants qui poursuivent ou non l'allaitement à six mois. La section suivante étudie l'association entre les variables principales du projet soit la dépression maternelle et le type d'interaction mère-enfant, et la poursuite ou non de l'allaitement à six mois. La cinquième section présente les résultats de l'analyse de régression qui donnera lieu au

profil des mères qui pourrait prédire la poursuite de l'allaitement à six mois de vie de l'enfant. Enfin, la dernière section discute des résultats en fonction des hypothèses et de la question de l'étude.

4.1 Les caractéristiques personnelles des mères et des enfants

Cette partie présente les caractéristiques des mères et des enfants ayant été retenus pour la présente étude d'une part en fonction des critères d'inclusion et d'exclusion de l'étude principale de Tronick et ses collaborateurs pour les variables socio-démographiques. D'autre part, les caractéristiques qui sont étudiées concernant la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et en ce qui a trait à l'estime de soi de la mère et du soutien reçu de la part de la mère de la participante et du conjoint. Pour les mères, ces variables correspondent à: l'âge, l'ethnicité, le statut marital, le niveau de scolarité, le statut socio-économique et le retour à l'emploi après l'accouchement. Pour l'enfant, les variables correspondent au genre, au poids et à l'âge gestationnel. Les caractéristiques des mères et des enfants ont été regroupées à partir de leur contribution dans la poursuite ou non de l'allaitement, selon les écrits recensés.

Tout d'abord, l'échantillon est composé de 72 dyades mère-enfant américaines. La moyenne d'âge des mères se situe à 32 ans ($\text{ÉT} = 3,48$) dont plus de la moitié se trouvent dans le groupe d'âge entre 30 et 35 ans. La proportion des mères caucasiennes est de 95 %. Ces mères sont mariées dans une proportion d'environ 99 %. En outre, le score de la moyenne de l'intention d'allaiter des mères participantes indique que celles-ci avaient l'intention d'allaiter leur enfant ($\bar{x} = 4,51$; $\text{ÉT} = 0,59$).

En ce qui concerne la scolarité, la proportion de mères dont le nombre d'années de scolarité se situe entre 16 et 23 ans est supérieure à 80 % (ÉT = 1,89). Le statut socio-économique moyen des mères se range à l'index 54 de l'échelle d'Hollingshead, ce qui constitue un index du statut socio-économique variant de moyen à supérieur (ÉT = 8,06). Six mois après leur accouchement, plus de 50 % des mères avaient repris le travail à temps partiel et 18 % à temps complet, alors que 30 % des mères n'avaient pas encore repris leur travail.

En ce qui a trait aux caractéristiques des enfants de l'étude, 53 % sont de genre masculin. Leur poids moyen à la naissance se situe à plus de sept livres (ÉT = 0,90). La moyenne de l'âge gestationnel se range près de 40 semaines de grossesse (ÉT = 1,06). Le Tableau 4 présente les fréquences et les moyennes et écarts-type, lorsque pertinent, des variables qui concernent les mères et les enfants.

Tableau 4
 Caractéristiques personnelles des mères et des enfants
 (n=72)

Caractéristiques	Catégories	n	%	Moyenne (ÉT)
Âge	22-25	3	4,2	31,90 (3,48)
	26 et plus	67	95,8	
Ethnicité	Caucasienne	64	95,5	
	Non-caucasienne	3	4,5	
Statut marital	Marié	71	98,6	
	Conjoint de fait	1	1,4	
Intention d'allaiter de la mère				4,51 (0,59)
Niveau scolarité	12-15	12	16,7	16,42 (1,89)
	16-23	60	83,3	
Statut socio-économique	30-39,9	4	5,8	54,08 (8,06)
	40-54,9	33	47,1	
	55-60	33	47,1	
Retour à l'emploi à 3 mois	≤25 h. T. partiel	35	51,5	
	≥25 h. T. complet	13	18,1	
	Non	20	30,4	
Genre de l'enfant	Féminin	34	47,2	
	Masculin	38	52,8	
Poids de l'enfant (lb, oz)	5,0-6,0	2	2,8	7,63 (0,90)
	6 et plus	69	97,2	
Âge gestationnel	<37	1	1,4	39,61 (1,06)
	≥37	71	98,6	

Par ailleurs, les tests de normalité ont été réalisés sur les variables continues. Ces variables démontrent une distribution normale pour l'âge de la mère et le poids de l'enfant. Par contre, pour l'âge gestationnel, le niveau de scolarité et le statut socio-économique, la distribution des données ne suit pas la courbe normale, ceci peut s'expliquer par le fait que l'échantillon à l'étude est homogène, donc présente de peu de variance sur ces trois caractéristiques. Suite à ce constat, il s'est avéré plus

pertinent d'examiner ces variables de façon continue et non de façon catégorielle lors des analyses subséquentes. Un autre point à considérer est le peu de dispersion des données de l'ensemble des caractéristiques, ce qui renforce le fait que l'échantillon est de nature homogène. Alors, cette réalité a été prise en compte et certaines variables telles que l'ethnicité, le statut marital et la cohabitation des parents sont exclues des prochaines analyses, étant donné leur peu de variabilité; il s'avère impossible d'effectuer un test statistique lorsqu'il n'existe aucune variation dans les variables.

Au niveau des symptômes de la dépression maternelle, ces données ont été recueillies à deux, trois et six mois de vie de l'enfant. Il s'avère que plus de 29 % des mères présentent à deux mois un score supérieur à 16 et plus, selon l'échelle de 0 à 60, moins de 10 % des mères à trois mois, et seulement 6 % des mères à 6 mois. L'étude en cours examine principalement les symptômes dépressifs évalués à trois mois en fonction de la poursuite de l'allaitement à six mois. En ce qui concerne les mères détenant un score de 0-13, la proportion augmente aux différents temps de mesure variant de 73 % à deux mois, puis 90 % à trois mois et 94 % à six mois.

Il est à noter que 100 % des mères allaitent à trois mois; 68 % de ces mères poursuivent leur allaitement à 6 mois. La dépression maternelle postnatale et le statut d'allaitement mesuré à deux, trois et six mois, sont rapportés au Tableau 5.

Tableau 5

Distribution des fréquences de la dépression maternelle
et du statut d'allaitement maternel

(n=72)

Caractéristiques	Catégories	2 mois	%	3 mois	%	6 mois	%
Dépression	0-15	51	72,8	65	90,3	65	94,2
	16 et plus	21	29,2	7	9,7	4	5,8
Statut ¹ d'allaitement	Oui	-	-	72	100,0	49	68,1
	Non	-	-	0	0	23	31,9

Les données du présent projet prennent en considération les mesures évaluées à trois mois pour les fins d'analyses statistiques. En effet, les moyennes des dimensions correspondantes au tempérament de l'enfant à trois mois présument que ce sont des enfants perçus faciles par les mères. À savoir qu'un enfant est présumé difficile lorsqu'il se retrouve à l'extrémité supérieure pour les dimensions suivantes : niveau d'activité, détresse aux limites et détresse et latence à l'approche d'un stimulus intense. Les résultats pour ces échelles varient entre 2,24 à 3,44 pour l'étude en cours. D'autre part, pour affirmer que l'enfant est difficile, le score pour les dimensions: « durée de l'orientation », « sourire et rire » et « facilité à être calmé » doit se trouver à la limite inférieure. Le score pour ces dimensions varie entre quatre et cinq pour le présent échantillon.

Concernant l'estime de soi de la mère, les résultats de l'échantillon à l'étude, également mesurés à trois mois, se situent entre 4,04 et 4,57 (ÉT varie entre 0,33 à 0,57), ce qui indique que les mères semblent avoir une bonne estime de soi.

¹ Les données à 2 mois ne sont pas disponibles

À l'exception du score de la dimension « sentiments face à la grossesse, le travail et l'accouchement » qui se range à 3,94 (ÉT = 0,42). Il est possible de penser que l'expérience de l'accouchement, possiblement de la douleur vécue, soit encore bien présente pour certaines mères.

Au niveau de la satisfaction des mères à trois mois quant au soutien reçu de leur propre mère et de leur conjoint, les résultats sont élevés. En ce qui a trait au soutien de la mère, le score est de 6,30 (ÉT = 1,49). Pour ce qui est de la satisfaction du soutien offert par leur conjoint, le résultat est de 6,42 (ÉT = 1,07) et pour les deux autres dimensions mesurées sur une échelle de cinq, le résultat varie entre 4,30 et 4,45 (ÉT varie entre 0,61 et 0,91). Bref, les mères semblent satisfaites du soutien reçu de la part de ces deux personnes significatives. Cependant le soutien de la mère présente une dispersion plus grande des résultats, ce qui veut dire qu'il existe une plus grande variabilité pour cette donnée. Les moyennes et écarts-type correspondant à la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant, de l'estime de soi de la mère et du soutien reçu, sont rapportées au Tableau 6.

Tableau 6

Perception de la mère du tempérament de l'enfant, de l'estime de soi de la mère et du soutien reçu

Caractéristiques	3 mois Moyenne (ÉT)
La perception des mères du tempérament de l'enfant	n =-63
Niveau d'activité	3,44 (0,67)
Détresse aux limites	3,25 (0,74)
Durée de l'orientation	4,26 (1,07)
Sourires et rires	4,33 (1,00)
Facilité à être calmé	5,07 (0,83)
Les caractéristiques des répondantes en termes d'estime de soi de la mère	n=68
Image corporelle et santé	4,04 (0,57)
Sentiments face à la grossesse, le travail et l'accouchement	3,94 (0,42)
Acceptation parentale	4,57 (0,42)
Capacité à donner des soins	4,37 (0,33)
Habiletés générales et préparation face au rôle de mère	4,48 (0,36)
Acceptation du bébé	4,44 (0,35)
Relation attendue avec le bébé	4,44 (0,35)
La satisfaction des répondantes du soutien reçu de leur mère et de leur conjoint	n=65
Soutien de la mère	6,30 (1,49)
Satisfaction de l'aide du conjoint	6,42 (1,07)
Appui du conjoint	4,30 (0,61)
Participation du conjoint	4,45 (0,91)

Les moyennes et les écarts-type des différents types d'interaction entre la mère et l'enfant ont été évalués à partir des observations effectuées à trois mois. Les résultats montrent que le score de la synchronie a une moyenne de corrélation à $-0,04$ (ÉT = 0,16) démontrant l'absence de synchronie entre l'affect de la mère et celui de l'enfant. La moyenne pour la concordance entre l'affect neutre de la mère et celle de l'enfant est de 100,14 (ÉT = 56,36). La moyenne de la concordance entre l'affect

positif de la mère et celui de l'enfant se situe à 27,68 (ÉT = 0,16) et celle de l'affect non concordant entre la mère et l'enfant se situe à 11,94 (ÉT = 3,84). Quant à la concordance entre l'affect négatif de la mère et de l'enfant, la moyenne de cette variable est inférieure à un; ce qui permet de croire que majoritairement les mères et les enfants n'ont présenté aucune concordance entre leur affect négatif lors de la période d'observation retenue pour fin de codage. Ce résultat étant si minime, il est impossible de conserver cette variable pour les autres analyses. Par ailleurs, les mères et les enfants sont, la majorité du temps, dans un affect non concordant soit à 68 % du temps, dans un état de concordance entre l'affect neutre de la mère et celui de l'enfant pour 25 % du temps, et de la concordance entre l'affect positif de la mère et l'enfant à 7 % du temps. Les données des différents types d'interaction des moyennes et écarts-type figure au Tableau 7.

Tableau 7
Les types d'interaction mère-enfant
(n=71)

Types d'interactions mère-enfant	Moyenne (ÉT)	% de temps
Synchronie	-0,04 (0,16)	
Concordance		
➤ Affect positif	27,68 (26,16)	7 %
➤ Affect neutre	100,14 (56,56)	25 %
➤ Affect négatif	0,02 (0,13)	-
Affect non concordant	11,94 (3,84)	68 %

La section qui suit, étudie les variables principales du présent projet chez les mères qui allaitent à trois mois.

4.2 Les liens entre les variables d'intérêt à trois mois chez les mères qui allaitent

Les variables d'intérêt sont la dépression maternelle, la perception qu'a la mère du tempérament de l'enfant et les interactions mère-enfant. Ce sont ces trois variables qui sont davantage examinées dans le présent projet afin de répondre à l'objectif général de l'étude.

4.2.1. Le lien entre la dépression maternelle et les interactions mère-enfant

Afin de vérifier s'il existe, à trois mois de vie de l'enfant, un lien entre la dépression maternelle et les types d'interactions mère-enfant et la dépression maternelle et le tempérament de l'enfant, des analyses de corrélation de Pearson sont réalisées dans un premier temps. Il importe de se rappeler qu'à trois mois, toutes les femmes allaitent leur enfant.

Une seule relation intéressante a été trouvée, quoique de nature faible, lors de l'examen du lien entre la dépression maternelle et les interactions mère-enfant; il s'agit de la relation entre la dépression maternelle et l'affect non concordant entre la mère et l'enfant. Ainsi, il existe une relation entre la présence de symptômes dépressifs chez la mère et la survenue d'interactions non concordantes entre la mère et l'enfant ($r = 0,27$; $p < 0,05$). Les résultats de cette analyse sont rapportés au Tableau 8.

Tableau 8

Corrélation entre la dépression maternelle
et les types d'interactions mère-enfant à 3 mois
(n=72)

	(1)	(2)	(3)	(4)
Dépression (1)	1,00			
Concordance mère-enfant				
➤ Affect positif (2)	-0,11	1,00		
➤ Affect neutre (3)	-0,14	-0,45**	1,00	
Affect non concordant (4) mère-enfant	0,27*	0,00	-0,46**	1,00

* p<0,05; ** p<0,01

4.2.2 Le lien entre la dépression maternelle et le tempérament de l'enfant

En ce qui concerne l'étude du lien entre la dépression maternelle et les dimensions du tempérament de l'enfant à trois mois, les analyses réalisées ne révèlent aucune relation significative entre la dépression et les différentes dimensions du tempérament de l'enfant. Ces résultats sont présentés au Tableau 9.

Tableau 9

Corrélation entre la dépression maternelle
et les dimensions du tempérament de l'enfant à 3 mois
(n=61)

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
Dépression (1)	1,00						
Niveau d'activité (2)	0,08	1,00					
Détresse aux limites (3)	0,23	0,30*	1,00				
Durée de l'orientation (5)	-0,11	0,02	-0,31*	-0,19	1,00		
Sourires et rires (6)	-0,11	0,04	-0,04	-0,45*	0,36**	1,00	
Facilité à être calmé (7)	-0,08	0,01	-0,13	-0,02	0,44**	0,52**	1,00

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Somme toute, une seule relation est significative, il s'agit de la relation entre la dépression maternelle chez les mères qui allaitent à trois mois avec un des types d'interaction mère-enfant soit l'affect non concordant entre la mère et l'enfant. Toutefois, la force de la corrélation est de nature faible. La prochaine section discute des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement à six mois de vie de l'enfant.

4.3 Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel à six mois

Cette section présente les relations possibles entre les différentes caractéristiques personnelles des mères et des enfants ainsi celles de la dyade mère-enfant et le statut d'allaitement à six mois. Tout d'abord, certaines caractéristiques propres aux mères et aux enfants regroupées sous forme de catégories dans le Tableau 3 ont été analysées comme variables continues afin d'éviter de perdre de l'information compte tenu du peu de variabilité entre chacune des catégories.

Le niveau de scolarité et le statut socio-économique révèlent une différence statistiquement significative chez les mères qui allaitent : les mères qui allaitent à six mois ont un niveau de scolarité ($\bar{x} = 16,8$; $t = 2,29$; $p < 0,05$) et un statut socio-économique ($\bar{x} = 55,5$; $t = 2,21$; $p < 0,05$) plus élevés, comparées aux mères qui n'allaitent pas. Peu de différence en fonction de l'âge n'est notée chez les deux groupes de mères qui allaitent ou non ($\bar{x} = 32$; ÉT = 0,50; $\bar{x} = 31,56$; ÉT = 0,74). L'intention d'allaiter démontre des moyennes sensiblement similaires chez ces deux groupes de mères ($\bar{x} = 4,57$; ÉT = 0,54; $\bar{x} = 4,38$; ÉT = 0,67). Quant au poids de l'enfant, peu de différence n'est observée chez les mères qui allaitent comparativement aux mères qui n'allaitent pas.

En ce qui concerne le retour à l'emploi de la mère, peu importe si cette dernière travaille à temps partiel, à temps complet ou si elle demeure à la maison, aucune différence statistiquement significative n'est rapportée. En ce qui a trait à la dépression maternelle, aucune association statistiquement significative n'est notée. Cependant, la proportion de mères affectées par les symptômes dépressifs et qui allaitent encore à six mois, semble un peu plus grande que pour celles qui n'allaitent pas. Pour ce qui est du genre de l'enfant, peu importe s'il est un garçon ou une fille, les proportions sont égales chez les groupes de mères qui allaitent ou non. L'ensemble de ces résultats sont présentés au Tableau 10.

Tableau 10

Association entre les caractéristiques des mères et des enfants en fonction du statut d'allaitement maternel à 6 mois

Caractéristiques	Oui (n =49) Moyenne (ÉT)	Non (n =23) Moyenne (ÉT)	Khi-Carré ou test-t	P*
Âge de la mère	32,06 (0,50)	31,56 (0,74)	t= -0,56	0,58
Intention d'allaiter	4,57 (0,54)	4,38 (0,67)	x ² =1,64	0,65
Niveau de scolarité	16,8 (0,28)	15,7 (0,03)	t=-2,29	0,03*
Statut socio-économique	55,5	51,0	t=-2,21	0,03*
Retour à l'emploi				
≤25 h. T. partiel (n=35)	71,4%	28,65%	x ² =0,01	0,91
≥25 h. T. complet (n=13)	61,5%	38,5%		
Non (n=20)	65,0%	35,0%		
Dépression 2 mois				
0-15(n =51)	72,6%	27,4%	x ² =1,62	0,20
16 et plus (n= 21)	57,1%	42,9%		
Dépression 3 mois				
0-15 (n=65)	66,2%	33,8%	x ² =1,11	0,29
16 et plus (n=7)	85,7%	14,3%		
Dépression 6 mois				
0-15(n=65)	67,7%	32,3%	x ² =0,19	0,17
16 et plus (n=4)	100%	0%		
Genre de l'enfant				
1. masculin	68,4%	31,6%	x ² =0,01	0,94
2. féminin	67,9%	32,3%		
Poids de l'enfant (lb, oz)	7,69	7,5	t=-0,78	0,44

* p<0,05

En somme, deux associations sont soulignées entre les caractéristiques personnelles des mères et des enfants et leur statut d'allaitement à six mois. Premièrement, les mères qui sont plus scolarisées poursuivent leur allaitement jusqu'à six mois. En second lieu, les mères qui ont un statut socio-économique élevé allaitent leur enfant jusqu'à six mois.

Par ailleurs, les relations ont été étudiées entre 1] la perception de la mère du tempérament de l'enfant, 2] l'estime de soi de la mère et 3] la perception de la mère du soutien reçu et le statut d'allaitement à six mois de vie de l'enfant.

Dans la présente étude, aucun lien n'a été trouvé entre la perception qu'a la mère du tempérament de son enfant et la poursuite de l'allaitement à six mois. Deux faits sont à noter concernant ce résultat. Premièrement, les moyennes obtenues à l'échelle du tempérament de l'enfant sont semblables pour les mères qui allaitent et celles qui n'allaitent pas.

Les moyennes des différentes dimensions de l'estime de soi évaluées par les mères montrent très peu de variabilité en fonction du statut d'allaitement. Aucune différence significative n'a été rapportée concernant les diverses dimensions de l'estime de soi entre les mères qui poursuivent leur allaitement et celles qui ont cessé leur allaitement à six mois de vie de l'enfant. Par contre, les mères qui poursuivent leur statut d'allaitement démontrent des moyennes sensiblement élevées en ce qui a trait aux différentes dimensions de l'estime sur une échelle de un à cinq (\bar{x} varie entre 3,95 et 4,55; ÉT varie entre 0,34 et 0,56). Cependant, ces résultats sont passablement identiques aux mères qui n'allaitent plus leur enfant (\bar{x} varie entre 3,92 et 4,62; ÉT varie entre 0,26 et 0,60).

Par ailleurs, les résultats portant sur la satisfaction des répondantes face au soutien reçu de la part de leur propre mère et de leur conjoint ne révèlent aucune association statistiquement significative avec le statut d'allaitement à six mois de vie de

l'enfant. De façon globale, les mères qui allaitent semblent satisfaites du soutien reçu de la part de leur propre mère (une question posée) (\bar{x} 6,22; ÉT = 1,60); et de leur conjoint (trois questions posées) (\bar{x} 6,36; ÉT = 1,21); (\bar{x} 4,31; ÉT = 0,67); (\bar{x} 4,40; ÉT = 0,96). Cependant, un fait non négligeable à noter est que les moyennes des dimensions perçues par la mère du soutien sont similaires à celles des mères qui n'allaitent pas leur enfant (\bar{x} 6,47; ÉT = 1,22); (\bar{x} 6,58; ÉT = 0,61); (\bar{x} 4,26; ÉT = 0,45); (\bar{x} 4,58; ÉT = 0,77). Les résultats sont rapportés au Tableau 11.

Tableau 11

Association entre la perception de la mère du tempérament de l'enfant, de l'estime de soi de la mère et du soutien reçu en fonction du statut d'allaitement maternel à 6 mois

Caractéristiques	Statut d'allaitement à 6 mois		test-t	p*
	Moyenne (ÉT)	Moyenne (ÉT)		
La perception des mères du tempérament de l'enfant	Oui (n=44)	Non (n=19)		
Niveau d'activité	3,43 (0,65)	3,44 (0,73)	0,99	0,93
Détresse et limites	3,26 (0,75)	3,24 (0,74)	-0,71	0,49
Durée de l'orientation	4,21 (1,14)	4,36 (0,95)	1,04	0,30
Sourires et rires	4,42 (1,04)	4,13 (0,93)	-0,76	0,45
Facilité à être calmé	5,02 (0,81)	5,17 (0,93)	-0,65	0,52
Estime de soi de la mère	oui (n=47)	non (n=21)	test-t	p*
Image corporelle et santé	4,01 (0,56)	4,11 (0,60)	-0,66	0,51
Sentiments face à la grossesse, le travail et l'accouchement	3,95 (0,39)	3,92 (0,50)	0,30	0,77
Acceptation parentale	4,55 (0,47)	4,62 (0,35)	-0,61	0,54
Capacité à donner des soins	4,40 (0,34)	4,30 (0,31)	1,03	0,31
Habilités générales et préparation face au rôle de mère	4,46 (0,38)	4,52 (0,33)	-0,58	0,56
Acceptation du bébé	4,44 (0,38)	4,42 (0,26)	0,20	0,84
Relation attendue avec le bébé	4,43 (0,35)	4,44 (0,35)	-0,16	0,87
La satisfaction des répondantes face au soutien reçu de leur mère et de leur conjoint	oui (n=45)	non (n=19)	test-t	p*
Soutien de la mère	6,22 (1,60)	6,47 (1,22)	-0,62	0,54
Satisfaction de l'aide du conjoint	6,36 (1,21)	6,58 (0,61)	-0,76	0,45
Appui du conjoint	4,31 (0,67)	4,26 (0,45)	0,33	0,74
Participation du conjoint	4,40 (0,96)	4,58 (0,77)	-0,72	0,48

*p<0,05

Bref, aucune des dimensions de la perception de la mère du tempérament de l'enfant, de l'estime de soi de la mère et de la perception de la satisfaction du soutien reçu ne présente une association significative avec le statut d'allaitement à six mois. Étant donné la similarité des moyennes pour les différentes dimensions des variables étudiées en fonction du statut d'allaitement, aucune conclusion ne peut-être déduite concernant un profil distinct entre ces deux groupes de mères.

En ce qui a trait aux résultats, les associations entre les différents types d'interaction et le statut d'allaitement suggèrent que les mères qui allaitent encore à 6 mois ne présentent aucune différence significative avec les mères qui n'allaitent pas, en ce qui concerne les interactions mère-enfant. Le Tableau 12 présente ces données.

Tableau 12

Les types d'interaction mère-enfant en fonction du statut d'allaitement maternel à 6 mois

Types d'interactions mère-enfant	Moyenne (ÉT) oui (n=49)	Moyenne (ÉT) non (n=23)	test-t	p*
Concordance mère-enfant				
➤ Affect positif	29,82 (27,05)	23,13 (24,09)	t= 1,01	0,32
➤ Affect neutre	96,02 (57,49)	108,91 (54,72)	t= -0,90	0,37
Affect non concordant	12,27 (4,15)	11,22 (3,16)	t= 1,09	0,28

* p < 0,05

La prochaine section présentera les résultats de l'étude approfondie des trois variables d'intérêt : la dépression maternelle, les types d'interaction et le tempérament de l'enfant en fonction de la poursuite de l'allaitement à six mois de vie de l'enfant.

4.4 Les variables d'intérêt de l'étude en fonction du statut d'allaitement maternel à six mois

Cette section discute de l'association des variables d'intérêt par ensemble de deux variables indépendantes soit la dépression maternelle et les types d'interaction en fonction de la variable dépendante la poursuite de l'allaitement. En ce qui concerne la variable de la dépression maternelle et le tempérament de l'enfant sur la poursuite de l'allaitement, il est impossible dans le présent projet de les étudier en raison du peu de variabilité de la mesure du tempérament de l'enfant. En effet, l'ensemble des mères perçoivent leur enfant comme ayant un tempérament facile. Or, la seule analyse possible pour examiner cette association est l'analyse de régression logistique. Cette analyse de régression a été réalisée dans le but de confirmer ou d'infirmier l'hypothèse selon laquelle le niveau élevé de symptômes dépressifs de la mère et le type d'interaction mère-enfant à trois mois influencent la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois. Les résultats présentés au Tableau 13 suggèrent que la dépression maternelle et les interactions mère-enfant n'ont aucune influence sur la poursuite ou non de l'allaitement à six mois.

Tableau 13

Analyse de régression logistique

La dépression maternelle et les types d'interaction mère-enfant

Variabes dans l'équation	β	Erreur-type	Wald	dl	P*
Dépression 3 mois	0,34	0,04	0,58	1	0,45
Concordance mère-enfant					
> Affect positif	0,01	0,01	0,99	1	0,32
> Affect neutre	0,00	0,01	0,01	1	0,90
Affect non concordant	0,06	0,08	0,63	1	0,43

* p < 0,05

Finalement, il reste à présenter une seule analyse ; celle qui concerne l'exploration d'un modèle prédictif des facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant. Il s'agit de répondre à la question complémentaire de l'étude à savoir quels sont les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement à six mois de vie qui contribuent à dresser le profil des mères. Étant donné que l'étude s'inscrit à l'intérieur d'une démarche exploratoire, le modèle de régression logistique est estimé à partir de la méthode par étape ou *pas à pas* (stepwise).

4.5 Les résultats de l'analyse de régression logistique *pas à pas* des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel à six mois

Cette section présente les résultats de l'analyse de régression *pas à pas* qui permettrait d'identifier un profil de mères qui seraient plus favorable à la poursuite de l'allaitement de leur enfant jusqu'à six mois de vie.

4.5.1 *L'analyse de régression*

La première étape dans l'application du modèle de régression logistique consiste à évaluer les relations entre la variable dépendante et les variables indépendantes pour l'exploration du modèle des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement à six mois. Dans l'application du modèle de régression, la statistique de Wald est le test statistique indiquant que le coefficient doit être significativement différent de 0 dont le seuil de signification fixé est $p < 0,05$. Le critère de sélection d'entrée des variables candidates est établi à un seuil de signification de 0,10 parce qu'un seuil trop sévère de 0,05 pourrait écarter certaines variables intéressantes pour le modèle. Ce seuil permet d'être ni trop restrictif afin de repérer les variables ayant un certain potentiel explicatif, ni trop large afin d'éviter de courir le risque de laisser entrer des variables ayant une importance équivoque dans l'explication du phénomène (Hosmer & Lemeshow, 1989).

4.5.2 *La sélection des variables candidates*

L'ensemble des variables indépendantes présentées dans le cadre de référence de l'étude est inclus dans ce modèle: 1] pour la mère : âge, intention d'allaiter, niveau de scolarité, statut socio-économique, retour à l'emploi, catégories de dépression, dépression à trois mois, image corporelle et santé, sentiments face à la grossesse, travail et accouchement, acceptation parentale, capacité à donner des soins, habiletés générales et préparation face au rôle de mère, acceptation du bébé, relation attendue avec l'enfant, soutien de sa propre mère, soutien du conjoint; 2] pour l'enfant : genre, poids, tempérament et 3] pour la dyade mère-enfant : concordance entre l'affect

positif de la mère et de l'enfant, concordance entre l'affect neutre de la mère et de l'enfant et l'affect non concordant mère-enfant.

Certaines variables indépendantes ont dû être exclues du modèle notamment en raison du manque de variabilité des données à l'étude: le statut marital, l'ethnicité et l'âge gestationnel. En ce qui concerne le tempérament de l'enfant, l'idée de départ était de catégoriser la variable de la perception de la mère du tempérament de l'enfant en tempérament facile ou difficile. Cette démarche fut impossible à appliquer du fait que, majoritairement, les mères perçoivent positivement leur enfant. Donc, la dimension du tempérament de l'enfant a été exclue pour être en mesure de conserver un nombre de sujets acceptables pour les fins d'analyse.

La méthode *pas à pas* sélectionne les variables à inclure dans le modèle une à la fois en commençant par le meilleur prédicteur de la variable dépendante. Par la suite, les variables indépendantes additionnelles peuvent être incluses si elles ajoutent quelque chose de significatif au pouvoir explicatif de l'équation. Chaque sélection représente une étape du processus de régression et, après chaque étape, le modèle recalcule les corrélations partielles des variables hors de l'équation.

4.5.3 L'évaluation du modèle de régression

En général, pour la technique de la régression logistique, lorsque la taille d'un échantillon se situe à 54 sujets, il est possible de détecter un effet de taille se situant entre intermédiaire et large ($R^2 = 0,21$) avec un $\alpha = 0,05$ et une puissance statistique = 0,80 et de rapporter cinq variables dans le modèle. Dans la présente

étude, l'échantillon de 72 mères au départ tombe à 56 sujets pour cette analyse. Ainsi, une seule variable est entrée dans le modèle de régression de *pas à pas* (*stepwise*); le modèle a connu la saturation à l'étape 1. Ceci est en partie relié à certaines données manquantes à l'égard des dimensions du tempérament de l'enfant ou du retour à l'emploi.

Une seule variable est entrée dans le modèle de régression afin d'expliquer la poursuite de l'allaitement à six mois : la concordance entre l'affect positif de la mère et de l'enfant. Cette variable présente un seuil marginalement significatif ($\beta = 0,029$; $df = 1$; $p = 0,05$). En ce qui a trait à la statistique de Wald, cette variable démontre une valeur « p » à la limite de la signification statistique ($p = 0,05$). Ceci suggère que la concordance entre l'affect positif de la mère et de l'enfant est la seule variable prédictive de la poursuite de l'allaitement à six mois dans l'exploration de ce modèle à l'intérieur des variables retenues. Donc, dans toutes les variables indépendantes étudiées, la seule qui prédit la poursuite de l'allaitement à six mois est la concordance entre l'affect positif de la mère et de l'enfant. En ce sens, les valences des coefficients beta (β) indiquent la direction de la relation entre la variable prédite et les variables indépendantes. Concrètement, elles indiquent que la probabilité de la poursuite de l'allaitement à six mois augmente avec la présence de la concordance entre l'affect positif de la mère et celui de l'enfant. Le Tableau 14 présente les données discutées.

Tableau 14

Analyse de régression logistique *pas à pas*

Variables dans l'équation : Étape 1 n = 56

Variabes dans l'équation	β	Erreur-type	Wald	df	P*
Concordance mère-enfant					
➤ Affect positif	0,03	0,02	3,63	1	0,05
Constant	0,13	0,43	0,08	1	0,77

* p < 0,05

L'estimation du modèle de régression logistique a été évaluée à l'étape 1. La proportion de la probabilité de la poursuite de l'allaitement à six mois par la solution multivariée qui est estimée avec la valeur Pseudo-R² (Hair et al., 1998) qui se situe à 7 %. Ceci indique que 7% de la variance est expliquée directement par la concordance de l'affect positif entre la mère et l'enfant. Cette proportion expliquée de la probabilité de la poursuite de l'allaitement est significative. La différence entre $-2 \log$ du modèle initial avec le modèle à l'étape 1 qui incorpore la variable de la concordance entre l'affect positif de la mère et de l'enfant est égal à 4,61 avec un seuil significatif $p < 0,05$. Ceci indique que l'ajout de la variable de la concordance est significatif.

De plus, le test de Hosmer et Lemeshow (1989) pour le modèle à l'étape 1 donne une p value à .55 indiquant un bon ajustement du modèle. En effet, un seuil non significatif à ce test démontre que le modèle est bien ajusté. Les données sont rapportées au Tableau 15.

Tableau 15

Estimation du modèle de régression : Étape 1

Mesure d'ajustement du modèle	Valeur	Changement – 2LL	Valeur	p*
Probabilité -2log	59,677	D'avec le modèle de base	4,461	0,03
Pseudo R ²	0,07			
Hosmer et Lemeshow	$\chi^2=6,881$			0,55

* p < 0,05

Étant donné qu'une seule variable est rentrée dans le modèle, les paramètres cités précédemment en ce qui concerne la puissance sont respectés. En conclusion, l'analyse des mesures d'ajustement du modèle final (*overall model fit assessment*) suggère que l'équation de régression parvient à expliquer une proportion minime significative de la prédiction de la concordance entre l'affect positif de la mère et celui de l'enfant pour la poursuite de l'allaitement à six mois. La prochaine et dernière section résumera les résultats en fonction des différentes hypothèses et de la question à l'étude.

4.6 Le résumé des résultats en fonction des hypothèses

Les hypothèses et la question formulées à partir du cadre de référence proviennent des écrits recensés pour répondre au but de l'étude. Suite aux analyses effectuées, cette section présente les divers résultats pour infirmer ou confirmer les hypothèses et répondre à la question de l'étude.

4.6.1 Les hypothèses de l'étude

1) « Les mères présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs à trois mois sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères présentant moins de symptômes dépressifs ».

Cette hypothèse a été rejetée ($\chi^2 = 1,11$; $df = 1$; $p = 0,29$). Par contre, le nombre de mères ayant des symptômes dépressifs tend à diminuer en fonction du temps, l'analyse descriptive démontre qu'entre deux et trois mois, le nombre de mères qui allaitent manifestant des symptômes dépressifs a diminué de 21 à 7 mères pour cette période.

2) « Les mères percevant leur enfant comme ayant un tempérament difficile sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères percevant leur enfant comme ayant un tempérament facile ».

Cette hypothèse n'a été ni confirmée ni infirmée par la présente étude à cause du manque de variabilité. Les mères participantes perçoivent majoritairement leur enfant comme étant à tempérament facile.

3) « Le type d'interaction mère-enfant a une influence sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois ».

Cette hypothèse est confirmée par l'analyse de régression logistique *pas à pas* ; mais, le seuil est marginalement significatif ($\beta = 0,29$; $df = 1$; $p = 0,05$).

4) « Le niveau élevé de symptômes dépressifs de la mère et chacun des types d'interaction mère-enfant influencent la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois ».

Cette hypothèse a été infirmée par l'analyse de régression logistique : la dépression à 3 mois ($b = 0,34$; $df = 1$; $p = 0,45$) ; la dépression et la concordance entre l'affect positif mère-enfant ($b = 0,01$; $df = 1$; $p = 0,32$); la dépression et la concordance entre l'affect neutre mère- enfant ($b = 0,00$; $df = 1$; $p = 0,90$) ainsi que la dépression et l'affect non concordant mère-enfant ($b = 0,06$; $df = 1$; $p = 0,43$).

5) « Les mères, présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs et la perception du tempérament difficile de l'enfant, sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères percevant leur enfant comme ayant un tempérament facile ».

Cette hypothèse n'a été ni infirmée ni confirmée dans la présente étude car dans l'échantillon à l'étude, les mères présument majoritairement que leur enfant a un tempérament facile.

6) « Les mères qui présentent moins d'estime de soi à trois mois sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères présentant plus d'estime de soi ».

L'hypothèse est rejetée. Aucune des dimensions de l'estime de soi de la mère ne s'est révélée associée significativement à la poursuite de l'allaitement lors de l'analyse du test-t : 1] l'image corporelle et santé ($t = -0,66$; $df = 1$; $p = 0,51$); 2] les sentiments face à la grossesse, le travail et l'accouchement ($t = 0,30$; $df = 1$; $p = 0,77$);

3] l'acceptation parentale ($t = -0,061$; $df = 1$; $p = 0,54$); 4] la capacité à donner des soins ($t = 1,03$; $df = 1$; $p = 0,31$); 5] les habiletés générales et préparation face au rôle de mère ($t = -0,58$; $df = 1$; $p = 0,56$); 6] l'acceptation du bébé ($t = 0,20$; $df = 1$; $p = 0,84$); et, 7] la relation attendue avec le bébé ($t = -0,16$; $df = 1$; $p = 0,87$).

7) « Les mères, qui ont moins l'intention d'allaiter, sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois ».

L'hypothèse est infirmée ($\chi^2 = 1,64$; $df = 1$; $p = 0,29$).

8) « Les mères qui ont donné naissance à une fille ou à un enfant de petit poids sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que les mères qui ont donné naissance à un garçon ou à un enfant de poids normal ».

L'hypothèse est non confirmée pour le genre ($\chi^2 = 0,01$; $df = 1$; $p = 0,94$) et pour le poids de l'enfant ($t = -0,78$; $df = 1$; $p = 0,44$).

9) « Les mères qui bénéficient de moins de soutien sont moins susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que les mères qui reçoivent un soutien approprié ».

L'hypothèse est infirmée: 1] soutien de la mère ($t = -0,62$; $df = 1$; $p = 0,54$) et 2] soutien du conjoint ($t = -0,76$; $df = 1$; $p = 0,45$); ($t = 0,33$; $df = 1$; $p = 0,74$); ($t = -0,72$; $df = 1$; $p = 0,48$).

10) « Les mères qui sont plus jeunes ou ayant moins de 12 ans de scolarité, ou présentant un statut socio-économique moindre, ou occupant un emploi sont moins

susceptibles de poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois que les mères qui sont plus âgées ou ayant moins de 12 ans de scolarité, ou présentant un statut socio-économique plus élevé, ou n'occupant aucun emploi hors domicile ».

L'hypothèse est infirmée en ce qui concerne l'âge de la mère, le retour à l'emploi; et, elle est confirmée pour la scolarité et le statut socio-économique par l'analyse du test t : âge de la mère ($t = -0,56; df = 1; p = 0,58$), retour à l'emploi ($\chi^2 = 0,01; df = 1; p = 0,91$), scolarité ($t = 2,29; df = 1; p = 0,03$) et statut socio-économique ($t = 2,21; df = 1; p = 0,03$).

4.6.2 La question de l'étude

La question suivante a été formulée, à la fin du chapitre 2 de la présente étude, en se basant sur le but de l'étude et de la littérature recensée : « parmi les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement selon le cadre de référence de l'étude, lequel ou lesquels sont prédictifs de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois »?

La réponse à cette question est issue de l'analyse de régression logistique *pas à pas* qui nous apprend que le seul facteur qui se trouve sur le seuil de signification statistique de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois est la concordance entre l'affect positif de la mère et celui de l'enfant ($\beta = 0,29; df = 1; p = 0,05$).

CHAPITRE 5
La discussion

Le cinquième chapitre aborde l'interprétation des résultats de l'étude en fonction des hypothèses examinées. D'abord, la première section discute des résultats obtenus à la lumière des autres études sur le sujet. En ce qui concerne la deuxième section, celle-ci constitue les forces de ce projet. Dans la troisième section, il s'agit d'exposer la validité interne et externe de l'étude. Quant à la quatrième section, elle met en évidence les contributions de cette recherche pour le développement des connaissances. Finalement, la dernière section se penche particulièrement sur les recommandations sur le plan de la recherche, de la formation et de la pratique infirmière ainsi que les incidences des résultats pour l'intervention découlant du cadre théorique de Watson (1988).

5.1 La discussion des résultats

La première hypothèse de recherche suggérait que les mères présentant un niveau élevé de symptômes dépressifs à trois mois étaient moins susceptibles de poursuivre leur allaitement maternel jusqu'à six mois que les mères présentant moins de symptômes dépressifs. Cette hypothèse n'a pas été confirmée dans la présente étude, ce qui ne permet pas d'appuyer les résultats rapportés par Galler et ses collègues (1999) à l'effet que l'humeur dépressive de la mère à sept semaines prédit une diminution de la prévalence de l'allaitement à six mois de vie de l'enfant. Les résultats sont à l'inverse de ceux obtenus par Henderson, Evans, Straton, Priest et

Hagan (2003) ainsi que de ceux trouvés par l'« Étude longitudinale du développement des enfants du Québec » (Dubois et al., 2000) qui suggèrent que la dépression maternelle est un facteur de risque pour l'arrêt précoce de l'allaitement. Cette différence entre les résultats de notre étude et ceux obtenus par d'autres auteurs pourrait être expliquée par la taille de l'échantillon. Les études dont les résultats suggèrent une association entre la dépression et la durée de l'allaitement ont été menées auprès de plus de 1500 mères comparativement à notre étude qui incluait seulement 75 mères.

Il est intéressant de noter l'évolution des symptômes dépressifs pour notre échantillon. En effet, le nombre de mères présentant des symptômes dépressifs a diminué de 14 mères entre deux et trois mois passant de 21 mères à sept mères. Ceci pourrait rendre compte de l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur les symptômes dépressifs de la mère. Des résultats suggèrent que l'allaitement contribue à favoriser une humeur positive chez la mère (Hatton et al., 2005). Mezzacappa et Katlin (2002) rapportent que l'allaitement maternel pourrait jouer un rôle protecteur contre l'humeur négative chez les mères. D'ailleurs, les mères qui ont allaité exclusivement au sein durant au moins huit semaines rapportent moins de détresse que les mères qui ont alterné avec des biberons ou les mères qui ont cessé leur allaitement (Misri et al., 1997).

Toutefois, il faut être prudent dans l'interprétation de ce résultat puisque cette tendance pourrait aussi être attribuable à d'autres facteurs qui n'ont pas été contrôlés dans l'étude. Les participantes ne présentaient aucun facteur de risque à l'exception