

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DE LA SENSIBILITÉ ET DE L'ANXIÉTÉ
DE LA MÈRE PRIMIPARE SELON LA POURSUITE DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL JUSQU'À SIX MOIS**

Mémoire présenté

dans le cadre du programme de maîtrise en sciences infirmières

en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences

PAR

© MARIE-ESTELLE COUTURE

Décembre 2013

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À RIMOUSKI
Service de la bibliothèque

Avertissement

La diffusion de ce mémoire ou de cette thèse se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire « Autorisation de reproduire et de diffuser un rapport, un mémoire ou une thèse ». En signant ce formulaire, l'auteur concède à l'Université du Québec à Rimouski une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de son travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, l'auteur autorise l'Université du Québec à Rimouski à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de son travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits moraux ni à ses droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, l'auteur conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont il possède un exemplaire.

Composition du jury :

Nicole Ouellet, présidente du jury, Université du Québec à Rimouski

Marie Lacombe, directrice de recherche, Université du Québec à Rimouski

Linda Bell, codirectrice de recherche, Université de Sherbrooke

Sylvie Jetté, examinatrice externe, Université de Sherbrooke

Dépôt initial le 30 août 2013

Dépôt final le 19 décembre 2013

REMERCIEMENTS

Tout d'abord, je ne peux passer sous silence l'inestimable soutien offert par ma directrice et ma codirectrice, mesdames Marie Lacombe et Linda Bell. Merci pour votre accessibilité et votre générosité sans pareilles. J'ai découvert en vous des professionnelles exceptionnelles et passionnées, mais ce que je retiens le plus c'est que vous êtes des femmes de cœur. Votre gentillesse, votre humanité ont fait en sorte de rendre ce cheminement plus significatif pour moi. Ma maîtrise ne m'a pas seulement menée à obtenir un diplôme, mais m'a appris une foule de choses qui me serviront dans ma vie professionnelle et personnelle. Merci pour vos encouragements qui m'ont permis de me dépasser et surtout merci d'avoir cru en moi. Merci également à madame Nathalie Carrier, une statisticienne disponible, patiente et généreuse qui m'a aidée à apprivoiser le monde de la statistique.

Un immense merci à mes trois petits amours qui m'ont soutenue tout au long de ce projet fait de hauts et de bas. Vous avez été une source d'inspiration et de motivation afin de mener à terme ce gros projet. À mon grand Félix qui, du haut de ses 4 ans et avec sa grande sagesse, m'a répondu un jour où je lui ai demandé s'il allait être fier de sa maman lorsqu'elle irait chercher son diplôme : « Bien oui, maman, mais, je suis toujours fier de toi! » Merci pour ce beau mot d'encouragement qui restera toujours gravé dans ma mémoire et dans mon cœur. Tu m'as aidée à mettre les choses en perspective et à prendre conscience qu'en premier lieu, quand on fait quelque chose, on doit le faire pour soi. À ma belle Jade, qui aimait venir s'asseoir à mes côtés sur la table de la cuisine pour m'imiter et pour m'observer avec ses beaux grands yeux et son magnifique sourire. Merci d'avoir mis un brin de folie et de plaisir dans des soirées de travail qui étaient plus difficiles. À ma petite Magalie qui, en plein milieu d'une session, m'a fait la surprise de se pointer le bout

du nez en avance, merci ma petite chérie, par ta fragilité, mais également par ta grande force tu as été pour moi un exemple de courage et de persévérance. Merci à toi aussi petite Justine qui s'est jointe à moi pour le dernier droit de ce projet, tu contribues déjà par ta présence au creux de moi à me combler de bonheur. Un très sincère merci à mon complice, mon allié de tous les jours et l'homme avec lequel j'ai eu le bonheur de fonder cette belle famille. Merci Mario de toujours avoir été là pour me soutenir et m'encourager, mais également pour ta présence auprès des enfants durant ces longs dimanches après-midi passés à la bibliothèque. Je n'y serais tout simplement jamais arrivée sans ton aide.

RÉSUMÉ

Malgré la reconnaissance de l'importance de l'allaitement maternel, seulement la moitié des mères québécoises pratiquent l'allaitement total durant les six premiers mois alors que moins de 20 % des mères pratiquent l'allaitement exclusif (Statistique Canada, 2010). Une meilleure compréhension des facteurs influençant la poursuite de l'allaitement s'impose afin de permettre de développer des mesures favorisant sa poursuite. Au cours des dernières années, on tend de plus en plus à percevoir l'allaitement comme étant un processus interactionnel privilégié entre la mère et son enfant, ce qui a un impact sur les recherches effectuées pour identifier les facteurs liés à la poursuite de l'allaitement. En effet, une telle façon de percevoir l'allaitement amène les chercheurs à examiner les facteurs pouvant influencer ce processus interactionnel. Dans ce sens, la présente étude vise à comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé.

L'étude de type descriptive corrélationnelle a été effectuée à partir des données recueillies dans le cadre d'une étude primaire, effectuée par Lacombe, Bell et Lacharité (2011). L'échantillon est composé de 106 dyades mère-enfant en bonne santé dont les mères sont des primipares allaitant à la sortie de l'hôpital. La collecte des données s'est déroulée à 48-72 heures de vie de l'enfant ainsi qu'à deux et six mois. À chaque temps de mesure, les mères ont rempli un questionnaire autoadministré comprenant l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) et l'*Inventaire d'anxiété situationnelle (forme Y)* (Spielberger, 1983). Afin de répondre au but de l'étude, des analyses descriptives et bivariées ainsi qu'une analyse de régression logistique ont été effectuées.

Les résultats obtenus suggèrent un lien significatif entre la sensibilité maternelle dans les composantes de la découverte (1,5(1,0-1,9) vs 1,7(1,3-2,0); $p=0,03$) et de l'engagement (1,1(1,0-1,5) vs 1,4(1,0-1,7); $p=0,03$) à deux mois ainsi que la proximité physique à six mois (1,4(1,0-1,7) vs 1,5(1,2-2,0); $p=0,04$) chez les mères qui allaitent jusqu'à six mois comparativement à celles qui ont cessé d'allaiter avant six mois. L'anxiété de la mère à 48 heures est associée significativement à la poursuite de l'allaitement à six mois (34,00(29,00-39,00) vs 30,00(26,00-34,00); $p=0,04$). De plus, la composante de la découverte ($p=0,002$) de même que les cours prénataux ($p=0,03$) et le revenu ($p=0,003$) ont été identifiés comme étant des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement à six mois. Les résultats de la présente étude démontrent l'importance des approches de soutien à l'allaitement qui prennent en compte l'aspect relationnel de l'allaitement.

Mots clés : allaitement maternel, anxiété de la mère, sensibilité maternelle, relation mère-enfant, caring

ABSTRACT

Despite the fact that exclusive breastfeeding up to six months is highly important, less than 20 % of Quebec mothers practice it as recommended (Statistics Canada, 2010). There is a need for a more comprehensive understanding of the factors that influence the continuation of breastfeeding. In recent years, the trend has been to think of breastfeeding as a privileged, interactional process between mother and infant, which has motivated researchers to attempt to identify factors that have bearing on this interactional process. This study aims to describe the relationship between mother-sensitivity and anxiety on breastfeeding continuation up until six months.

This correlational, descriptive study was conducted using data from a prior study proposed in 2011 by Lacombe, Bell and Lacharité. The experiment involved 106 healthy breastfeeding mother-baby dyads. Data was collected 48 to 72 hours following birth, at two and six months. Mothers completed *L'Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004), *the State-Trait Anxiety Inventory (form Y)* (Spielberger, 1983) and *the Brown's Support Behaviors Inventory* (1986). Sociodemographic, clinical and breastfeeding information were also collected. Data was analysed using descriptive and bivariate analyses as well as a regression analysis.

Results suggest that discovery (1,5(1,0-1,9) vs 1,7(1,3-2,0); $p=0,03$) and commitment at two months (1,1(1,0-1,5) vs 1,4(1,0-1,7); $p=0,03$) as well as physical proximity at six months (1,4(1,0-1,7) vs 1,5(1,2-2,0); $p=0,04$) are related to breastfeeding up to six months. Anxiety at 48 hours was related to breastfeeding up to six months (34,00(29,00-39,00) vs 30,00(26,00-34,00); $p=0,04$). Discovery ($p=0,002$), prenatal class ($p=0,03$) and income ($p=0,003$) were identified as predictive factors of breastfeeding continued at six months.

Results of this study highlights the need for breastfeeding approaches that consider maternal sensitivity as part of the breastfeeding experience.

Keywords: breastfeeding, maternal sensitivity, maternal anxiety, mother-infant relationship, caring

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	vii
RÉSUMÉ	ix
ABSTRACT.....	xi
TABLE DES MATIÈRES.....	xiii
LISTE DES TABLEAUX.....	xix
LISTE DES FIGURES	xxi
LISTE DES ABRÉVIATIONS	xxiii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 PROBLÉMATIQUE	3
1.1 BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT	3
1.2 TAUX D'ALLAITEMENT	4
1.3 FACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT	4
1.4 INFLUENCE DE LA SENSIBILITÉ MATERNELLE SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT.....	5
1.5 INFLUENCE DE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT.....	6
1.6 MESURES MISE EN PLACE POUR FAVORISER LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT.....	6
1.7 PROJET PROPOSE	7
CHAPITRE 2 RECENSION DES ÉCRITS.....	11
2.1 ALLAITEMENT MATERNEL.....	12
2.1.1 Définition et types d'allaitement	12

2.1.2	Bienfaits de l'allaitement maternel.....	13
2.1.3	Facteurs influençant la poursuite de l'allaitement.....	17
2.2	SENSIBILITE MATERNELLE.....	26
2.2.1	Définition et rôle de la sensibilité maternelle.....	26
2.2.2	Sensibilité maternelle et allaitement.....	29
2.3	ANXIETE DE LA MERE.....	39
2.3.1	Définitions et prévalence de l'anxiété.....	39
2.3.2	Anxiété de la mère en période périnatale.....	41
2.3.3	Anxiété de la mère et allaitement maternel	43
2.4	ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET SENSIBILITÉ MATERNELLE.....	50
CHAPITRE 3 CADRE DE RÉFÉRENCE		55
3.1	CARING	55
3.1.1	Influence du <i>caring</i> dans la présente étude.....	56
3.1.2	Moment de <i>caring</i>	57
3.1.3	Relation en contexte d'allaitement	58
3.1.4	« Être avec ».....	58
CHAPITRE 4 MÉTHODE.....		61
4.1	ÉTUDE PRINCIPALE	61
4.2	ÉTUDE PROPOSEE	62
4.2.1	Devis	63
4.2.2	Milieu.....	64
4.2.3	Population cible et échantillon	65
4.2.4	Recrutement	66
4.2.5	Collecte des données.....	67
4.2.6	Définition opérationnelle des variables et des instruments de mesure	68
4.2.7	Plan d'analyse des données	75
4.2.8	Considérations éthiques.....	76

CHAPITRE 5 RÉSULTATS.....	77
5.1 PARTICIPATION A L'ETUDE.....	78
5.2 CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIOLOGIQUES DES MÈRES.....	79
5.3 CARACTERISTIQUES DES BEBES.....	82
5.4 TAUX D'ALLAITEMENT DE LA NAISSANCE À SIX MOIS	83
5.5 RESULTATS DE LA SENSIBILITE MATERNELLE	84
5.6 RÉSULTATS DE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE	85
5.7 SENSIBILITÉ MATERNELLE SELON LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT	86
5.7.1 Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à deux mois.....	86
5.7.2 Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à six mois	87
5.8 ANXIÉTÉ DE LA MÈRE SELON LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT.....	89
5.8.1 Anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à deux mois.....	89
5.8.2 Anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement à six mois.....	90
5.9 RELATION ENTRE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET LA SENSIBILITÉ MATERNELLE	90
5.9.1 Relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à 48 heures.....	91
5.9.2 Relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à deux mois.....	92
5.9.3 Relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à six mois	93
5.9.4 Relation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à deux mois.....	94
5.9.5 Relation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à six mois	95
5.9.6 Relation entre l'anxiété de la mère à six mois et la sensibilité maternelle à six mois.....	96
5.10FACTEURS PRÉDICTIONNELS DE LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS.....	97
5.10.1 Variables principales.....	97

5.10.2 Variables ayant un p inférieur à 0,1	98
5.10.3 Variables reconnues pour leur association avec la poursuite de l'allaitement	99
5.10.4 Variables prédictives de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois	100
CHAPITRE 6 DISCUSSION	103
6.1 TAUX D'ALLAITEMENT A SIX MOIS	103
6.2 SENSIBILITÉ MATERNELLE ET LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT À DEUX ET SIX MOIS	105
6.3 ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET POURSUITE DE L'ALLAITEMENT À DEUX ET SIX MOIS	110
6.4 RELATION ENTRE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET LA SENSIBILITÉ MATERNELLE.....	117
6.5 FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS	119
6.5.1 Cours prénataux.....	119
6.5.2 Revenu.....	121
6.6 RECOMMANDATIONS.....	122
6.6.1 Recommandations pour la pratique infirmière.....	122
6.6.2 Recommandations pour la pratique découlant du caring de Watson.....	124
6.6.3 Recommandations pour la recherche.....	125
6.6.4 Recommandations pour la formation	126
6.7 FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	127

CONCLUSION	131
ANNEXE I CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL	133
ANNEXE II DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	137
ANNEXE III RÉSUMÉS SENSIBILITÉ MATERNELLE ET ALLAITEMENT ...	141
ANNEXE IV RÉSUMÉS ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET ALLAITEMENT	161
ANNEXE V RÉSUMÉS ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET SENSIBILITÉ MATERNELLE	179
ANNEXE VI AUTORISATION D'UTILISATION DE LA BASE DE DONNÉES DE L'ÉTUDE PRINCIPALE.....	191
ANNEXE VII FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE PRINCIPALE.....	195
ANNEXE VIII CODIFICATION DES VARIABLES	207
ANNEXE IX FORMULAIRE DE COLLECTE DES DONNÉES AU DOSSIER.....	213
ANNEXE X QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE-48 HEURES.....	217
ANNEXE XI QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE-2 MOIS.....	233
ANNEXE XII QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE - 6 MOIS	245
ANNEXE XIII APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE À LA RECHERCHE DE L'UQAR	257
ANNEXE XIV APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS ...	261
ANNEXE XV APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DU CSSS DE LA VIEILLE- CAPITALE.....	265

ANNEXE XVI APPROBATION DE LA PRÉSENTE ÉTUDE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAR.....	269
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	273

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion	66
Tableau 2 : Classification des variables principales en fonction des temps de mesure	74
Tableau 3 : Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des mères.....	81
Tableau 4 : Caractéristiques des bébés	83
Tableau 5 : Sensibilité maternelle en fonction du temps	85
Tableau 6 : Anxiété de la mère en fonction du temps	86
Tableau 7 : Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à deux mois	87
Tableau 8 : Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à six mois	88
Tableau 9 : Anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à 2 mois	89
Tableau 10 : Anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à 6 mois	90
Tableau 11 : Corrélation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle 48 h.....	92
Tableau 12 : Corrélation entre l'anxiété à 48 heures et la sensibilité à deux mois.....	93
Tableau 13 : Corrélation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à six mois	94
Tableau 14 : Corrélation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à deux mois	95

Tableau 15 : Corrélacion entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à six mois.....	96
Tableau 16 : Corrélacion entre l'anxiété de la mère à six mois et la sensibilité maternelle à six mois.....	97
Tableau 17 : Facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel à six mois	101

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Application du modèle du <i>caring</i> dans le contexte de l'allaitement maternel, inspirée de Watson.....	57
Figure 2 : Taux de participation de la naissance à six mois	79
Figure 3 : Taux d'allaitement au cours des six premiers mois	84

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CIB	Coding Interactive Behavior
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DSM	Diagnostic and Statistical Manual
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IAB	Initiative amis des bébés
IHAB	Initiatives des hôpitaux amis des bébés
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MSSSQ	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
NCAST	Nursing Child Assessment Satellite Training
NEGS	Naître-égaux et Grandir en santé
OIIQ	Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PSJP	Programme de soutien aux jeunes parents
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance

INTRODUCTION

Malgré la reconnaissance de l'importance de l'allaitement maternel, seulement la moitié des mères québécoises pratiquent l'allaitement total durant les six premiers mois alors que moins de 20 % des mères pratiquent l'allaitement exclusif (Statistique Canada, 2010). Il importe donc de poursuivre la recherche afin de mieux comprendre quels sont les facteurs qui entrent en jeu dans la poursuite de l'allaitement. Comme l'allaitement tend de plus en plus à être perçu non pas uniquement comme un simple mode d'alimentation du nouveau-né, mais aussi comme étant un processus interactionnel privilégié entre la mère et son enfant, ceci a des retombées sur la recherche. En effet, une telle façon de percevoir l'allaitement amène les chercheurs à examiner les facteurs pouvant influencer ce processus interactionnel. Se situant dans cette lignée, la présente étude descriptive corrélationnelle vise à comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé.

Le premier chapitre de ce mémoire traite de la problématique liée à la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois, notamment en ce qui concerne le rôle de la sensibilité maternelle et de l'anxiété de la mère. Le deuxième chapitre expose la recension des écrits effectuée sur le sujet. Dans ce chapitre, il est possible de trouver une présentation de l'état actuel des connaissances des principaux facteurs associés à la poursuite de l'allaitement notamment la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère. Le troisième chapitre s'attarde pour sa part au cadre de référence retenu. Le chapitre suivant décrit la méthode utilisée pour réaliser l'étude. Dans le cinquième chapitre, les résultats des différentes analyses effectuées sont exposés. Le dernier chapitre propose quant à lui une discussion des résultats. De plus, ce dernier expose les recommandations pour la pratique infirmière, celles découlant du

caring de même que les recommandations pour la recherche ainsi que celles pour la formation en plus des forces et des limites de l'étude.

CHAPITRE 1

PROBLÉMATIQUE

Depuis déjà plusieurs années, l'allaitement est prôné comme étant le meilleur aliment pour nourrir un nouveau-né (Organisation mondiale de la Santé, 2011; Santé Canada, 2012b; Société Canadienne de Pédiatrie, 2013). C'est pourquoi Santé Canada (2012b), la Société canadienne de pédiatrie (2013), l'American Academy of Pediatrics (2012) ainsi que l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2011) recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie de l'enfant. L'allaitement maternel est reconnu pour ses multiples bienfaits tant pour l'enfant que pour la mère.

1.1 BIENFAITS DE L'ALLAITEMENT

Par exemple, chez l'enfant il semble que l'allaitement contribue entre autres à réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson (Rennick Salone, Vann Jr, & Dee, 2013) ainsi que la mortalité néonatale (Boccolini, de Carvalho, de Oliveira, & Pérez-Escamilla, 2013). Chez la mère, l'allaitement permet notamment de réduire le risque d'hémorragie à la période postnatale (Gribble, McGrath, MacLaine, & Lhotska, 2011; Thompson, Heal, Roberts, & Ellwood, 2010) ainsi que celui de souffrir du cancer du sein (Redondo et al., 2012; Turkoz et al., 2013) et de l'ovaire (Gates, Rosner, Hecht, & Tworoger, 2010; Su, Pasalich, Lee & Binns, 2013). Par ailleurs, il est bien documenté que l'allaitement maternel a aussi un impact sur le plan économique (American Academy of Pediatrics, 2012; Bartick & Reinhold, 2010; Guillemette & Badlissi, 2001).

1.2 TAUX D'ALLAITEMENT

Malgré tous les bénéfices que confère l'allaitement maternel, les taux d'allaitement demeurent sous les recommandations des différentes instances en santé. En effet, seulement 19,9 % des Québécoises allaitent exclusivement jusqu'à six mois (Statistique Canada, 2010) alors que selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) (2006) en Chaudière-Appalaches, ce pourcentage est de 1,8 %¹. En ce qui concerne les taux d'allaitement total jusqu'à six mois qui englobent tous les types d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain (OMS, 1991), il semble qu'au Québec 50,7 % des mères le pratiquent jusqu'à six mois (Statistique Canada, 2010). Dans la région de Chaudière-Appalaches, ce sont seulement 35,7 % des mères qui poursuivent l'allaitement total jusqu'à six mois (ISQ, 2006).

1.3 FACTEURS IMPLIQUÉS DANS LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

En raison de ces faibles taux d'allaitement, plusieurs études ont tenté d'identifier les facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement. Jusqu'à présent, la majorité des recherches effectuées portaient principalement sur les facteurs sociodémographiques. En effet, il est bien reconnu selon la littérature, par exemple, que l'âge de la mère (Hundalani, Irigoyen, Braitman, Matam, & Mandakovic-Falconi, 2013; Radwan, 2013), le niveau d'éducation (Radwan, 2013; Thorisdottir, Gunnarsdottir, & Thorsdottir, 2013) ainsi que le revenu (Skafida, 2012; Thorisdottir, et al., 2013) sont des facteurs ayant une influence sur la poursuite de l'allaitement. Malgré cette connaissance approfondie et bien documentée des facteurs sociodémographiques, peu de mères allaitent jusqu'à six mois. C'est pourquoi depuis quelques années, certaines études tentent d'identifier d'autres facteurs qui pourraient être impliqués dans la poursuite de l'allaitement.

¹ Cette statistique peut sembler faible, mais il est à noter qu'elle se rapporte aux dernières statistiques disponibles pour la région de Chaudière-Appalaches, soit celles de 2006.

Puisque l'allaitement est perçu comme un contexte interactionnel privilégié entre la mère et son enfant, d'autres facteurs tels que la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère sont explorés de plus en plus (Dykes & Flacking, 2010). Ces facteurs méritent une attention particulière, car ils permettent de ne pas considérer l'allaitement maternel comme étant un simple mode d'alimentation du nouveau-né. En effet, le fait d'étudier davantage l'influence de ces facteurs permet plutôt de s'intéresser à l'aspect interactionnel de l'allaitement maternel.

1.4 INFLUENCE DE LA SENSIBILITÉ MATERNELLE SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

D'ailleurs, certaines études s'étant intéressées à la sensibilité maternelle ont permis de constater que celle-ci semble avoir un impact sur l'allaitement. En effet, selon l'étude de Britton et ses collaborateurs (2006), la sensibilité maternelle influencerait positivement l'intention d'allaiter de la mère de même que l'initiation de l'allaitement maternel. De plus, il semble que les mères plus sensibles poursuivent leur allaitement sur une plus longue période que celles qui sont moins sensibles (Britton, et al., 2006; Cernadas, Noceda, Barrera, Martinez, & Garsd, 2003; Courtois, Lacombe, & Tysio, 2012; Lacombe & Bell, 2010; Nishioka et al., 2011). D'autres recherches examinant l'influence de la sensibilité maternelle sur la poursuite de l'allaitement s'imposent puisque la sensibilité maternelle semble être une piste intéressante en ce qui concerne l'aspect relationnel de la dyade mère-enfant afin d'améliorer la compréhension des facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Aussi, l'anxiété de la mère est un facteur ayant un impact sur la poursuite de l'allaitement.

1.5 INFLUENCE DE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

L'anxiété de la mère est un facteur qui a été identifié dans plusieurs études comme ayant un impact négatif sur la sensibilité maternelle (Courtois, et al., 2012; Hyunjeong, Young-Joo, Hosihn, & Gyeong-Ae, 2008; Kim, Mayes, Feldman, Leckman, & Swain, 2013; Nicol-Harper, Harvey, & Stein, 2007). En effet, selon les auteurs cités précédemment, il semble que les mères présentant un niveau d'anxiété élevé seraient moins sensibles. Par ailleurs, l'anxiété de la mère influencerait négativement la poursuite de l'allaitement de sorte que plus la mère est anxieuse moins elle allaite longtemps (Britton, 2007; Clifford, Campbell, Speechley, & Gorodzinsky, 2006; Feldman et al., 2009; O'Brien, Buikstra, & Hegney, 2008; Zanardo et al., 2011). D'ailleurs, une étude de Zanardo et ses collègues (2009) a permis d'identifier l'anxiété de la mère comme étant un facteur susceptible de réduire le temps d'allaitement à moins de trois mois. Par contre, l'étude de Akman et de ses collaborateurs (2008) n'a pas permis pour sa part de constater une différence entre le niveau d'anxiété des mères et le statut d'allaitement exclusif à quatre mois. Comme il n'y a pas de consensus à l'heure actuelle, il apparaît pertinent de poursuivre les recherches sur le sujet, car il semble se dégager, selon la littérature existante, que l'anxiété de la mère est possiblement un facteur impliqué dans la poursuite de l'allaitement.

1.6 MESURES MISE EN PLACE POUR FAVORISER LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

Outre les efforts mis dans la recherche, les différentes instances en matière de santé tant au niveau international que national se sont mobilisées afin de promouvoir l'allaitement et de contribuer à l'augmentation des taux d'allaitement. En effet, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont mis en place différentes stratégies telles que le Code international de commercialisation des substituts de lait maternel (OMS, 1989) (voir annexe I) ainsi que les dix conditions pour favoriser le succès de l'allaitement

maternel (OMS & UNICEF, 1989) (voir annexe II). De plus, une stratégie proposée par l'OMS et l'UNICEF et pour laquelle beaucoup d'efforts sont déployés est celle de l'Initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB). Ces différentes mesures proposent une façon d'encadrer, de favoriser et de faciliter la pratique de l'allaitement maternel.

Au Québec, les différents paliers de gouvernement se sont également impliqués dans la promotion de l'allaitement maternel, notamment par la création d'un Comité canadien et québécois pour l'allaitement. De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSSQ) s'est quant à lui doté de lignes directrices en matière d'allaitement maternel (2001) et d'une politique en périnatalité dont la plus récente est celle de 2008 (MSSSQ, 2008). L'Initiative des amis des bébés (IAB) est la stratégie retenue par le MSSSQ au Québec afin de promouvoir, de protéger et de soutenir l'allaitement maternel. Beaucoup d'efforts sont déployés pour augmenter le nombre d'établissements accrédités IAB puisqu'il semble que les mères sont mieux soutenues dans leur expérience d'allaitement lorsque les milieux possèdent cette accréditation ou sont en processus de l'obtenir. D'ailleurs, Semenic et ses collègues (2012) proposent différentes pistes d'action afin de favoriser l'implantation de l'IAB. Ces pistes d'actions recommandent entre autres de faciliter l'accessibilité à un soutien postnatal adéquat chez toutes les mères et de générer de nouvelles connaissances empiriques en matière d'allaitement.

1.7 PROJET PROPOSÉ

Dans cette optique, il apparaît important de poursuivre les recherches afin de mieux comprendre les facteurs qui peuvent influencer la poursuite de l'allaitement. À cet effet, d'autres études portant sur la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère sont nécessaires afin de valider les résultats antérieurs et de contribuer à former un corpus de connaissances solide sur lequel la pratique infirmière pourra s'appuyer. Actuellement, beaucoup d'accent est mis sur l'aspect technique de l'allaitement, ce qui semble n'apporter qu'une partie du soutien dont les mères ont besoin lors de cette expérience. Le présent projet qui vise à

comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles ayant cessé permet de considérer l'aspect relationnel de l'allaitement maternel. Une meilleure compréhension des facteurs pouvant influencer la poursuite de l'allaitement permet de bonifier la pratique des infirmières, car celles-ci seront mieux outillées pour offrir un soutien plus complet aux mères qui allaitent.

Le cadre de référence retenu pour orienter cette recherche est celui du *caring* de Watson (2008). En effet, ce projet s'intéresse aux facteurs influençant la poursuite de l'allaitement et s'inscrit dans le volet de la promotion de la santé proposé par la théorie du *caring*. De plus, ce cadre de référence préconise une vision holistique de même qu'une façon humaine et relationnelle de prendre soin (Watson, 2012).

Bref, un tel projet de recherche a pour cible de contribuer à enrichir la discipline infirmière en favorisant une approche empreinte de *caring* permettant de considérer la dyade mère-enfant dans toute sa globalité et d'examiner l'allaitement comme étant un contexte interactionnel privilégié où la mère et l'enfant se rencontrent. D'ailleurs, le présent projet s'inscrit dans cette orientation. De façon plus précise, voici le but, les trois questions de recherche ainsi que la question complémentaire sur lesquels ce projet s'appuie.

But de la présente étude :

- Comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé.

Questions de recherche :

- Y a-t-il une différence entre la sensibilité des mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ?
- Y a-t-il une différence entre l'anxiété vécue par les mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ?
- Quelle est la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle au cours des six premiers mois de vie de l'enfant?

Question complémentaire :

- Quels sont les facteurs qui permettent de prédire la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois de vie de l'enfant?

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

L'ensemble de la recension des écrits a été effectué dans les bases de données scientifiques suivantes : Academic Search Premier, Cinahl, Eric, Medline et Psychology and Sciences Collection. Concernant la recherche portant sur la première variable principale, soit la sensibilité maternelle, celle-ci a été limitée aux articles parus en français et en anglais depuis l'an 2000. Les mots clés suivants ont été utilisés pour effectuer la recherche : maternal sensitivity et breastfeeding. Cette recherche a permis de recenser 1409 articles et de ce nombre, 13 articles ont été retenus. Des articles ont également été recherchés dans la liste de références des articles ayant été retenus, ce qui a permis de recueillir 20 autres articles pertinents au présent projet, pour un total de 33 articles. Pour qu'un article soit retenu, il devait premièrement être un article scientifique, il devait mettre en lien la sensibilité maternelle et l'allaitement en plus de répondre à des critères de rigueur scientifique. À la lecture des articles, il a été possible de constater que certains auteurs traitent de sujets liés à la sensibilité maternelle en utilisant des termes différents tels que « réponse maternelle » ou « relation mère-enfant ». À la suite de la lecture de ces articles, certains ont été retenus notamment ceux définissant clairement les concepts évalués et qui rejoignaient certains aspects de la sensibilité maternelle.

Pour ce qui est de la recherche concernant la deuxième variable centrale de ce projet soit l'anxiété de la mère, les mots clés suivants ont été utilisés : maternal anxiety et breastfeeding. La recherche a été limitée aux articles parus depuis 2007 en français et en anglais et qui étaient en lien avec l'allaitement maternel. Cette recherche a permis de retracer 1398 articles dont 19 ont été retenus. À la suite de la consultation de chacune des listes de références des articles retenus, 19 autres articles ont également été sélectionnés,

car ils étaient pertinents pour le présent projet, pour un total de 38 articles. Pour qu'un article soit retenu, il devait être un article scientifique, traiter de l'anxiété de la mère en lien avec l'allaitement maternel, en plus de présenter des critères méthodologiques rigoureux.

Ce chapitre de la recension des écrits se divise en trois grandes parties couvrant les principaux thèmes à l'étude. La première partie traite de l'allaitement maternel en présentant l'influence de différents facteurs sur l'allaitement maternel. Ces variables sont considérées comme des variables secondaires dans ce projet. Les deux sections suivantes concernent les variables principales soit la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère.

2.1 ALLAITEMENT MATERNEL

Pour débiter cette section, une définition de l'allaitement ainsi que des différents types d'allaitement sont présentés. Par la suite, les bienfaits de l'allaitement maternel chez le bébé, la mère, le père et sur le plan économique sont exposés. Les facteurs influençant la poursuite de l'allaitement tels que les facteurs sociodémographiques, maternels, ceux reliés à l'enfant ainsi que les facteurs de soutien informel et formel font l'objet de la troisième section.

2.1.1 Définition et types d'allaitement

Tout d'abord, l'allaitement maternel se définit, selon l'OMS (1991), comme étant un enfant qui est nourri avec du lait maternel qu'il soit donné directement au sein ou exprimé. En parcourant la littérature portant sur l'allaitement maternel, il est possible de constater qu'il existe différents types d'allaitement, soit l'allaitement exclusif, partiel, mixte ou total. Une meilleure compréhension de ces différents types d'allaitement facilite l'interprétation des résultats et des statistiques. Voici donc les définitions de ces différents types d'allaitement.

L'allaitement maternel dit exclusif fait référence à un nouveau-né qui est nourri uniquement avec du lait maternel qu'il soit donné directement ou qu'il soit exprimé (MSSSQ, 2001). De plus, le nourrisson allaité exclusivement ne prend aucun autre aliment ni boisson hormis des médicaments, des gouttes contenant des vitamines ou des sels minéraux (MSSSQ, 2001). C'est d'ailleurs ce type d'allaitement que l'Organisation mondiale de la santé recommande de pratiquer jusqu'à l'âge de six mois (OMS, 2011).

L'allaitement est dit partiel lorsque celui-ci est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non ou toute autre nourriture (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé, 2003).

L'allaitement mixte correspond pour sa part à nourrir l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts de lait maternel que ce soit des céréales, des préparations commerciales pour nourrisson ou d'autres aliments (MSSSQ, 2001).

L'allaitement total est une expression utilisée qui englobe tous les types d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain (OMS, 1991). C'est d'ailleurs de ce type d'allaitement dont il est question dans le présent projet.

2.1.2 Bienfaits de l'allaitement maternel

2.1.2.1 Bienfaits chez le bébé

Le lait maternel est exceptionnel, il est vivant et unique en plus d'être une source importante de nutriments et d'anticorps (Kim & Froh, 2012). Il s'adapte constamment aux besoins du bébé. Bref, le lait maternel ne peut être égalé par aucune préparation commerciale. De plus, l'allaitement maternel est une façon de nourrir son enfant qui est simple; le lait est toujours prêt et facile d'accès en plus d'être économique et écologique. En effet, nourrir son enfant avec des préparations commerciales coûte en moyenne, pour la

première année, 1 500 \$ pour les préparations en poudre alors que pour les préparations prêtes à servir il en coûte 5 000 \$ (Çiftçi & Arıkan, 2012).

Depuis déjà plusieurs années, un nombre impressionnant d'études ont permis de démontrer les multiples bienfaits de l'allaitement notamment chez le bébé, mais également chez la mère. L'un des avantages considérables de l'allaitement maternel pour le bébé est sans doute le fait que celui-ci permet de diminuer la mortalité néonatale (Boccolini, et al., 2013) et infantile (Rutherford et al., 2009). À cet effet, l'étude de Venneman et ses collègues (2009) a démontré que l'allaitement exclusif jusqu'à un mois réduit de 50 % le risque de mort subite du nourrisson à tout âge. Des synthèses des écrits ont également permis de conclure que l'allaitement a un effet protecteur contre la mort subite du nourrisson (Rennick Salone, et al., 2013) et que cet effet est encore plus fort lorsque l'allaitement est exclusif (Hauck, Tanabe, Moon & Vennemann, 2011).

L'allaitement maternel est aussi associé chez l'enfant à une diminution du risque d'être atteint d'otites (Abrahams & Labbok, 2011; Garcia, Azevedo, Testa, & Luiz, 2012; Rennick Salone, et al., 2013), d'infections urinaires (Ip, Chung, Raman, Trikalinos, & Lau, 2009), d'infections des voies respiratoires inférieures et supérieures (Duijts, Jaddoe, Hofman, & Moll, 2010; Fisk et al., 2011; Kramer & Kakuma, 2012; Rennick Salone, et al., 2013) ainsi que d'infections du tractus gastro-intestinal (Duijts, et al., 2010; Fisk, et al., 2011; Rennick Salone, et al., 2013). L'allaitement exclusif permet de réduire le risque de maladies cardiovasculaires à l'âge adulte (Khan, Green, Forsyth, Newton, & Belch, 2009). Le fait d'allaiter son enfant diminue aussi le risque que ce dernier souffre de certaines maladies chroniques telles que le diabète de type 1 ou 2 (Alves, Figueiroa, Meneses, & Alves, 2012; Cardwell et al., 2012; Ip, et al., 2009; Patelarou et al., 2012), d'asthme (Brew et al., 2012; Kusunoki et al., 2010; Liu, Zhao, Liu, Wang, Ren, Gao, et Dong, 2012; Silvers et al., 2012) et d'obésité (Ip, et al., 2009; McCrory & Layte, 2012; Rennick Salone, et al., 2013).

L'allaitement entraîne également une réduction du risque d'être atteint de pathologies plus graves pouvant menacer la vie de l'enfant telles qu'une leucémie ou certains types de

lymphomes (Crouch et al., 2012; Ip et al., 2007). Au niveau intellectuel, l'allaitement maternel exclusif et prolongé est associé à un meilleur développement cognitif chez l'enfant (Jedrychowski et al., 2012; Kafouri et al., 2013; Kramer et al., 2008; Tozzi et al., 2012).

2.1.2.2 Bienfaits chez la mère

Les bienfaits de l'allaitement chez la mère sont également nombreux et non négligeables. L'allaitement peut être bénéfique pour la mère dès la naissance de l'enfant. En effet, la succion exercée par le bébé sur le sein de sa mère entraîne une augmentation du niveau d'ocytocine chez celle-ci, ce qui cause des contractions utérines favorisant ainsi l'expulsion du placenta et contribue à diminuer les saignements en période postnatale (Chelmow, 2008; Gribble, et al., 2011; Thompson, et al., 2010). De plus, l'allaitement entraîne une diminution du risque d'être atteint d'un cancer du sein (Awatef et al., 2010; Kotsopoulos et al., 2012; Redondo, et al., 2012; Turkoz, et al., 2013), des ovaires (Gates, et al., 2010; Jordan, Siskind, Green, Whitmann, & Webb, 2010; Su, et al., 2013), d'un diabète de type 2 (Gouveri, Papanas, Hatzitolios, & Maltezos, 2011; Liu, Jorm, & Bank, 2010; Schwarz et al., 2010; Ziegler et al., 2012) ou encore d'ostéoporose (Pereira et al., 2012; Schnatz, Barker, Marakovits, & O'Sullivan, 2010). L'allaitement maternel permet de diminuer le risque d'être atteint de maladies cardiovasculaires (Groer, Jevitt, Sahebzamani, Beckstead, & Keefe, 2013; Schwarz et al., 2009) et aide à protéger la mère contre la dépression postnatale (Donaldson-Myles, 2011, 2012; Hamdan & Tamim, 2012; Tashakori, Behbahani, & Irani, 2012). De plus, il semble qu'à six mois postnatal, les mères qui allaitent présentent une perte de poids plus importante que celles qui donnent exclusivement le biberon (Krause, 2010; Monteiro da Silva et al., 2013; Riley, 2011).

2.1.2.3 Bienfaits chez le père

L'allaitement a également un impact sur le père. D'ailleurs, certains auteurs se sont intéressés spécifiquement à l'expérience des pères par rapport à l'allaitement ainsi qu'à la relation père-enfant (de Montigny, et al., 2007; Rempel & Rempel, 2011; Sherriff, Hall, & Pickin, 2009). En contexte d'allaitement, un élément exprimé par les pères qui revient souvent est la conviction et la fierté d'être un membre à part entière d'une équipe qu'ils forment avec leur conjointe afin d'offrir ce qu'il y a de mieux à leur bébé (de Montigny, et al., 2007; Rempel & Rempel, 2011). Dans cette équipe, le père apparaît comme une figure de soutien importante pour la mère et l'allaitement. Le rôle du père peut se traduire notamment par le fait de valoriser l'allaitement et d'aider la mère avec les connaissances qu'il possède en matière d'allaitement (Rempel & Rempel, 2011). Pour certains pères, leur rôle semble clairement défini, soit celui de veiller au confort de la famille en plus de protéger la mère, la bulle mère-enfant ainsi que l'enfant (de Montigny, et al., 2007). En réaction à ce constat, certains pères vont notamment assumer plus de tâches domestiques ou s'occuper des soins d'hygiène de l'enfant (de Montigny, et al., 2007; Rempel & Rempel, 2011; Sherriff, et al., 2009). Peu importe la façon dont ils réagissent, il est clair que l'allaitement a un impact sur les pères.

2.1.2.4 Bienfaits économiques

Non seulement l'allaitement a un impact non négligeable sur la santé de la mère et de son enfant, mais il a également un impact social particulièrement au plan économique qui est fort intéressant (American Academy of Pediatrics, 2012). En effet, une étude américaine rapporte que si 90 % des mères aux États-Unis allaitaient exclusivement pendant six mois, il serait possible d'économiser 13 billions de dollars par année (Bartick & Reinhold, 2010). À l'échelle provinciale, une étude de Guillemette et Badlissi (2001) a aussi permis de constater que si 60 % des mères québécoises allaitaient de façon exclusive pendant une période de trois mois, il serait possible d'économiser plus de cinq millions de dollars. Ces

auteurs expliquent cette importante réduction des coûts de santé par la diminution des visites médicales et des hospitalisations des enfants allaités exclusivement comparativement aux enfants qui n'ont pas pu bénéficier de l'allaitement maternel.

2.1.3 Facteurs influençant la poursuite de l'allaitement

Plusieurs facteurs sont à considérer lorsque l'on traite d'allaitement, certains peuvent diminuer le taux d'initiation, favoriser la poursuite de l'allaitement alors que d'autres augmentent le risque de sevrage précoce. Afin de présenter sommairement les facteurs qui influencent la poursuite de l'allaitement, ils ont été regroupés en quatre catégories : les facteurs sociodémographiques, les facteurs maternels, ceux reliés à l'enfant ainsi que ceux reliés au soutien informel et formel.

2.1.3.1 Facteurs sociodémographiques

Les facteurs sociodémographiques tels que l'âge, le niveau de scolarité ainsi que le revenu sont des facteurs dont l'association avec la poursuite de l'allaitement a été abondamment documentée. Selon la littérature, l'âge de la mère a un impact sur l'allaitement, notamment en ce qui concerne l'intention, l'initiation, l'exclusivité ainsi que la poursuite. En effet, il existe une corrélation positive entre l'âge de la mère et l'intention d'allaiter (Grant, McMahon, Reilly, & Austin, 2010; Henderson & Redshaw, 2011). De plus, les mères plus âgées seraient plus sujettes à initier l'allaitement (Wilson et al., 2010) et à le faire de façon exclusive (Henderson & Redshaw, 2011; Hundalani, et al., 2013; Jones, Kogan, Singh, Dee, & Grummer-Strawn, 2011). Certaines études ont aussi permis de constater l'existence d'une relation significative entre la poursuite de l'allaitement et l'âge de la mère (Deggau Hegeto de Souza, Migoto, Rossetto, & Falleiros de Mello, 2012; Hauck, Fenwick, Dhaliwal, & Butt, 2011; Haughton, Gregorio, & Pérez-Escamilla, 2010; Radwan, 2013). En effet, une étude d'Haughton (2010) a démontré que les mères plus

âgées sont plus nombreuses à allaiter pour une durée supérieure à six mois. De plus, chaque année que l'on additionne à l'âge maternel est associée à une augmentation de 9 % des probabilités d'allaiter plus de six mois de telle sorte qu'une mère de 29 ans a 9 % de plus de chance d'allaiter plus de six mois qu'une mère de 28 ans (Haughton, et al., 2010).

Le niveau de scolarité est un autre facteur qui influence l'allaitement. Selon l'étude de Grant et ses collègues (2010), le niveau de scolarité de la mère est un facteur prédictif de l'intention d'allaiter. De plus, un niveau d'éducation élevé influence positivement l'initiation et la poursuite de l'allaitement (Deggau Hegeto de Souza, et al., 2012; Huong Nguyen et al., 2012; Ogunlesi, 2010; Radwan, 2013; Thorisdottir, et al., 2013). Hauk et ses collaborateurs (2011) ont constaté pour leur part qu'un faible niveau d'éducation permet de prédire un arrêt précoce de l'allaitement.

Le revenu est un autre facteur déterminant pour la poursuite de l'allaitement. D'une part, une étude de Persad et Mensinger (2008) rapporte que les mères ayant un revenu familial plus élevé sont plus sujettes à avoir l'intention d'allaiter à la période prénatale. D'autre part, les taux d'initiation de l'allaitement augmenteraient avec le revenu (Brown, Raynor, Benton, & Lee, 2010). De plus, un revenu élevé serait associé à un meilleur sentiment d'efficacité personnelle en matière d'allaitement (Ku & Chow, 2010). Une synthèse des écrits effectuée par Schulze et Carlisle (2010) a permis de constater que les mères qui possèdent un faible revenu sont moins sujettes à allaiter que celles de la classe moyenne. Par ailleurs, un revenu familial élevé est associé à une durée d'allaitement plus longue (Brown, et al., 2010; Kendzor et al., 2010; Skafida, 2012; Thorisdottir, et al., 2013; U.S Department of Health and Human services, 2008). Selon Santé Canada (2012a), le revenu serait un important déterminant de la santé ayant un impact considérable sur l'allaitement maternel.

2.1.3.2 *Facteurs maternels*

Les facteurs maternels influençant la poursuite de l'allaitement sont nombreux. Parmi ceux-ci, on compte la dépression postnatale, le retour au travail, le tabagisme chez la mère ainsi que l'intention d'allaiter. Le type d'accouchement et d'analgésie, le contact peau à peau, la cohabitation, les difficultés d'allaitement et le fait que la mère ait suivi des cours prénataux sont d'autres facteurs maternels ayant une influence sur l'allaitement qui sont traités dans les pages qui suivent.

La dépression postnatale a longtemps été un tabou dont il ne fallait pas trop parler, et ce, fort probablement à cause de l'image idéale véhiculée dans notre société de tout ce qui entoure la maternité. Heureusement, les mentalités tendent à changer notamment grâce à la recherche effectuée sur cette problématique. En effet, plusieurs études ont été effectuées afin de connaître l'impact de la dépression postnatale sur l'allaitement (Dennis & McQueen, 2009; Grigoriadis et al., 2013; Hamdan & Tamim, 2012; Insaf et al., 2011). Les mères ayant des symptômes dépressifs élevés sont moins nombreuses à avoir l'intention d'allaiter (Insaf, et al., 2011). De plus, selon deux synthèses des écrits, les mères dépressives sont moins sujettes à initier l'allaitement (Grigoriadis, et al., 2013) et sont plus à risque d'éprouver des problèmes d'allaitement (Dennis & McQueen, 2009). Par ailleurs, il semble que les mères dépressives sont moins portées à pratiquer l'allaitement de façon exclusive (Dennis & McQueen, 2009). Une étude d'Hamdan et Tamim (2012) a également permis de constater que la dépression postnatale diminue les taux d'allaitement à deux et quatre mois. De plus, la dépression postnatale affecterait négativement la durée d'allaitement (Dennis & McQueen, 2009; Feldens, Vitolo, Rauber, Cruz, & Hilgert, 2012; Jonas et al., 2013). En effet, selon ces études, il semble que les mères ayant des symptômes dépressifs élevés seraient à risque d'allaiter sur une plus courte période.

Le retour au travail de la mère a également un impact sur la poursuite de l'allaitement. En effet, un retour précoce au travail ou aux études est associé à une durée d'allaitement plus courte (Mandal, Roe, & Fein, 2010; Miranda-Wood & Morelos, 2010; Skafida, 2012). Selon une étude de Langellier et ses collègues (2012), le retour au travail

dans les sept premiers mois de vie de l'enfant est associé à des taux d'allaitement plus faibles à trois, six, 12 et 24 mois. Dans le même sens, une étude de Bonet et ses collègues (2013) a permis de constater que plus les mères retournent au travail tôt, moins elles allaitent leur bébé à quatre mois. Par ailleurs, les mères qui retournent au travail dans les trois premiers mois sont considérablement moins sujettes à allaiter exclusivement à six mois (Langellier, et al., 2012).

L'impact du tabagisme maternel sur l'allaitement a grandement été documenté. À cet effet, l'étude de Di Napoli et ses collègues (2006) rapporte que l'usage de tabac chez la mère a un impact négatif sur l'initiation de l'allaitement. De plus, le fait de fumer influence négativement la poursuite de l'allaitement (Bertino et al., 2012; Gerd, Bergman, Dahlgren, Roswall, & Alm, 2012; Li et al., 2008). Une étude de Giglia et ses collègues (2006) rapporte que les mères fumant durant la grossesse ont un plus grand risque de ne pas allaiter selon la période recommandée de six mois. D'après Higgins et ses collègues (2010), il est maintenant possible d'affirmer qu'il existe une relation de causalité entre le tabagisme et le sevrage. Ce phénomène s'explique en partie par le fait que les mères qui fument produisent moins de lait à cause d'une concentration moins élevée de prolactine (Bahadori, Riediger, Farrell, Uitz, & Moghadasian, 2013; Glintborg, Mumm, Hougaard, Ravn, & Andersen, 2012). En effet, la cigarette, plus spécifiquement la nicotine qu'elle contient, provoque une diminution de la prolactine. Une réduction de cette hormone entraîne une diminution de la production de lait (Bahadori, et al., 2013; Glintborg, et al., 2012).

L'intention de la mère d'allaiter ou non est un autre facteur influençant l'allaitement (Ferland, 2011; Thulier & Mercer, 2009). Certaines études ont démontré que l'intention d'allaiter est associée positivement à l'initiation de l'allaitement (Colaizy, Saftlas, & Morriss, 2012; Wen, Simpson, Rissel, & Baur, 2012). Dans une synthèse des écrits, Meedy et ses collègues (2010) ont constaté que l'intention de la mère d'allaiter était associée positivement à la poursuite de l'allaitement. Une autre étude a permis de démontrer que les mères ayant une intention clairement définie en matière d'allaitement

sont plus nombreuses à poursuivre l'allaitement à quatre semaines ainsi qu'à dix semaines (Colaizy, et al., 2012).

Il semble que le mode d'accouchement a également un impact sur l'allaitement (MacArthur et al., 2009; Radwan, 2013; Thulier & Mercer, 2009; Zanardo et al., 2013). Certains facteurs, tels que le fait que la mère qui accouche par césarienne est plus sujette à avoir un retard dans sa montée laiteuse (Michel, Gremmo-Féger, Oger, & Sizun, 2007) et que le délai entre la naissance et le premier allaitement est significativement plus grand, ont des répercussions sur l'allaitement (Zanardo et al., 2010). Les mères ayant une césarienne sont moins nombreuses à initier l'allaitement (Deggau Hegeto de Souza, et al., 2012; Radwan, 2013; Regan, Thompson, & DeFranco, 2013) et à allaiter à la sortie de l'hôpital que celles qui accouchent par voie vaginale (Prior et al., 2012). Il semble également que les problèmes d'allaitement sont plus fréquents chez les mères ayant subi une césarienne *élective* comparativement à celles ayant eu un accouchement vaginal (Bodner, Wierrani, Grünberger, & Bodner-Adler, 2011; Karlström, Lindgren, & Hildingsson, 2013). Un accouchement par césarienne est aussi un facteur de risque associé à une durée d'allaitement totale plus courte (Brown & Jordan, 2013; Senarath et al., 2012; Zanardo et al., 2012; Zanardo, et al., 2010) et exclusive (Radwan, 2013; Semenic, Loiselle, & Gottlieb, 2008; Xinxue, Jun, Yinghui, Yangmei, & Zhu, 2012). Une étude a même démontré que le fait d'avoir une césarienne permet de prédire un arrêt précoce de l'allaitement (Hauck, et al., 2011).

D'après Tamagawa et Weaver (2012), il semble que l'analgésie par épidurale interfère avec le succès de l'allaitement. Les mères qui reçoivent de l'analgésie par voie épidurale lors du travail sont moins sujettes à allaiter dans les quatre heures suivant la naissance et sont plus nombreuses à donner un complément (Wiklund, Norman, Uvnäs-Moberg, Ransjö-Arvidson, & Andolf, 2009). De plus, certaines études ont permis d'identifier l'analgésie par épidurale comme étant un facteur prédictif de la cessation de l'allaitement (Dozier et al., 2013; Jordan et al., 2009). Selon ces dernières, ce phénomène serait dû au fait que l'utilisation de l'analgésie par épidurale entrave le relâchement de

certaines hormones telles que l'ocytocine, ce qui affecte négativement la poursuite de l'allaitement.

Le contact peau à peau est un autre facteur qui semble avoir un impact considérable sur l'allaitement. Les bébés ayant profité d'un contact peau à peau après la naissance présentent une meilleure succion durant le premier allaitement et réussissent un allaitement efficace plus tôt (Moore et al., 2009). Il semble également que ce dernier augmente le succès de l'allaitement notamment en diminuant l'administration de compléments (Gubler, Krähenmann, Roos, Zimmermann, & Ochsenbein-Kölble, 2013; Moore, et al., 2009). Le contact peau à peau pratiqué tôt après la naissance a aussi un effet significatif et positif sur la poursuite de l'allaitement exclusif (Bramson et al., 2010; Mahmood, Jamal, & Khan, 2011; Marin Gabriel et al., 2010; Mellin, Poplawski, DeFreest, Massler, & Gole, 2012; Thukral et al., 2012). En effet, une étude de Bouanene et ses collègues (2010) ayant pour but de documenter les déterminants associés à une durée d'allaitement de plus de trois mois a permis de constater que le contact peau à peau est associé à la poursuite de l'allaitement maternel exclusif au-delà de trois mois.

La cohabitation sans séparation de plus d'une heure par 24 heures est une pratique facilitant l'allaitement. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle l'une des recommandations de l'OMS et de l'UNICEF dans le cadre de l'IHAB est de pratiquer la cohabitation mère-enfant 24 heures par jour. Il semble que le bébé pleure moins et que l'allaitement soit plus facile à débiter lorsque la mère et le bébé ont plusieurs moments ensemble puisque la mère apprend à connaître son bébé plus rapidement (Crenshaw, 2007). De plus, le fait de cohabiter rend l'allaitement plus facile, car les mères produisent plus de lait plus rapidement (Bystrova et al., 2007). Il semble également que les mères n'ayant pas pratiqué la cohabitation sont plus nombreuses à présenter un délai dans la montée laiteuse (Brownell, Howard, Lawrence, & Dozier, 2012). La cohabitation est aussi reliée à des taux d'initiation de l'allaitement plus élevés (Al-Kohji, Said, & Selim, 2012) en plus d'influencer la poursuite de l'allaitement (Radwan, 2013). D'ailleurs, les taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital sont significativement plus bas chez les mères n'ayant pas

pratiqué la cohabitation (Jaafar, Lee, & Ho, 2012). Les mères qui cohabitent avec leur enfant en permanence sont aussi moins sujettes à administrer des compléments à leur enfant (Gubler, et al., 2013).

Les difficultés d'allaitement favorisent la cessation précoce de l'allaitement (Doherty et al., 2012; Palmér, Carlsson, Mollberg, & Nyström, 2012; Radwan, 2013). En effet, selon l'étude de Ferland (2011) les mères qui n'allaitent plus à trois mois ont expérimenté plus de problèmes d'allaitement. D'ailleurs, les mères ayant expérimenté des problèmes d'allaitement dans les quatre premières semaines suivant la naissance de l'enfant présentent des durées d'allaitement généralement plus courtes et sont plus à risque de ne pas allaiter exclusivement à six mois (Scott, Binns, Oddy, & Graham, 2006). Les problèmes d'allaitement tels que les difficultés à téter ainsi que l'impression que le bébé ne prend pas assez de poids sont des déterminants significatifs liés à l'échec de l'allaitement (Gerd, et al., 2012).

Le fait d'avoir suivi des cours prénataux semble influencer positivement la poursuite de l'allaitement (Lin, Kuo, Lin, & Chang, 2008; McDonald et al., 2012; Olenick, 2010; Semenic, et al., 2008; Su et al., 2007). En effet, Su et ses collègues (2007) rapportent que les mères ayant suivi des cours prénataux sont plus sujettes à allaiter exclusivement à six semaines, à trois mois et à six mois. D'autres auteurs ayant investigué l'impact chez les mères d'avoir reçu de l'information sur l'allaitement dès la période prénatale ont constaté que celles-ci sont plus susceptibles de choisir l'allaitement (Barriere, Tanguy, Connan, Baron, & Fanello, 2011). Ces dernières sont également plus sujettes à allaiter sur une plus longue période (Chen, Johnson, & Rosenthal, 2012; Lumbiganon et al., 2012; Rosen, Krueger, Carney, & Graham, 2008) et à le faire de façon exclusive (Su, et al., 2007). De plus, une étude a permis d'observer que les mères ayant reçu un programme d'éducation prénatal démontrent une plus grande satisfaction par rapport à l'allaitement à trois jours ainsi qu'à un mois (Shu-Shan, Li-Yin, Chen-Jei, & Ching-Fang, 2008).

2.1.3.3 Facteurs reliés à l'enfant

Certains facteurs influençant l'allaitement sont liés directement à l'enfant tels que le sexe, le score Apgar ainsi que le poids à la naissance. L'impact du sexe de l'enfant sur l'allaitement n'est pas encore clairement établi puisque plusieurs études ont obtenu des résultats divergents. En effet, une étude de Sisks et ses collègues (2009) en est venue à la conclusion qu'avant le départ de l'hôpital, le fait que le bébé soit de sexe féminin est un facteur prédictif à l'allaitement maternel. Dans l'étude de Ladomenou et ses collègues (2007), ces derniers ont remarqué que les bébés de sexe masculin sont sevrés plus tôt. D'autres études ont mis en évidence que les mères de bébés de sexe masculin sont plus à risque de présenter des problèmes d'allaitement (Matias, Nommsen-Rivers, Creed-Kanashiro, & Dewey, 2010). Une étude de Yaghini (2011) n'a permis pour sa part de constater que le sexe de l'enfant influence la poursuite de l'allaitement dans les six premiers mois. Comme on note un manque de cohésion dans la littérature, il importe de poursuivre la recherche afin de connaître clairement l'impact du sexe de l'enfant sur la poursuite de l'allaitement.

L'indice d'Apgar du bébé à la naissance semble avoir un impact sur l'allaitement puisqu'un score de six ou plus, à cinq minutes de vie, est un facteur significativement associé à l'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital (Sisk, et al., 2009). De plus, il semble que les mères de bébés ayant un score d'Apgar de moins de huit à la naissance sont plus sujettes à présenter un retard dans le début de la lactogénèse (Matias, et al., 2010).

Il semble également que le poids du bébé ait un impact sur l'allaitement. Une étude de Radwan (2013) rapporte que lorsque le bébé présente un poids entre 2500 g et 4000 g, ce dernier est sujet à être allaité plus rapidement après la naissance que les bébés pesant moins de 2500 g. L'étude de Jones et ses collaborateurs (2011) a permis, pour sa part, de constater que les enfants ayant un poids inférieur à 1500 g étaient plus sujets à ne jamais avoir été allaités et étaient moins susceptibles d'être allaités exclusivement. Gerd et ses collègues (2012) ont observé, quant à eux, qu'un faible poids à la naissance, soit un poids inférieur à 1500 g, est associé à un échec dans l'allaitement.

2.1.3.4 Facteurs de soutien informel et formel

Le soutien est un autre facteur influençant l'allaitement (Horn, Galloway, Webb, & Gagnon, 2011; Mannion, Hobbs, McDonald, & Tough, 2013; Meedya, et al., 2010). Selon une étude de Kornides et Kitsantas (2013), lorsque la mère est le soutien financier de sa famille, celle-ci est plus sujette à initier et à poursuivre l'allaitement. De plus, l'allaitement exclusif est associé positivement au soutien du père (Tan, 2011). Il semble également que les femmes qui perçoivent que leur partenaire ainsi que leur propre mère préfèrent l'allaitement maternel démontrent des taux d'allaitement considérablement plus élevés (Scott, et al., 2006). Une étude de Maycock et ses collègues (2013) a permis de constater que le soutien du père augmente les taux d'allaitement à six semaines. Une autre étude a démontré quant à elle que le soutien du père améliore les chances de poursuivre l'allaitement de façon exclusive dans les six premiers mois de vie de l'enfant (Februhartanty, Wibowo, Fahmida, & Roshita, 2012).

Il est reconnu que le soutien des professionnelles de la santé est un facteur important dans le succès de l'allaitement (Batan, Li, & Scanlon, 2013; Hannula, Kaunonen, & Tarkka, 2008; Ravn et al., 2012). D'ailleurs, ce dernier contribue à augmenter les taux d'initiation à l'allaitement (Kornides & Kitsantas, 2013). De plus, le soutien à l'allaitement offert par les professionnelles de la santé favorise la poursuite de l'allaitement (Davis, Dickey, & Segal, 2007; Horn, et al., 2011). Une méta-analyse rapporte l'importance du soutien non seulement technique, mais également d'un soutien centré sur la personne, dans lequel l'infirmière offre une présence authentique, comme étant un élément important dans le succès de l'allaitement (Schmied, Beake, Sheehan, McCourt, & Dykes, 2011). Certains auteurs concluent à partir d'une synthèse des écrits qu'un programme de soutien à l'allaitement maternel structuré a un impact positif sur la durée de l'allaitement total et exclusif jusqu'à six mois (Beake, Pellowe, Dykes, Schmied, & Bick, 2012). C'est pourquoi tant d'efforts sont déployés et différentes mesures sont mises en place pour encadrer le soutien à l'allaitement afin de favoriser sa poursuite. D'ailleurs, à cet effet, l'OMS et

l'UNICEF ont lancé, en 1991, l'IHAB qui est aujourd'hui reconnue à travers le monde entier. Cette initiative a pour objectif de créer des milieux de soins dans lesquels l'allaitement maternel est la norme. L'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec (OIIQ) (1999) a même pris position en ce qui concerne l'allaitement et recommande aux infirmières et aux infirmiers du Québec de promouvoir, de protéger et de soutenir l'allaitement maternel. Le soutien des professionnelles de la santé est très important en matière d'allaitement, c'est pourquoi tant d'efforts sont mis en place afin d'encadrer et d'optimiser ce soutien. La prochaine section traite de façon détaillée de la sensibilité maternelle.

2.2 SENSIBILITÉ MATERNELLE

La sensibilité maternelle, une des variables principales de ce projet de recherche, est un concept omniprésent dans le domaine de la périnatalité principalement pour son implication dans la relation mère-enfant. Elle fera d'ailleurs l'objet de la section suivante qui se divise en deux parties. La première partie présente la définition ainsi que le rôle de la sensibilité maternelle alors que la deuxième section traite plus spécifiquement de la sensibilité maternelle en contexte d'allaitement.

2.2.1 Définition et rôle de la sensibilité maternelle

Il semble y avoir un certain consensus concernant la définition de la sensibilité maternelle autour de celle proposée par Ainsworth (1978). Selon cette auteure, la sensibilité maternelle se définit typiquement en quatre compétences maternelles s'exprimant dans l'interaction mère-enfant, soit : 1) reconnaître les signaux émis par l'enfant, 2) leur accorder une signification juste, 3) offrir une réponse appropriée 4) dans un délai raisonnable.

Bien que la sensibilité maternelle soit davantage examinée comme une caractéristique maternelle, certains auteurs suggèrent qu'elle devrait plutôt être considérée comme une caractéristique de la dyade mère-enfant (Ainsworth & Bell, 1969; Claussen & Crittenden, 2000; Moran & Pederson, 2000). En effet, la sensibilité maternelle réfère à un processus dans lequel la mère et son enfant entrent en communication (Claussen & Crittenden, 2000). C'est pourquoi on ne peut pas considérer uniquement les caractéristiques de la mère sans tenir compte des caractéristiques de l'autre acteur principal de cette dyade, c'est-à-dire l'enfant. La sensibilité maternelle joue d'ailleurs un rôle important dans le développement de l'enfant aux plans émotionnel, social et cognitif. Sur le plan émotionnel, la sensibilité maternelle favorise l'établissement d'un lien d'attachement entre l'enfant et sa mère (Bigelow et al., 2010; Campbell et al., 2004; Izard, Haynes, Chisholm, & Baak, 1991; Jin, Jacobvitz, Hazen, & Jung, 2012; McElwain & Booth-LaForce, 2006). Un lien d'attachement se définit comme étant un lien affectif durable que l'enfant développe envers un ou plusieurs adultes qui en prennent soin (Bowlby, 1969). Ce lien se construit à travers les différentes interactions entre l'enfant et son parent. La période périnatale est d'ailleurs très propice au développement de ce lien d'attachement puisque celle-ci est caractérisée par de multiples échanges verbaux, affectifs et physiques. Selon Tronick (2007), plus de 1 500 000 interactions surviennent entre l'enfant et son parent au cours de la première année de vie de l'enfant.

Les traits de personnalité de la mère, sa façon d'exprimer ses émotions ainsi que le tempérament de l'enfant sont autant d'éléments qui sont impliqués dans le développement d'un attachement sécurisant entre la mère et son enfant (Izard, et al., 1991). Ainsi, l'implication de la mère dans la relation mère-enfant est non seulement modulée par certaines de ses caractéristiques personnelles, mais également par les caractéristiques de son enfant. La sensibilité maternelle implique des échanges empreints de réciprocité. Il semble donc que les deux membres de la dyade mère-enfant contribuent, chacun à leur façon, au développement d'un attachement sécurisant entre la mère et son enfant.

De plus, l'étude de McElwain et Booth-LaForce (2006) a démontré que la sensibilité maternelle, particulièrement celle à la détresse de l'enfant, est un facteur prédictif d'un attachement sécurisant. Une méta-analyse effectuée sur le sujet a également permis de démontrer que la sensibilité maternelle est une condition importante pour le développement d'un attachement sécurisant (De Wolff & van Ijzendoorn, 1997). Selon cette dernière, la sensibilité maternelle permettrait même d'expliquer 24 % de la variabilité de l'attachement sécurisant.

Ensuite, il semble que la sensibilité maternelle favorise le développement social de l'enfant (Eshel, Daelmans, de Mello, & Martines, 2006; Jaffari-Bimmel, Juffer, van Ijzendoorn, Bakermans-Kranenburg, & Mooijaart, 2006; Landry, Smith, & Swank, 2006). En effet, il semble que les enfants de mères plus sensibles à six mois présentent de meilleures compétences sociales à 24 mois (Leerkes, Nayena Blankson, & O'Brien, 2009). Les enfants des mères plus sensibles auraient également une meilleure capacité à interagir et à établir un contact avec la personne qui s'occupe d'eux (Page, Wilhelm, Gamble, & Card, 2010). Par ailleurs, une autre étude a permis d'observer que les enfants de mères plus sensibles ont plus d'intérêt pour les interactions avec leur mère lors d'une séance de jeux libres (Kaplan, Evans, & Monk, 2008). À l'inverse, il semble qu'un niveau de sensibilité maternelle faible permet de prédire une faible collaboration de l'enfant à l'âge de deux ans, ce qui peut se manifester par des comportements difficiles, compulsifs ou passifs (Kemppinen, 2006). D'autre part, les enfants des mères plus sensibles démontrent moins de problèmes de comportements (Eshel, et al., 2006; Leerkes, Blankson, & O'Brien, 2009). En effet, lorsque la mère est plus sensible à la détresse de son enfant, ce dernier est moins à risque de présenter des problèmes de comportements à l'âge de 24 et 36 mois (Leerkes, Nayena Blankson, et al., 2009).

Finalement, la sensibilité maternelle aurait également un impact sur le développement cognitif de l'enfant (Grant, et al., 2010; Landry, et al., 2006; Page, et al., 2010; Sandra & Ana, 2011). Grant et ses collègues (2010) expliquent cette relation par le fait que l'enfant a, durant la première année de vie, des capacités limitées lui permettant de contrôler ses

émotions négatives. La présence d'un parent sensible qui répond à ses besoins permet à l'enfant d'apprendre à réguler son attention et ses émotions, ce qui facilite l'apprentissage (Grant, et al., 2010). Différentes études ont d'ailleurs permis de démontrer l'influence de la sensibilité maternelle sur le développement cognitif de l'enfant. C'est le cas d'une étude québécoise effectuée auprès de 89 dyades mères-enfants qui a permis de constater que la sensibilité maternelle est un facteur prédictif du développement cognitif de l'enfant à 36 mois (Lemelin, Tarabulsy, & Provost, 2006). Dans le cadre de cette étude, le développement cognitif de l'enfant a été évalué à l'aide de l'index de développement mental du *Bayley Scales of Infant Development* (Bayley, 1993). Toujours selon cette étude, il semble que les enfants de mères plus sensibles présentent notamment une meilleure capacité à résoudre des problèmes ainsi que de meilleures habiletés langagières. D'ailleurs, plusieurs études rapportent non seulement que la sensibilité maternelle influence le développement cognitif, mais qu'elle favorise également l'acquisition du langage (Paavola, Kunnari, & Moilanen, 2005; Page, et al., 2010). En effet, une revue de la littérature effectuée sur le sujet rapporte que les enfants de mères sensibles présentent un meilleur développement cognitif ainsi qu'un meilleur développement du langage voire même un quotient intellectuel plus élevé (Eshel, et al., 2006).

En somme, la sensibilité maternelle a un impact important sur le développement émotionnel, social et cognitif de l'enfant. La sensibilité maternelle semble également avoir un impact sur l'allaitement. D'ailleurs, la section suivante rapporte les résultats de plusieurs études s'étant intéressées à la relation entre ces deux variables.

2.2.2 Sensibilité maternelle et allaitement

La sensibilité maternelle qui s'inscrit dans un processus d'échanges mutuels entre la mère et son enfant influence l'allaitement. En effet, il semble exister une relation entre la sensibilité maternelle et l'intention d'allaiter de même que l'initiation de l'allaitement. De plus, la sensibilité maternelle aurait une influence sur la poursuite de l'allaitement. D'autres

études ont permis d'examiner la situation sous l'angle de l'influence de l'allaitement sur la sensibilité maternelle.

Tout d'abord à notre connaissance, une seule étude, soit celle de Britton et ses collègues (2006), a permis de démontrer un lien entre la sensibilité maternelle et l'intention d'allaiter (Britton, et al., 2006). Dans cette étude, afin de déterminer l'intention des participantes en matière d'allaitement, chacune devait, dans le cadre d'un questionnaire administré à 32 semaines de grossesse, indiquer si elle avait l'intention d'allaiter ou de nourrir son enfant avec des préparations commerciales. À la suite des analyses effectuées, il a été possible de constater que les mères qui avaient l'intention d'allaiter présentaient une plus grande sensibilité maternelle à trois mois de vie de l'enfant que celles qui n'avaient pas l'intention d'allaiter ($r=0,26$; $p=0,08$).

Il semble également y avoir un lien entre la sensibilité maternelle et le fait d'initier l'allaitement (Britton, et al., 2006). Dans le cadre de l'étude de Britton, les mères qui allaitaient à la sortie de l'hôpital étaient considérées comme ayant initié l'allaitement. Selon cette étude, les mères qui avaient initié l'allaitement présentaient une plus grande sensibilité maternelle à trois mois que celles qui ne l'avaient pas initié, donc qui n'allaitaient pas (12,75 (ÉT: 2,20) vs 11,04 (ÉT: 2,16); $p<0,001$).

Plusieurs études ont porté sur la relation entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement; d'ailleurs un résumé de ces études est présenté à l'annexe III (Britton, et al., 2006; Cernadas, et al., 2003; Courtois, et al., 2012; Lacombe & Bell, 2010; Nishioka, et al., 2011). C'est le cas notamment pour l'étude américaine de Britton et ses collègues (2006) qui ont examiné plus spécifiquement la relation entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement. Dans le cadre de cette étude, un échantillon de 152 mères a été recruté. Parmi les participantes, 23 % d'entre elles étaient des primipares et 27,8 % possédaient un diplôme de niveau collégial ou plus. Des données ont été collectées à 32 semaines de grossesse de même qu'à trois mois postnatal. La sensibilité maternelle n'a été évaluée qu'à une seule reprise, soit à trois mois, et ce, à l'aide de la sous-échelle Sensitivity to Cues du *Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST)* (Barnard et al., 1989).

Cet instrument de mesure permet, contrairement à *l'Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004), d'évaluer la sensibilité maternelle à la suite d'une observation de l'interaction mère-enfant en contexte d'alimentation de l'enfant. C'est pourquoi, dans un premier temps, une séance d'alimentation du nourrisson a été filmée au domicile de la participante que la mère allaite ou non. Dans un deuxième temps, deux évaluateurs ont regardé la vidéo et procédé à l'évaluation de la sensibilité maternelle avec le NCAST.

À la suite des différentes analyses effectuées, notamment des corrélations de Pearson, il a été possible de constater une association significative entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement, ce qui démontre que les mères plus sensibles à trois mois étaient plus nombreuses à allaiter à cette période. La sensibilité maternelle aurait également un impact sur la pratique de l'allaitement exclusif. En effet, il semble que le niveau de sensibilité maternelle soit plus élevé chez les mères qui allaitent exclusivement (13,57(ÉT : 1,76)) comparativement à celles qui allaitent partiellement (11,67(ÉT : 2,19); $p=0,002$) ou qui ont cessé d'allaiter (11,59(ÉT : 2,22); $p<0,001$)(Britton, et al., 2006). De plus, selon les analyses effectuées dans le cadre de cette étude, la sensibilité maternelle prédit de façon significative la poursuite de l'allaitement total ($p<0,005$) et exclusif ($p<0,001$). En effet, la sensibilité maternelle explique 6 % de la variance de la poursuite de l'allaitement total alors que pour la poursuite de l'allaitement exclusif, celle-ci s'élève à 8 % (Britton, et al., 2006).

Lacombe et Bell (2010) ont quant à elles effectué une étude dans la région de Chaudière-Appalaches dont l'un des objectifs était d'examiner l'influence de la sensibilité maternelle sur la poursuite de l'allaitement. Dans le cadre de cette étude, 140 primipares âgées en moyenne de 27 ans ont été recrutées. Les participantes à ce projet étaient des mères scolarisées ayant un revenu familial élevé. En effet, plus de 40 % des participantes détenaient un niveau de scolarité universitaire alors que 60 % possédaient un revenu familial annuel de plus de 55 000 \$. Dans ce projet, des données ont été collectées à 48 heures, à un mois et à six mois. La sensibilité maternelle a été évaluée à chacun de ces temps de mesure à l'aide d'un questionnaire autoadministré soit *l'Échelle de sensibilité*

maternelle (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). Cette échelle permet d'examiner plus spécifiquement cinq composantes de la sensibilité maternelle soit la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication de même que l'engagement. Les résultats ont permis de démontrer que les mères qui poursuivent l'allaitement à un mois sont plus sensibles que celles qui cessent avant (Lacombe & Bell, 2010). Plus spécifiquement, les mères qui allaitent jusqu'à un mois sont plus sensibles dans les composantes de la proximité physique à 48 heures (1,49(ÉT: 0,51) vs 1,69(ÉT 0,57)) et de la découverte à un mois (1,77 (ÉT : 0,48) vs 1,99 (ÉT : 0,60); $p=0,027$) que celles qui cessent avant un mois.

Par ailleurs, une étude réalisée en France par Courtois, Lacombe et Tysio (2012) avait pour but de décrire l'influence des facteurs relationnels sur la poursuite de l'allaitement maternel. Cette étude a permis de recueillir un échantillon de 247 dyades mères-enfants. Un peu plus de la moitié des mères recrutées étaient des primipares âgées en moyenne de 31 ans. Plus de 80 % des participantes possédaient un niveau d'études universitaires et 66,2 % avaient un revenu supérieur à 35 000 euros, ce qui est équivalent à près de 47 000 \$ canadiens. Dans le cadre de cette étude, des données ont été recueillies à 48 heures ainsi qu'à un, trois et six mois de vie du nourrisson. La sensibilité maternelle a été évaluée à chaque temps de mesure à l'aide du questionnaire autoadministré qu'est *L'Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). Les résultats obtenus ont permis de démontrer que les mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois obtiennent un score global de sensibilité plus faible (2,3(ÉT :0,4) vs 2,5(ÉT :0,4); $p=0,016$) ainsi que dans la composante de la communication (2,3(ÉT :0,6) vs 2,5(ÉT :0,6); $p=0,035$) et de l'engagement à 48 heures (2,6(ÉT :0,6) vs 2,8(ÉT :0,4); $p=0,024$) que celles qui cessent avant six mois. En effet, il semble que les mères qui présentent une plus grande sensibilité ainsi que celles qui sont plus sensibles dans les composantes de la communication et de l'engagement à 48 heures sont plus nombreuses à poursuivre leur allaitement jusqu'à six mois. De plus, lors d'une analyse de régression, la composante de l'engagement a même été identifiée comme étant un facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement à six mois ($p=0,03$).

D'ailleurs, une étude japonaise a été effectuée afin de vérifier l'influence de la relation mère-enfant sur la façon de nourrir son enfant à un mois et cinq mois (Nishioka, et al., 2011). Cette étude a été retenue puisque la relation mère-enfant est un indicateur de la sensibilité maternelle. Dans le cadre de cette étude, les auteurs définissent la relation mère-enfant comme étant le lien émotionnel qui lie la mère à son enfant, ce qui rejoint la composante du contact affectif tel que proposé par *l'Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). La relation mère-enfant a été évaluée dans cette étude à l'aide du *Bonding Questionnaire* (Suzumiya, Yamashita, & Yoshida, 2008). Selon cet instrument de mesure, un résultat faible réfère à un lien positif entre la mère et son enfant. Nishioka et ses collègues ont réussi à recruter un total de 405 mères dont 55 % étaient des primipares. La moyenne d'âge des participantes était de 31 ans et 21 % d'entre elles détenaient un diplôme d'études universitaires. Des données ont été collectées à un mois et cinq mois. À la suite des analyses effectuées, il a été possible de constater un résultat plus faible au *Bonding Questionnaire* chez les mères qui allaitent à cinq mois comparativement aux mères qui n'allaitent pas (1,7(ÉT :2,2) vs 2,1(ÉT :2,6); $p=0,04$). Il semble donc que la relation mère-enfant est plus positive chez les mères qui allaitent à cinq mois comparativement à celles qui n'allaitent pas.

Cernadas et ses collègues (2003) ont effectué pour leur part une étude dans le but d'évaluer l'influence de certains facteurs psychosociaux sur la durée de l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie de l'enfant. Dans cette étude effectuée auprès de 539 mères, la moitié était des primipares et la moyenne d'âge des participantes était de 30 ans. Les mères de cet échantillon étaient pour la majorité des femmes scolarisées, car plus de 57 % d'entre elles possédaient un diplôme universitaire, ce qui représente une limite de cette étude puisqu'il s'avère impossible de généraliser les résultats à l'ensemble de la population. Des données ont entre autres été recueillies durant le séjour à l'hôpital ainsi que dans les six mois suivant la naissance. La relation mère-enfant a été évaluée avant le départ de l'hôpital par deux observateurs différents. À la suite de la rencontre avec la mère, les observateurs devaient remplir un questionnaire conçu par les auteurs spécifiquement pour cette étude. Ce questionnaire a permis d'évaluer la relation mère-

enfant en examinant le contact visuel et physique entre la mère et son enfant de même que la réponse apportée par la mère à son bébé notamment lorsqu'il pleure. Il permettait donc d'évaluer différents aspects de la relation mère-enfant qui rejoignaient certaines composantes de la sensibilité maternelle telles que proposé par *l'Échelle de sensibilité maternelle* soit la communication, la proximité physique et le contact affectif. La relation mère-enfant a par la suite été catégorisée comme étant très bonne, bonne ou passable. Par exemple, une relation qualifiée de très bonne fait référence à une relation dans laquelle la mère regarde fréquemment son bébé, elle le positionne de façon à pouvoir avoir un contact visuel avec lui, elle le caresse, elle est attentive à ses besoins, elle réussit à le calmer et à le garder en contact avec elle-même lorsqu'il pleure. Selon les résultats obtenus, il semble que les mères présentant une relation mère-enfant qualifiée de très bonne sont plus nombreuses à poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'à six mois comparativement à celles qui possèdent une relation qualifiée de bonne (51(23,0) vs 52 (17,0); $p < 0,001$). En effet, il semble que les mères qui présentent une très bonne relation mère-enfant avant le départ de l'hôpital sont plus nombreuses à poursuivre l'allaitement exclusif à six mois comparativement à celles qui ont une moins bonne relation mère-enfant.

D'autres études ont investigué la relation entre la sensibilité maternelle et l'allaitement sous un angle différent. En effet, Tharner et ses collègues (2012) ont décidé de s'intéresser à la relation inverse, soit l'influence de l'allaitement sur la sensibilité maternelle. Ainsi, ces auteurs ont examiné plus en détail la relation entre l'allaitement et la sensibilité maternelle à travers la capacité de la mère à répondre aux besoins de son enfant. Cette étude a été effectuée auprès d'un échantillon composé de 675 mères dont la moyenne d'âge était de 32 ans et dans lequel plus de 35 % des mères détenaient au moins un baccalauréat. Des données concernant la poursuite de l'allaitement ont été recueillies avant le départ de l'hôpital à l'aide du dossier médical ainsi qu'à deux mois et six mois grâce à des questionnaires postaux. Les données concernant la sensibilité maternelle ont été recueillies à 14 mois grâce à une séance d'observation en laboratoire. Les données ont été codées à l'aide du *Ainsworth Rating Scales* (Ainsworth, Bell, & Stayton, 1974) qui permet notamment d'évaluer la capacité de la mère à percevoir et à répondre aux signaux émis par

l'enfant. Les résultats obtenus ont permis de constater une relation entre la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois et un niveau de sensibilité maternelle plus élevé à 14 mois. En effet, les mères qui poursuivent leur allaitement jusqu'à six mois sont significativement plus sensibles à 14 mois que les mères qui n'ont jamais allaité leur bébé (6,45(ÉT : 0,08) vs 6,13(ÉT :0,14); $p=0,04$)).

Par ailleurs, une étude de Kim et ses collaborateurs (2011) s'est intéressée à l'impact de l'allaitement sur la réponse cérébrale de la mère aux cris de son enfant ainsi que sur la sensibilité maternelle. Dans un premier temps, la relation entre l'allaitement et la réponse cérébrale de la mère aux cris de son enfant a été investiguée. Par la suite, ces auteurs ont tenté de vérifier si l'activation cérébrale des mères qui allaitent comparativement à celles qui donnent le biberon était associée au niveau de sensibilité maternelle à trois-quatre mois. Dans le cadre de cette étude, un échantillon de 17 mères composé de primipares et de multipares a été recruté. Les participantes étaient âgées en moyenne 31 ans et possédaient 16 années de scolarité. La réponse cérébrale aux cris de son enfant a été évaluée entre la deuxième et la quatrième semaine suivant la naissance de l'enfant grâce à une résonance magnétique. D'autre part, la sensibilité maternelle a été évaluée entre le troisième et le quatrième mois postnatal durant une visite au domicile de la participante. Durant cette rencontre, une interaction mère-enfant a été filmée puis a ensuite été évaluée par un observateur à l'aide du *Coding Interactive Behavior* (CIB) (Feldman, 1998). Les chercheurs ont découvert que les mères qui allaitent présentent une plus grande activation dans plusieurs régions cérébrales lorsqu'elles sont soumises aux cris de leur enfant comparativement aux mères qui donnent le biberon ($p<0,05$). Par ailleurs, l'activation de ces régions cérébrales a également été identifiée comme étant associée à un niveau de sensibilité maternelle plus élevé entre trois et quatre mois chez les mères qui allaitent comparativement à celles qui n'allaitent pas (4,46 (ÉT :0,42) vs 3,54 (ÉT :0,74); $p=0,05$). Il semble donc que l'activation de certaines régions cérébrales lors des cris de l'enfant, qui est plus grande chez les mères qui allaitent, soit associée à un niveau de sensibilité plus élevé entre trois et quatre mois. Ces auteurs suggèrent que cette relation entre l'allaitement, l'activation de certaines régions cérébrales et la sensibilité maternelle serait causée par les

hormones impliquées dans l'allaitement. Plus particulièrement, il semble que l'ocytocine, qui est synthétisée dans l'hypothalamus, stimule le relâchement du lait dans les glandes mammaires en plus de faciliter certains comportements maternels tels que la sensibilité maternelle.

Une étude effectuée par Pearson et ses collègues (2011) a permis d'explorer l'impact de l'allaitement sur la sensibilité maternelle à la détresse de l'enfant. Dans le cadre de cette étude, 51 mères âgées en moyenne de 30 ans ont été recrutées dont plus de 50 % étaient des primipares et 70 % détenaient un diplôme d'études universitaires. Dans cette étude, les mères sont rencontrées à leur domicile à environ 37 semaines de grossesse ainsi qu'entre trois et six mois postnatal. Dans chacune de ces rencontres, la sensibilité de la mère à la détresse de l'enfant a été évaluée à l'aide de la présentation de différentes photos d'enfants. La mère devait identifier si l'enfant sur la photo était en détresse ou non. Par exemple, un enfant en détresse pouvait être représenté par un enfant qui pleure alors qu'un enfant qui n'est pas en détresse pouvait être représenté par un enfant souriant. À la suite des analyses effectuées, il a été possible de constater que les mères qui allaitent ne présentent pas une plus grande sensibilité maternelle à la période prénatale que celles qui n'allaitent pas ($p=0,06$). Cependant, à la période postnatale, les mères allaitantes rapportent une sensibilité maternelle plus élevée en présence de détresse chez l'enfant comparativement à celles qui n'allaitent pas ($p=0,025$) même après avoir contrôlé certaines variables confondantes telles que l'âge, la parité, la scolarité, la classe sociale, le type d'accouchement et les symptômes dépressifs. De plus, tout en contrôlant la sensibilité à la période prénatale, il a tout de même été possible de constater que les mères qui allaitent présentent une sensibilité plus élevée à la période postnatale ($p=0,025$). Comme une différence entre la sensibilité maternelle chez les mères qui allaitent par rapport à celles qui n'allaitent pas est seulement apparue à la période postnatale, Pearson et ses collaborateurs suggèrent que c'est l'action d'allaiter qui influence la sensibilité maternelle. Cependant, les auteurs affirment que le fait que la moitié des participantes de leur étude étaient des multipares ce qui a pu influencer un tel constat, car bien que dans la présente étude la parité n'a pas semblé influencer les résultats, certaines études ont plutôt démontré que les multipares allaitent davantage et sont plus sensibles.

Une autre étude a été effectuée par Else-Quest et ses collègues (2003) dans le but d'étudier l'influence de la méthode utilisée pour nourrir son enfant et le développement de la relation mère-enfant. Dans le cadre de cette étude, 570 dyades mères-enfants ont été recrutées. La qualité de la relation mère-enfant a été évaluée à quatre et douze mois dans le cadre de trois séances de cinq minutes d'interactions mère-enfant saisies sur bande vidéo. La première session concernait l'observation d'une séance d'alimentation du nourrisson, la deuxième session d'une tâche structurée telle qu'un changement de couches alors que la troisième session permettait d'examiner une séance de jeu libre. Suite à l'observation des interactions filmées, le *Parent-Child Early Relational Assessment* (Clark, 1999) était utilisé pour évaluer la qualité de la relation mère-enfant. Cet instrument permet d'évaluer la qualité de la relation mère-enfant en s'attardant au contact visuel et verbal. Les éléments évalués par cet instrument sont similaires à certaines composantes évaluées par l'*Échelle de sensibilité maternelle* soit le contact affectif et la communication. Dans le cadre de cette étude, les mères qui allaitent ont tendance à démontrer une meilleure relation mère-enfant et à être plus sensibles uniquement à douze mois comparativement aux mères qui n'allaitent pas (10,94 (ÉT : 2,61) vs 11,35(ÉT: 2,74); $p=0,08$).

Cependant, il importe de mentionner que l'étude de Drake et ses collaborateurs (2007) n'a toutefois pas permis de répliquer les résultats obtenus par Else-Quest et ses collègues. En effet, Drake et ses collaborateurs ont effectué une étude dans le but d'examiner les facteurs influençant la réponse maternelle notamment la capacité de la mère à reconnaître et à répondre aux signaux émis par son enfant. Dans le cadre de cette étude, 177 mères provenant des États-Unis ont été recrutées. La grande majorité des participantes, soit 78 %, possédaient une scolarité de niveau collégial alors que 42 % d'entre elles avaient un revenu familial supérieur à 60 000 \$ par année. De plus, cet échantillon comptait 64 % de primipares. Les participantes devaient remplir un questionnaire autoadministré en ligne entre deux et quatre mois qui comprenait le *Maternal Infant Responsiveness Instrument* (Amankwaa, Pickler, & Boonmee, 2007). Ce questionnaire permettait d'évaluer la capacité de la mère à reconnaître et à répondre aux signaux émis par l'enfant, ce qui correspond à des éléments centraux de la sensibilité maternelle. Les analyses effectuées ont permis de

constater que l'allaitement n'influence pas la capacité de la mère à répondre aux besoins de son enfant.

Enfin, une synthèse des écrits effectuée par Jansen et ses collègues (2008) a été réalisée dans le but de clarifier le rôle de l'allaitement dans la relation mère-enfant. Ces derniers ont recensé 41 articles et procédé à l'analyse de six articles d'entre eux qui s'intéressaient spécifiquement à la relation entre l'allaitement et la qualité de la relation mère-enfant (Jansen, et al., 2008). L'analyse de ces études a permis à Jansen et ses collaborateurs de conclure qu'il n'est pas possible d'affirmer que l'allaitement a un impact positif sur la relation mère-enfant puisque ce résultat n'est pas supporté empiriquement par les études antérieures. Cependant, bien que ces auteurs en viennent à cette conclusion, ils précisent également que cela ne veut pas dire qu'il n'existe aucun lien entre l'allaitement et la sensibilité maternelle. En effet, ces derniers soulèvent la possibilité que cela puisse être causé par un manque de données empiriques sur le sujet ainsi qu'aux problèmes méthodologiques des études antérieures (Jansen, et al., 2008). D'ailleurs, ces derniers considèrent que la recherche sur le sujet souffre notamment d'un manque de clarté dans la définition de la relation mère-enfant.

Une autre synthèse des écrits effectuée cette fois-ci par Schulze et Carlisle (2010) avait pour but d'examiner les effets positifs et les bénéfices de l'allaitement pour la mère, pour le bébé et pour la société en plus de regarder les facteurs associés à l'initiation et à la persistance de l'allaitement. Dans le cadre de cette synthèse des écrits, peu de renseignements sont donnés concernant la méthodologie utilisée pour la sélection des articles. Toutefois, les auteurs en sont venus à la conclusion qu'à l'heure actuelle peu d'études peuvent permettre de conclure à l'existence d'une relation entre l'allaitement et la relation mère-enfant. De plus, ils soulignent également le manque de cohérence dans la définition du concept de relation mère-enfant ainsi que dans les instruments de mesure utilisés en plus des problèmes méthodologiques caractérisant certaines études.

En somme, bien que certaines études n'aient pas permis de constater une relation entre la sensibilité maternelle et l'allaitement, il semble tout de même se dégager une

tendance à l'effet qu'il y ait un lien positif entre la sensibilité maternelle et certaines dimensions de l'allaitement telles que l'intention, l'initiation et sa poursuite. Il s'avère essentiel de poursuivre cette investigation afin de consolider et d'approfondir la relation entre ces deux variables. La section suivante présente pour sa part la recension des écrits effectuée sur l'anxiété de la mère.

2.3 ANXIÉTÉ DE LA MÈRE

Dans le cadre de la présente étude, l'anxiété maternelle est une variable principale, c'est pourquoi elle est traitée plus en détail dans cette section. Tout d'abord, plusieurs définitions de l'anxiété sont proposées. Celles-ci sont suivies d'une présentation de l'impact de l'anxiété périnatale chez l'enfant, la relation mère-enfant ainsi que sur la mère. Pour terminer, une section concernant spécifiquement l'anxiété de la mère et l'allaitement maternel est présentée.

2.3.1 Définitions et prévalence de l'anxiété

Il existe plusieurs définitions de l'anxiété dont quelques-unes sont présentées dans cette section. De façon générale, on distingue le trouble d'anxiété qui fait référence à un trait de personnalité de la personne et l'anxiété situationnelle qui est engendrée par une situation particulière et anxiogène. Dans le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM-V, le trouble d'anxiété généralisée est défini comme étant « des inquiétudes excessives qui affecte la capacité de la personne à faire ses activités efficacement tant au travail qu'à la maison » (American Psychiatric Association, 2013).

Spielberger (1988) définit l'anxiété en la divisant en deux composantes distinctes, soit l'anxiété situationnelle et le trait d'anxiété. L'anxiété situationnelle, comme son nom l'indique, fait davantage référence à une situation particulière, une situation anxiogène. Plus

spécifiquement, l'anxiété situationnelle se définit comme étant « un état émotionnel transitoire caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tensions, d'appréhensions, de nervosité, d'inquiétude et d'une augmentation de l'activité du système nerveux autonome » (Spielberger, 1988). Le trait d'anxiété pour sa part fait davantage référence au trait de personnalité d'une personne. En effet, le trait d'anxiété réfère à « Des différences individuelles relativement stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une élévation d'anxiété situationnelle » (Spielberger, 1988).

L'Association des médecins psychiatres du Québec (2013) rapporte quant à elle que l'anxiété est une émotion très fréquente caractérisée par une appréhension vague et diffuse accompagnée de manifestations physiques comme des battements cardiaques accélérés, des maux de tête, de la transpiration, un inconfort à l'estomac et une difficulté à demeurer en place. Elle serait associée à la présence d'inquiétudes excessives par rapport à sa santé, celle de ses proches de même que le futur.

L'Association canadienne des troubles anxieux (2005) considère pour sa part que toutes les mères durant la grossesse et la période postnatale éprouvent un certain degré d'anxiété concernant le bien-être de leur bébé. Cependant, lorsque cette anxiété normale s'aggrave au point d'altérer leur capacité de fonctionner normalement et d'accomplir leurs tâches quotidiennes, c'est ce qu'on appelle un trouble anxieux.

Selon Bridou (2012), l'anxiété est une réaction émotionnelle courante qui se traduit habituellement par des manifestations physiologiques et des manifestations comportementales. Il s'agit d'un état de tension interne relativement désagréable qui comporte trois composantes principales : la perception d'un danger immédiat (réel ou indéterminé), une attitude d'attente envers ce danger (anxiété anticipatoire) et un malaise psychologique lié à la conscience d'une impuissance face à ce danger.

En somme, considérant les différentes définitions de l'anxiété examinées, celle qui est retenue dans le cadre de ce projet est celle de Spielberger (1988), plus particulièrement

celle qui concerne l'anxiété situationnelle. D'ailleurs, cette définition est la plus utilisée en recherche dans le domaine de la périnatalité. De plus, c'est la définition retenue dans le présent projet puisque la naissance d'un enfant fait davantage référence à un événement anxigène qu'à un trait de personnalité. L'utilisation de cette définition de l'anxiété, et plus particulièrement de la composante concernant l'anxiété situationnelle, apparaît comme étant tout à fait appropriée pour ce projet de recherche qui vise à évaluer l'anxiété à la suite de la naissance d'un premier bébé.

2.3.2 Anxiété de la mère en période périnatale

L'anxiété à la période périnatale est une problématique de santé importante. En effet, on estime selon les études et la définition retenues, qu'entre 15 et 54 % des femmes vont présenter des symptômes d'anxiété durant la grossesse ou à la période postnatale (INSPQ, 2011). Dans un premier temps, l'impact de l'anxiété prénatale est présenté suivi de celle de l'anxiété à la période postnatale.

Dès la période prénatale, la femme enceinte peut présenter de l'anxiété. L'anxiété vécue par la mère durant la grossesse a des répercussions jusqu'à la période postnatale, et ce, tant pour son enfant, pour elle-même ainsi que pour l'allaitement maternel. L'anxiété de la mère à la période prénatale a un impact à divers niveaux chez l'enfant. En effet, il semble que les enfants de mères anxieuses durant la grossesse démontreraient moins de compétences sociales et perceptuelles à la naissance (Figueiredo, Pacheco, Costa, Conde, & Teixeira, 2010). Ils seraient également plus à risque d'avoir un développement neuromoteur sous-optimal à l'âge de trois mois (Van Batenburg-Eddes et al., 2009). Selon l'étude de Hernandez et ses collègues (2008), les enfants de mères plus anxieuses obtiendraient des résultats significativement plus bas par rapport aux interactions sociales ainsi qu'au niveau de la réponse émotionnelle. L'anxiété prénatale affecterait davantage les garçons qui présenteraient plus de difficulté à interagir avec une personne étrangère à 48-72 heures de vie (Hernandez-Martinez, Arija, Escribano, & Canals, 2010). Il semble même que l'anxiété

prénatale devrait être considérée comme un facteur de risque aux problèmes de développement et de comportements chez l'enfant (Hernandez-Martinez, et al., 2008). L'anxiété prénatale aurait aussi un impact sur la relation mère-enfant. En effet, les bébés des mères anxieuses durant le troisième trimestre de la grossesse passeraient significativement moins de temps à regarder leur mère dans les premiers jours de vie et ne démontreraient pas de préférence pour la voix et le visage de leur mère par rapport à celui d'un étranger (Figueiredo, et al., 2010).

L'anxiété prénatale a également un impact sur la santé de la mère jusqu'à la période postnatale. En effet, les mères plus anxieuses durant la grossesse seraient plus sujettes à souffrir de dépression postnatale (Field et al., 2010; Field et al., 2003). De plus, les mères ayant un niveau d'anxiété élevé à la période prénatale seraient également plus susceptibles d'avoir un niveau d'anxiété élevé à la période postnatale (Grant, McMahon, & Austin, 2008). En effet, il semble que le niveau d'anxiété de la mère serait relativement stable entre la période pré et postnatale, ce qui fait en sorte que l'anxiété prénatale constitue un facteur prédictif de l'anxiété postnatale (Grant, et al., 2008). Les mères plus anxieuses durant la grossesse seraient également plus à risque d'un accouchement prématuré spontané (Orr, Reiter, Blazer, & James, 2007; Roy-Matton, Moutquin, Brown, Carrier, & Bell, 2011).

L'anxiété peut également se manifester à la période postnatale. D'ailleurs, selon Reck et ses collaborateurs (2008), les troubles d'anxiété ainsi que les troubles dépressifs sont les problèmes de santé mentale les plus fréquents chez la femme à la suite de l'accouchement. Dans le cadre d'une étude effectuée auprès de 1024 mères, ce dernier a constaté que 11,1 % des participantes souffraient d'un trouble d'anxiété (Reck, et al., 2008). Tout comme l'anxiété prénatale, l'anxiété de la mère à la période postnatale a également des conséquences chez l'enfant. Par exemple, il semble que les enfants de mères anxieuses soient plus nombreux à souffrir de coliques (Akman et al., 2006). L'anxiété maternelle durant la première année de vie de l'enfant serait également associée chez l'enfant avec le risque de souffrir de douleurs abdominales récurrentes à l'âge de six ans (Ramchandani, Stein, Hotopf, & Wiles, 2006).

De plus, selon une synthèse des écrits réalisée par Glasheen et ses collaborateurs (2010), l'anxiété maternelle entraînerait des compétences sociales faibles et des problèmes émotionnels chez l'enfant. La présence d'un trouble d'anxiété durant la période postnatale aurait également un impact sur la mère. En effet, l'anxiété postnatale serait associée à la dépression à la même période (Giakoumaki, Vasilaki, Lili, Skouroliakou, & Liosis, 2009; Reck, et al., 2008). Il semble même qu'il existerait une comorbidité entre l'anxiété de la mère et la dépression postnatale (Giakoumaki, et al., 2009; Reck, et al., 2008).

En somme, l'anxiété maternelle à la période périnatale semble avoir des conséquences non négligeables chez l'enfant de même que chez la mère. Comme le présent projet s'intéresse plus spécialement à la relation entre l'anxiété de la mère et l'allaitement, la section suivante est consacrée aux études ayant porté plus spécifiquement sur cette relation.

2.3.3 Anxiété de la mère et allaitement maternel

Selon les écrits consultés, on constate que l'anxiété maternelle peut avoir une influence sur différents aspects de l'allaitement. En effet, certaines études ont démontré que l'anxiété de la mère aurait un impact sur l'intention d'allaiter, sur l'initiation de l'allaitement, sur l'administration de compléments aux bébés, sur les problèmes d'allaitement de même que sur la poursuite de l'allaitement.

Concernant l'intention d'allaiter, une étude réalisée par Insaf (2011) a démontré que les mères qui présentent un niveau d'anxiété élevé durant la grossesse sont moins sujettes à avoir l'intention d'allaiter que celles dont le niveau d'anxiété est faible (34,9(ÉT : 11,0) vs 36,4(ÉT : 11,1); $p=0,048$).

L'anxiété aurait également un effet sur l'initiation de l'allaitement. En effet, selon les résultats de l'étude de Britton (2007), les mères présentant un niveau d'anxiété élevé

seraient moins sujettes à initier l'allaitement immédiatement après l'accouchement que celles qui présentent un niveau d'anxiété faible (53,0% vs 65,1%; $p < 0,05$).

D'autre part, l'anxiété de la mère semble avoir un impact sur l'administration de compléments au bébé. En effet, les résultats de l'étude de Gagnon (2005) ont permis de découvrir que les bébés de mères anxieuses seraient plus à risque de recevoir un complément lors de leur séjour à l'hôpital que les bébés de mères moins anxieuses. De plus, les mères ayant un niveau d'anxiété élevé sont plus sujettes à donner des préparations lactées à l'hôpital (43,9% vs 29,1%; $p < 0,05$) (Gagnon, et al., 2005) ainsi qu'au cours du premier mois de vie de l'enfant que celles qui ont un niveau d'anxiété plus faible ($p < 0,005$) (Mehta, Siega-Riz, Herring, Adair, & Bentley, 2012).

L'anxiété maternelle serait également en lien avec les problèmes d'allaitement. En effet, l'étude de Sisk (2006) effectuée auprès de 196 mères ayant donné naissance à un bébé de très petit poids a permis d'observer une relation inverse entre les traits d'anxiété et la quantité de lait reçu par le bébé avant que ce dernier ne quitte l'hôpital. Selon cette étude, plus les mères rapportent être anxieuses dans la vie courante, moins leur enfant reçoit de lait maternel ($r = -0,13$; $p = 0,01$). Ce résultat suggère que les mères plus anxieuses ont davantage de problèmes d'allaitement; plus spécifiquement, elles éprouveraient plus de difficultés à maintenir la lactation.

En outre, quelques études se sont intéressées plus spécifiquement à l'impact de l'anxiété maternelle sur la durée de l'allaitement mettant en évidence que les mères plus anxieuses allaitent sur une plus courte période que les mères moins anxieuses (voir annexe IV). C'est d'ailleurs le cas d'une étude canadienne de Kehler et ses collègues (2009) qui a été effectuée dans le but d'identifier les facteurs de risque pour l'échec de l'allaitement dans les six premiers mois suivant la naissance de l'enfant. Cette étude a été menée auprès de 780 mères ayant été recrutées à Calgary. La moyenne d'âge des participantes était de 25 ans et la majorité des mères possédaient un revenu familial supérieur à 40 000 \$. Afin d'évaluer le niveau d'anxiété durant la grossesse, les mères devaient remplir le *Symptom Questionnaire Anxiety* (Kellner, 1987). Dans le cadre de cette étude, il a été possible de

constater que l'anxiété durant la grossesse serait un facteur de risque pour un sevrage précoce de l'allaitement, soit avant six mois ($p < 0,05$) (Kehler, et al., 2009). De plus, selon l'étude australienne de Hammarberg (2011), effectuée auprès d'un échantillon de 183 mères, un niveau d'anxiété plus élevé en fin de grossesse serait un facteur prédictif d'une durée d'allaitement de moins de six semaines ($p = 0,04$) ainsi que d'un sevrage avant huit mois ($p = 0,05$). Ystrom (2012) a mené une étude afin d'investiguer si la cessation de l'allaitement était causée par une augmentation des symptômes d'anxiété ou de dépression, et ce, de la grossesse jusqu'à six mois. Cette étude a aussi permis de démontrer qu'un niveau d'anxiété prénatale élevé serait relié à l'arrêt de l'allaitement avant six mois ($p < 0,001$). Dans cette étude norvégienne, les données ont été recueillies auprès d'un imposant échantillon de 42 225 mères ayant été recrutées dans le cadre d'une vaste enquête menée par l'Institut de santé publique de Norvège. De plus, l'anxiété maternelle a été évaluée à l'aide du *Hopkins Symptom Checklist* (Strand, Dalgard, Tambs, & Rognerud, 2003). Ce bref questionnaire autorapporté, composé de huit questions, permet d'évaluer la détresse psychologique de la mère en examinant particulièrement l'anxiété de la mère ainsi que les symptômes dépressifs.

L'anxiété à la période postnatale aurait également un impact sur la durée de l'allaitement. À cet effet, Papinczak et Turner (2000) ont effectué une étude dans le but de déterminer l'influence dans les six premiers mois de vie de l'enfant de certains facteurs sociaux et personnels de la mère tels que l'anxiété sur la durée de l'allaitement. Dans le cadre de cette étude, des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies à l'aide de trois questionnaires administrés à 159 mères. Afin d'évaluer le niveau d'anxiété des mères, le *Duke Health Questionnaire Profile* (Parkerson, Broadhead, & Tse, 1990) était complété. Ce questionnaire autoadministré regroupe 17 questions qui permettent d'évaluer l'état de santé de la mère. Ce dernier évalue notamment la santé physique et sociale en plus de l'estime de soi ainsi que l'anxiété et la dépression de la mère. Les résultats ont démontré qu'un niveau d'anxiété maternelle plus faible à trois mois serait significativement associé à une durée d'allaitement plus longue ($p = 0,017$).

L'étude de Britton effectuée en 2007 auprès d'un échantillon de 356 mères avait pour sa part comme objectif d'évaluer la relation entre l'anxiété postnatale et l'allaitement. L'anxiété de la mère a été évaluée avant le départ de l'hôpital ainsi qu'à un mois à l'aide du *State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* (Spielberger, 1983). Une des forces de cet instrument de mesure, comparativement à plusieurs instruments utilisés dans d'autres études, est que ce dernier permet d'évaluer spécifiquement l'anxiété de la mère. En effet, ce dernier comprend deux sous-échelles, soit une qui permet d'examiner les traits d'anxiété et l'autre permettant d'évaluer l'anxiété situationnelle. Dans le cadre de cette étude, seule la sous-échelle concernant l'anxiété situationnelle a été utilisée. Le résultat de cette sous-échelle comprenant 20 énoncés peut varier entre 20 et 80, un résultat plus faible indiquant un niveau d'anxiété plus faible. Il semble donc à la lumière des résultats obtenus que les mères ayant participé à cette étude étaient très peu anxieuses considérant qu'avant le départ de l'hôpital, les mères ont obtenu en moyenne un résultat de 33,45 au *STAI* alors qu'à un mois, ce résultat était de 34,90 (Britton, 2007). De plus, dans le cadre de cette étude, l'auteur a effectué des analyses en considérant dans un premier temps l'anxiété maternelle comme une variable continue et par la suite comme une variable catégorique. En effet, bien que le *STAI* ne propose pas de score seuil pour catégoriser l'anxiété maternelle, dans le cadre de cette étude, l'auteur a catégorisé les mères en deux groupes. Les mères ayant obtenu un résultat inférieur à 40 étaient considérées comme ayant un niveau d'anxiété faible alors qu'un niveau d'anxiété élevé référerait à un résultat de 40 ou plus. Peu importe la façon dont l'anxiété était traitée, soit en variable continue ou catégorique, les résultats obtenus étaient similaires de sorte que les mères plus anxieuses étaient moins sujettes à pratiquer l'allaitement total et exclusif à un mois ($p < 0,001$). De plus, il semble que les mères anxieuses étaient plus sujettes à avoir cessé d'allaiter à un mois ($p < 0,05$).

En 2008, O'Brien et ses collègues ont effectué une étude portant sur l'influence des facteurs liés à la santé psychologique sur la durée de l'allaitement. Les 375 participantes ayant été recrutées dans deux centres hospitaliers d'Australie étaient invitées à répondre à un questionnaire dans les 14 jours suivant la naissance de leur enfant. Elles étaient par la suite contactées par téléphone à six mois post-partum afin de vérifier leur statut

d'allaitement de même que l'âge d'introduction d'autres aliments. Dans le cadre de ce projet, plusieurs instruments de mesure ont été utilisés afin de mesurer différents facteurs psychologiques. L'un des facteurs étudiés était l'anxiété maternelle pour laquelle les données étaient recueillies à l'aide du *Depression, Anxiety Stress Scale* (Lovibond, 1995). Ce questionnaire auto rapporté comporte 21 questions dont sept questions qui permettent d'évaluer les états émotionnels négatifs en examinant plus particulièrement l'anxiété, la dépression de même que le stress de la mère. Les résultats ont permis de constater que la durée de l'allaitement était significativement associée à de nombreux facteurs liés à la santé psychologique, dont l'anxiété ($r_s = -0,12$; $p = 0,144$). Selon cette étude, il semble donc que les mères plus anxieuses soient moins nombreuses à allaiter jusqu'à six mois.

Pour sa part, l'étude de Zanardo (2009) avait pour but d'examiner l'impact de l'anxiété de la mère sur la poursuite de l'allaitement au cours des six premiers mois. Dans le cadre de cette étude, 204 mères ont été recrutées dans un centre hospitalier d'Italie. Chacune devait remplir entre le troisième et quatrième jour suivant la naissance le *STAI* (Spielberger, 1983) afin d'évaluer leur niveau d'anxiété. Par la suite, les mères étaient contactées à trois et six mois afin de recueillir les données sociodémographiques ainsi que des données sur l'allaitement. L'analyse des données a permis de constater que l'anxiété maternelle était le facteur prédictif le plus significatif quant à la poursuite de l'allaitement à trois mois chez les primipares ($p < 0,001$). De plus, les mères plus anxieuses éprouvaient plus de difficultés d'allaitement et étaient moins satisfaites de leur allaitement que les mères moins anxieuses.

Une autre étude de Zanardo (2011) avait pour but d'examiner la relation entre la détresse psychologique des mères ayant accouché entre 34 et 36 semaines de grossesse et la pratique de l'allaitement avant que l'enfant ne quitte l'hôpital. Dans le cadre de cette étude, les mères ($n = 84$) devaient remplir le *STAI* (Spielberger, 1983) entre le troisième et quatrième jour suivant la naissance afin d'évaluer l'anxiété maternelle. Il a été possible de constater que des résultats plus élevés à la sous-échelle de l'anxiété situationnelle ($p = 0,004$)

ainsi qu'à celle de trait d'anxiété ($p=0,002$) étaient les facteurs de risque les plus significatifs pour un arrêt précoce de l'allaitement, soit avant le départ de l'hôpital.

Une étude canadienne effectuée par Clifford (2006) auprès d'un échantillon de 856 mères a permis d'examiner les facteurs influençant la poursuite de l'allaitement total à une semaine et à six mois. Dans le cadre de cette étude, les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires envoyés par la poste. La version originale du *STAI* (Spielberger, Gorsuch, & Luschene, 1970) figurait dans ces questionnaires afin d'évaluer l'anxiété maternelle. Dans le cadre de cette étude, l'anxiété situationnelle ainsi que les traits d'anxiété ont été traités de façon dichotomique. L'auteur de cette étude a décidé de déterminer qu'un niveau d'anxiété élevé était associé à un résultat supérieur au 75^e percentile alors qu'un niveau d'anxiété faible était associé à un résultat inférieur au 75^e percentile. Les résultats ont permis de démontrer que chez la mère, des traits d'anxiété élevés dans la première semaine de vie de l'enfant comparativement à des traits d'anxiété faible étaient associés à une cessation précoce de l'allaitement total à une semaine ($p<0,001$) ainsi qu'à six mois ($p<0,05$).

D'autre part, l'étude de Akman (2008) avait pour but d'explorer le lien entre l'ajustement psychologique de la mère en postnatal et sa préférence quant au mode d'alimentation de son enfant. L'échantillon était composé de 60 mères dont 37 étaient des multipares. L'anxiété a été évaluée à un mois à l'aide de la plus récente version du *STAI* (Spielberger, 1983). Cette nouvelle version diffère de la version originale de 1970 notamment par le fait que les énoncés ont été peaufinés afin de distinguer plus facilement l'anxiété de la dépression ainsi que l'anxiété situationnelle des traits d'anxiété. Les mères de cet échantillon présentaient en moyenne un résultat de 42 à l'échelle d'anxiété situationnelle et de 36,5 à celle de trait d'anxiété. Dans le cadre de cette étude, il n'a pas été possible de constater une différence entre l'anxiété de la mère, tant pour l'anxiété situationnelle que pour les traits d'anxiété, et le statut d'allaitement exclusif à quatre mois. En effet, les mères qui allaitaient exclusivement à quatre mois n'étaient pas

significativement plus anxieuses que celles qui ne pratiquaient pas l'allaitement exclusif (41(33-47) vs 43(34-51); $p=0,40$).

Enfin, une étude effectuée en France auprès de 247 dyades mères-enfants a permis de constater que les mères plus anxieuses à 48 heures sont plus nombreuses à allaiter à six mois (Courtois, et al., 2012). Dans le cadre de cette étude, l'anxiété a été mesurée à 48 heures et à six mois à l'aide de la sous-échelle de l'anxiété situationnelle du *STAI* (Spielberger, 1983). Les mères de cette étude étaient très peu anxieuses avec des résultats au *STAI* de 33,84 à 48 heures et de 34,58 à six mois. De plus, 80,7 % des participantes possédaient une formation de niveau universitaire et 66,2 % possédaient un revenu supérieur à 35 000 euros, ce qui est l'équivalent d'environ 47 000 \$ canadiens. Dans le cadre de cette étude, une analyse de régression logistique a permis d'identifier l'anxiété maternelle à 48 heures comme étant un facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement à six mois ($p=0,002$). Afin d'expliquer ces résultats qui semblent être à l'opposé de ce que l'on retrouve dans la littérature, les auteurs soulèvent l'hypothèse que les mères à 48 heures vivent plus d'anxiété du fait qu'elles doivent apprivoiser l'allaitement maternel. En effet, dans les premières heures de vie, la mère doit se familiariser notamment avec tout ce qui touche l'aspect technique et relationnel de l'allaitement.

Outre les impacts sur l'intention d'allaiter, l'initiation de l'allaitement, l'administration de compléments de même que les problèmes d'allaitement, les données disponibles suggèrent aussi un lien entre l'anxiété de la mère et la durée de l'allaitement. Il importe donc de poursuivre cette investigation afin de former un corpus de connaissances qui permettra de guider la mise en place de stratégies qui tiennent compte de l'influence de l'anxiété de la mère sur la durée de l'allaitement. La présente étude s'inscrit tout à fait dans ce courant et propose d'examiner l'influence de l'anxiété de la mère sur la poursuite de l'allaitement à six mois. D'autre part, certaines études, qui font d'ailleurs l'objet de la section suivante, rapportent que l'anxiété de la mère aurait aussi un impact sur le niveau de sensibilité maternelle.

2.4 ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET SENSIBILITÉ MATERNELLE

L'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle sont deux concepts qui ont été identifiés comme ayant un impact sur la poursuite de l'allaitement. Dans la littérature, il a été possible de constater que plusieurs études ont exploré la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle; d'ailleurs un résumé de ces articles est présenté à l'annexe V. Ces études ont permis de constater que l'anxiété de la mère influence négativement la sensibilité maternelle. Cette section présente brièvement ces études de même que leurs résultats. Parmi les études répertoriées, quelques-unes se sont intéressées à la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle dans la perspective du développement de l'enfant. Une autre étude a pour sa part examiné cette relation auprès d'une clientèle plus vulnérable, soit celle des mères dépressives alors qu'une autre s'est plutôt intéressée aux mères qui allaitent.

Certaines études telles que celle de Feldman et ses collègues (2009) ont été réalisées dans le but d'examiner l'effet de l'anxiété de la mère sur la sensibilité maternelle dans une perspective du développement de l'enfant. Dans le cadre de cette étude, 100 dyades mères-enfants ont été recrutées. Les mères de cet échantillon étaient âgées en moyenne 30 ans et détenaient près de 12 années de scolarité. L'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle ont été mesurées respectivement au sixième et neuvième mois suivant la naissance. Le *STAI* (Spielberger, 1983) est l'instrument qui a été utilisé pour évaluer l'anxiété de la mère. La sensibilité maternelle a plutôt été évaluée par l'observation d'interactions entre la mère et son enfant à l'aide du *Coding Interactive Behavior* (Feldman, 1998). À la suite des analyses effectuées, les auteurs ont observé que les mères anxieuses présentent un niveau de sensibilité maternelle plus bas que celles qui ne sont pas anxieuses (3,87(ÉT : 0,92) vs 4,08(ÉT: 0,95); $p < 0,05$) (Feldman, et al., 2009).

Par ailleurs, Kim et ses collaborateurs (2013) se sont intéressés pour leur part à la relation entre le niveau d'anxiété des parents et la sensibilité parentale. Cette étude a permis de recruter 59 parents, dont 31 mères et 28 pères. Dans cet échantillon, qui regroupait des

primipares et des multipares, la moyenne d'âge était de près de 34 ans et plus de 90 % d'entre eux possédaient une scolarité de niveau collégial ou plus. L'anxiété a été mesurée entre la deuxième et la quatrième semaine ainsi qu'entre le troisième et quatrième mois suivant la naissance alors que la sensibilité parentale a plutôt été évaluée à trois mois postpartum. L'instrument de mesure utilisé pour déterminer le niveau d'anxiété est le *STAI* (Spielberger, 1983) alors que la sensibilité parentale a plutôt été examinée par l'observation à l'aide du *Coding Interactive Behavior* (Feldman, 1998). Les résultats de cette étude ont permis d'établir que l'anxiété de la mère serait inversement reliée à la sensibilité maternelle ($p < 0,05$). Chez les pères, il semble plutôt que ce soit l'inverse, de telle sorte que les pères plus anxieux seraient plus sensibles ($p < 0,05$). Les auteurs suggèrent que le fait qu'un père présente de l'anxiété peut démontrer que celui-ci s'implique davantage envers son enfant.

Nicol-Harper et ses collègues (2007) ont pour leur part examiné l'impact de l'anxiété à la période périnatale sur la contribution de la mère dans la relation mère-enfant en observant notamment la sensibilité maternelle. Dans le cadre de cette étude, 64 mères ainsi que leurs enfants âgés entre 10 et 14 mois ont été recrutés. L'échantillon était composé de primipares et de multipares dont la moyenne d'âge était de 33 ans. L'anxiété maternelle a été évaluée à l'aide du *STAI* (Spielberger, 1983) alors que la sensibilité maternelle a pour sa part été évaluée lors d'une séance de jeux filmée au domicile de la participante. Les résultats ont permis de démontrer que les mères présentant un niveau d'anxiété élevé étaient moins sensibles dans leurs interactions avec leur enfant comparativement à celles qui possédaient un niveau d'anxiété faible (3,43(ÉT : 0,75) vs 3,82(ÉT : 0,56); $p < 0,05$).

Une autre étude a porté sur l'impact de l'anxiété sur l'interaction mère-enfant auprès d'une clientèle de mères dépressives (Field et al., 2005). Dans le cadre de cette étude, différentes composantes de la sensibilité maternelle ont été évaluées à travers l'interaction mère-enfant telles que la proximité physique et la communication par exemple. Cette étude a été effectuée auprès d'un échantillon de 16 dyades mères-enfant dont la majorité provenait de la classe moyenne. L'anxiété maternelle de même que la relation mère-enfant ont été évaluées dans le troisième mois suivant la naissance de l'enfant. Dans le cadre de

cette étude, l'anxiété maternelle a été mesurée à l'aide du *STAI* (Spielberger, et al., 1970). De plus, l'évaluation de l'interaction mère-enfant s'est effectuée par l'observation d'une séance de jeux libres. D'une part, cette étude n'a pas permis de déceler de différence concernant la proximité physique entre les mères dépressives selon le niveau d'anxiété de telle sorte que les mères plus anxieuses touchaient leur enfant aussi fréquemment que celles qui étaient moins anxieuses. Mentionnons que la forme de toucher ayant été évaluée n'a pas été documentée. D'autre part, il a été possible d'observer que les mères dépressives qui avaient un niveau d'anxiété élevé passaient significativement moins de temps à sourire à leur enfant ($F=4,07$, $p<0,05$), à le regarder ($F=3,97$, $p<0,05$), à jouer avec lui ($F=4,11$, $p<0,05$) et à l'imiter ($F=4,04$, $p<0,05$), bref à communiquer avec leur enfant, que celles qui avaient un niveau d'anxiété faible.

L'étude de Courtois et de ses collaborateurs (2012) est la seule recensée à s'être intéressée à la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité auprès d'un échantillon de mères qui allaitent. Dans cette étude, un échantillon de 247 dyades mères-enfants a été constitué. Parmi les mères recrutées, la majorité (80 %) possédait un niveau de scolarité universitaire et la moyenne d'âge était de 31 ans. L'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle ont été évaluées à 48 heures, et à un, trois et six mois à l'aide du *STAI* (Spielberger, 1983) et de l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). Les résultats ont permis de démontrer qu'à chacun des temps de mesure soit à 48 heures ($r_s=0,254$; $p=0,000$), à un mois ($r_s=0,312$; $p=0,000$), à trois mois ($r_s=0,331$; $p=0,000$) et à six mois ($r_s=0,407$; $p=0,000$), les mères qui étaient plus anxieuses présentaient une sensibilité plus faible.

De plus, une synthèse des écrits portant sur la sensibilité maternelle a été effectuée par Hyunjeong et ses collègues (2008). Dans le cadre de cette synthèse des écrits, 54 articles ont été analysés. Les auteurs ont entre autres examiné les facteurs qui semblent affecter la sensibilité maternelle. L'anxiété de la mère a été identifiée comme étant un facteur qui influencerait négativement la sensibilité maternelle. En effet, à la suite de

l'analyse de plusieurs études portant sur le sujet, il semble que les mères qui ont un niveau d'anxiété élevé sont plus sujettes à être moins sensibles.

Bien que plusieurs études aient investigué la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle, une seule parmi les études répertoriées a étudié cette relation chez les mères qui allaitent. Il importe donc de poursuivre les recherches auprès de cette clientèle. C'est dans cette optique que le présent projet s'est intéressé à cette relation afin d'étudier davantage cette relation et de mieux la documenter. Avant d'aborder le prochain chapitre qui présente le cadre de référence ayant permis de guider l'ensemble de ce projet de recherche, voici un rappel du but et des questions de recherche de cette étude.

But de la présente étude :

- Comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé.

Questions de recherche :

- Y a-t-il une différence entre la sensibilité des mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ?
- Y a-t-il une différence entre l'anxiété vécue par les mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ?
- Quelle est la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle au cours des six premiers mois de vie de l'enfant?

Question complémentaire :

- Quels sont les facteurs qui permettent de prédire la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois de vie de l'enfant?

CHAPITRE 3

CADRE DE RÉFÉRENCE

3.1 CARING

Ce troisième chapitre présente le cadre de référence utilisé pour encadrer le présent projet de recherche. Le cadre de référence retenu afin de guider l'étude principale et la présente étude est celui du *caring* développé par madame Jean Watson. Ce chapitre présente le *caring* ainsi que la façon dont ce dernier a influencé ce projet.

Tout d'abord, notons qu'un cadre de référence permet d'avoir une vision globale plus claire d'un phénomène et peut être utile pour résoudre des problèmes conceptuels ou empiriques en sciences infirmières et dans les sciences en général (Watson, 2012). Le *caring* a été développé par madame Watson entre 1975 et 1979 dans le but d'apporter un sens aux sciences infirmières et de démontrer que la discipline infirmière est unique (Watson, 2008). Au fil des ans, le *caring* a été de plus en plus connu et reconnu faisant en sorte qu'il est maintenant l'un des cadres de référence les plus courants au Québec en sciences infirmières (Paquette-Desjardins & Sauvé, 2008).

Le cadre de référence de Watson propose une orientation existentielle, phénoménologique et spirituelle (Watson, 2012). Selon Watson, le *caring* est l'essence même de la discipline infirmière (Watson, 2008). Il fait également référence au fait de faciliter et de soutenir la personne en respectant ses valeurs, ses croyances, son mode de vie de même que sa culture (Watson, 2008).

Le *caring* adopte une vision profondément holistique de l'être humain, il vise un état d'harmonie entre le corps, l'âme et l'esprit (Watson, 2012). Ce cadre de référence permet de considérer la personne dans toute sa globalité incluant le côté physique, esthétique ainsi que le domaine moral (Watson, 2012). D'ailleurs, l'infirmière exerçant

selon le *caring* doit considérer les sentiments et les pensées de la personne en plus de ses besoins physiques.

Le *caring* propose également des soins infirmiers profondément ancrés dans les sciences et l'art d'une pratique professionnelle visant à préserver la dignité humaine, la promotion de la santé ainsi que la guérison dans l'harmonie du corps, de l'âme et de l'esprit (Watson, 2012). Ce projet d'étude, qui s'intéresse aux facteurs influençant la poursuite de l'allaitement, s'inscrit spécialement dans le volet de la promotion de la santé tel que proposé par le *caring*.

Le *caring* présente également des processus de *caritas* clinique afin de guider la pratique. À l'origine, le *caring* était composé de dix facteurs *caratifs* (*carative factors*). Au fil du temps, ce dernier a évolué et subi quelques modifications faisant en sorte que l'on ne parle plus de facteurs *caratifs*, mais plutôt de processus de *caritas* clinique (*caritas process*) (Watson, 2008). Ce changement dans la terminologie a été effectué afin d'apporter une plus grande ouverture dans laquelle ces facteurs peuvent être considérés. De plus, les processus de *caritas* cliniques facilitent l'application et la mise en pratique par l'infirmière du *caring* (Watson, 2008).

3.1.1 Influence du *caring* dans la présente étude

Le *caring* est un cadre de référence de choix pour encadrer le présent projet puisqu'il propose une façon humaine et relationnelle de prendre soin. C'est pourquoi dans un contexte d'allaitement celui-ci prend tout son sens. D'ailleurs, les prochaines sections démontrent comment le *caring* s'intègre bien à ce projet de recherche et comment il l'influence. De plus, la figure 1 ci-dessous permet de schématiser l'application du *caring* dans le contexte de l'allaitement maternel.

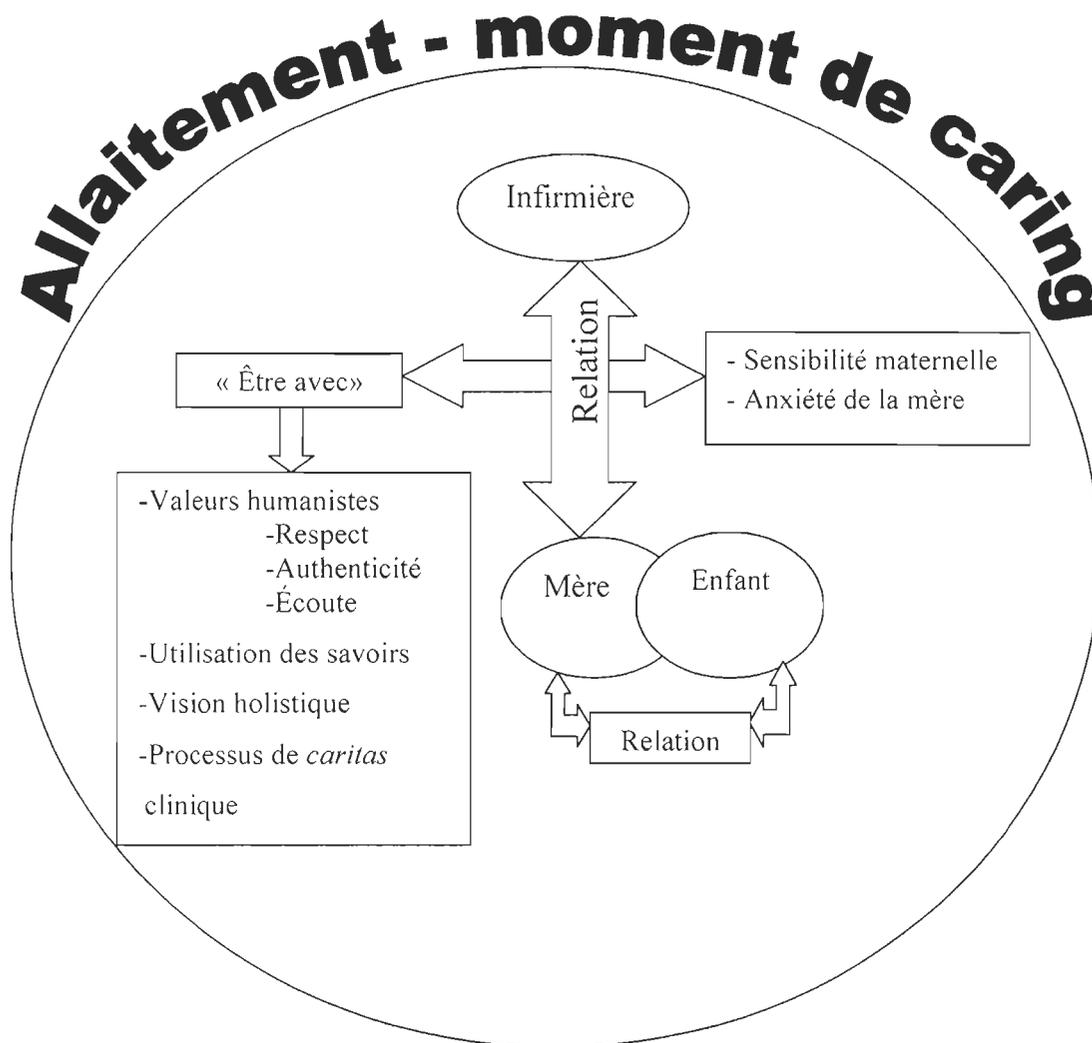


Figure 1 : Application du modèle du *caring* dans le contexte de l'allaitement maternel, inspirée de Watson

3.1.2 Moment de *caring*

Comme la figure 1 le démontre, l'allaitement est un moment de *caring*, c'est-à-dire un moment où l'infirmière et la mère se rencontrent avec leur histoire de vie et leur champ phénoménal unique dans une transaction d'humain à humain (Cara & O'Reilly, 2008).

3.1.3 Relation en contexte d'allaitement

Lorsque l'on regarde la figure 1, il est possible d'observer une relation entre la mère et son enfant de même qu'entre la mère et l'infirmière. En effet, l'allaitement est un contexte interactionnel privilégié entre la mère et son enfant notamment grâce à la proximité physique qu'il procure. Le contexte de l'allaitement maternel constitue également un moment particulier où l'infirmière entre en relation avec la mère. Que ce soit lors d'une brève rencontre ou encore dans le cadre d'une intervention plus longue, il est essentiel que l'infirmière profite de chaque instant pour échanger, pour être à l'écoute et entrer en relation avec la mère. Pour une relation empreinte de *caring*, il est essentiel que l'expérience d'« Être avec » soit au cœur de chaque relation entre l'infirmière et la mère.

3.1.4 « Être avec »

L'infirmière qui expérimente le fait d'« Être avec » la mère qui allaite s'engage dans une relation profonde qui va au-delà du soin physique associé aux problèmes d'allaitement par exemple. Cette relation profonde et unique facilite l'observation de l'anxiété de la mère et de la sensibilité maternelle envers son enfant.

Pour parvenir à « Être avec » la mère qui allaite, il est primordial que l'infirmière adopte des valeurs humanistes telles que le respect, l'authenticité ainsi que l'écoute empreinte d'humanisme (O'Reilly & Cara, 2010).

À cet effet, l'infirmière utilise toutes ses sources de savoir et accorde une importance particulière au savoir-être (St-Germain, Blais, & Cara, 2008). En effet, lorsqu'une mère est anxieuse par exemple, il importe que l'infirmière soit respectueuse, authentique et à l'écoute de ce que vit la mère, ce qui fait appel à son savoir-être. De plus, l'infirmière doit utiliser son savoir scientifique de même que son savoir empirique pour être en mesure de déterminer l'intervention à effectuer. Elle doit également utiliser son

savoir-faire pour lui enseigner des techniques de respiration ainsi que des techniques d'allaitement par exemple.

Pour « Être avec » la mère, l'infirmière doit adopter une vision holistique de celle-ci en la considérant dans toute sa globalité, mais également avec son potentiel illimité (O'Reilly & Cara, 2010).

De plus, l'utilisation des processus de *caritas* clinique par l'infirmière facilite l'établissement de relations empreintes de *caring*. Bien que les processus de *caritas* clinique aient servi à guider l'ensemble du projet de recherche, certains processus sont davantage sollicités lorsque l'infirmière entre en relation avec une mère qui allaite et qu'elle doit observer l'anxiété et la sensibilité maternelle.

En effet, afin d'être en mesure de faire une bonne observation, il importe que l'infirmière établisse une relation de confiance avec la mère. L'établissement d'une telle relation est très important selon le *caring*, elle fait d'ailleurs l'objet du quatrième processus de *caritas* clinique qui concerne « Le développement et le maintien d'une relation d'aide-confiance empreinte de *caring* » (Watson, 2008). L'établissement d'une bonne relation entre l'infirmière et la mère est vraiment essentiel dans le cadre de ce projet puisque cela favorise des échanges empreints d'authenticité et facilite l'observation de l'anxiété de la mère ainsi que de la sensibilité maternelle. Il est primordial que l'infirmière soit conscientisée à l'importance de développer une relation de confiance avec la mère. C'est grâce notamment à une bonne capacité d'écoute et d'empathie de même qu'une attitude d'ouverture et de non-jugement que l'infirmière peut accéder à cette relation privilégiée avec la mère.

Cette relation privilégiée entre la mère et l'infirmière permet de créer un environnement propice à des échanges empreints d'authenticité et de sincérité profonde. La mère peut ainsi s'exprimer en toute liberté sans peur d'être jugée ou incomprise, ce qui rejoint le cinquième processus de *caritas* clinique qui traite de « la « présence à » et « le soutien de l'expression des sentiments positifs et négatifs ». (Watson, 2008). C'est d'ailleurs dans ce contexte que l'infirmière pourra effectuer une observation plus juste de l'anxiété de la mère. Une meilleure observation permettra par la suite à l'infirmière

d'apporter un meilleur soutien et d'intervenir plus efficacement auprès de la mère anxieuse qui allaite.

De plus, le développement d'une relation de confiance s'appuie non seulement sur la capacité de l'infirmière à assurer une « présence à » la mère qui allaite, mais aussi à la capacité de l'infirmière ainsi que de la mère à s'engager et à s'investir dans cette relation. Il importe également que la mère s'engage dans la relation avec son enfant pour favoriser une relation mère-enfant authentique. C'est ce que mentionne le septième processus de *caritas* clinique qui se définit comme suit : « L'engagement dans une expérience d'enseignement-apprentissage authentique qui s'intéresse à l'unité de l'être et à la signification » (Watson, 2008). L'infirmière qui travaille en périnatalité, spécialement dans le contexte de l'allaitement, doit éviter de se placer dans un rôle de spécialiste par rapport à la mère. Elle doit favoriser chez la mère un sentiment de confiance et de compétence face à son nouveau rôle qui crée d'ailleurs un environnement propice pour renforcer et augmenter la sensibilité maternelle. L'infirmière doit également insister sur le fait que la mère est la personne qui connaît le mieux son enfant. Cette façon d'interagir favorise des échanges bidirectionnels entre l'infirmière et la mère ainsi qu'entre la mère et son enfant. Cela fait en sorte de promouvoir l'établissement d'une relation réciproque dans laquelle l'infirmière est ouverte à la mère et la mère à son enfant.

En somme, le *caring* a guidé l'ensemble de ce processus de recherche. L'utilisation de ce modèle centré sur l'humanisme des soins ainsi que sur l'aspect relationnel était tout à fait indiqué dans le cadre de cette étude portant sur l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle en contexte d'allaitement. Le chapitre suivant expose la méthodologie ayant été utilisée dans le cadre de la présente étude.

CHAPITRE 4

MÉTHODE

Ce quatrième chapitre porte sur la méthodologie de la recherche ayant été retenue pour répondre aux questions de recherche formulées dans le cadre de cette étude. Pour débiter, comme ce projet utilise des données secondaires, une brève présentation de l'étude principale est effectuée, suivie d'une description plus détaillée de la présente étude. Celle-ci comprend la présentation du devis, du milieu, de la population cible et de l'échantillon, du recrutement des participantes ainsi que de la collecte des données. Pour sa part, la troisième section porte plus spécifiquement sur la codification des variables ainsi que sur les instruments de mesure utilisés. Par la suite, un plan d'analyse des données sera décrit suivi des considérations éthiques du projet proposé.

4.1 ÉTUDE PRINCIPALE

D'entrée de jeu, il est important de spécifier que le projet proposé est effectué à partir de données recueillies dans le cadre d'une vaste étude effectuée par Lacombe, Bell et Lacharité (2011). L'étude principale s'intitulait : « Évaluation d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel chez les primipares vivant dans le territoire du Grand Littoral ». Comme son titre l'indique, le principal but de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel basé sur l'éveil à la sensibilité maternelle auprès des mères primipares vivant sur le territoire du Grand Littoral. L'étude comportait cinq temps de mesure : 48 heures, un mois, deux mois, quatre mois et six mois après la naissance de l'enfant. Dans le cadre de cette étude, un devis quasi expérimental fut utilisé.

Afin de répondre aux questions de recherche avec une puissance statistique de 80 % et un coefficient alpha de 5 %, un échantillon de 100 mères était nécessaire dont la moitié constituait le groupe expérimental alors que l'autre moitié composait le groupe témoin. Dans la perspective de tenir compte de l'attrition possible, 113 mères ont été recrutées et 106 mères ont participé à l'étude en répondant au moins à un questionnaire. Les mères du groupe témoin recevaient le suivi postnatal régulier avec les méthodes habituelles. Le groupe expérimental était pour sa part divisé en deux sous-groupes, l'un ayant une visite postnatale et l'autre deux. Le premier sous-groupe était donc exposé à l'intervention de soutien à l'allaitement par l'infirmière lors de la visite postnatale dans les jours suivant le retour à la maison. Le deuxième sous-groupe du groupe expérimental était quant à lui exposé à la même intervention que le premier sous-groupe dans les jours suivants le retour à la maison, mais était en plus exposé une deuxième fois à l'intervention de soutien à 15 jours de vie de l'enfant.

Ce projet de recherche, qui a permis de recueillir une grande quantité de données, fut le point de départ pour l'étude proposée dans le cadre de ce mémoire. En effet, l'étudiante chercheuse a décidé de s'intéresser plus spécifiquement à certaines données ayant été recueillies dans le cadre de l'étude principale. L'une des préoccupations de l'étudiante était de comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé. L'étudiante a donc utilisé certaines données sans égard au groupe auquel les mères appartenaient dans le cadre de l'étude principale.

4.2 ÉTUDE PROPOSÉE

Avant de présenter de manière plus détaillée la méthodologie qui est utilisée dans la présente étude, il importe de mentionner que l'autorisation de la chercheuse principale a été obtenue afin d'utiliser les données recueillies dans le cadre de l'étude principale présentée précédemment (voir annexe VI). De plus, une précision s'impose concernant les temps de

mesure. Bien que l'étude principale comporte cinq temps de mesure, l'étudiante chercheuse s'est pour sa part intéressée spécifiquement à trois temps de mesure soit celui de 48 heures, de deux mois et de six mois. Le choix du temps de mesure de 48 heures et de six mois s'imposait puisqu'il nous permettait d'avoir un portrait de la situation initiale ainsi que celui de la situation à six mois. Cela offrait donc la possibilité d'avoir une vision plus globale et permettait de constater l'évolution à travers le temps des différentes variables. Afin d'avoir plus de détails sur l'évolution de ces variables à travers le temps, un troisième temps de mesure, soit celui de deux mois, a été sélectionné. Celui-ci a été retenu en raison du fait que la période de deux à six semaines est reconnue comme étant une période d'adaptation à travers laquelle la mère apprend à prendre soin de son enfant et établit un lien affectif avec celui-ci (Mercer, 2004). C'est pourquoi les pages qui suivent ne traitent que de ces trois temps de mesure et non des cinq temps de mesure de l'étude initiale.

4.2.1 Devis

Une étude descriptive corrélationnelle a été effectuée afin de répondre aux questions de recherche énoncées. L'étude descriptive corrélationnelle permet de décrire le type de relation qui existe entre des variables (Burns & Grove, 2009). Ce devis s'avère tout à fait approprié puisque ce dernier permet de décrire et de comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé. De plus, il permet d'examiner la relation entre la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère. Un tel devis permet de poursuivre la phase exploratoire afin de mieux décrire et documenter ces relations. D'ailleurs, à ce sujet, dans le cadre de leur étude, Thulier et Mercer (2009) ont fait la recommandation que les variables reliées à la durée de l'allaitement devraient être étudiées davantage afin de fournir aux infirmières et aux travailleurs de la santé des données probantes sur lesquelles fonder leur pratique.

4.2.2 Milieu

Le recrutement des participantes s'est effectué au centre hospitalier affilié universitaire (CHAU) de l'Hôtel-Dieu de Lévis entre janvier et novembre 2010. Ce centre, situé dans la région de Chaudière-Appalaches, a compté plus de 1700 accouchements en 2011. En 2009, la région de Chaudière-Appalaches comptait une population de 403 011 habitants qui possèdent un niveau de scolarité ainsi qu'un revenu moyen légèrement plus faible que la moyenne québécoise (ISQ, 2010). En effet, en Chaudière-Appalaches, 21,7 % des individus possèdent un diplôme d'études secondaires ou l'équivalent alors que 14,5 % ont un certificat, un diplôme ou un grade universitaire (ISQ, 2010). À l'échelle du Québec, ces pourcentages sont respectivement de 22,3 % et 21,4 %. Le revenu par habitant est de 22 680 \$ dans la région de Chaudière-Appalaches, ce qui est en deçà de la moyenne québécoise se situant à 24 216 \$ (ISQ, 2010). Cette même tendance se reflète sur les taux d'allaitement. Les mères de Chaudière-Appalaches sont moins sujettes à allaiter de façon exclusive que la moyenne québécoise (Larose & Veilleux, 2007). En effet, dans la région de Chaudière-Appalaches, 44 % des mères allaitent de façon exclusive durant la première semaine alors qu'à cette période, la moyenne québécoise est de 52,1 % (Larose & Veilleux, 2007). Par rapport aux taux d'allaitement total de la naissance à l'âge de six mois, moins d'enfants sont allaités dans la région de Chaudière-Appalaches qu'au Québec (Larose & Veilleux, 2007). Ces caractéristiques du milieu démontrent l'importance d'agir en Chaudière-Appalaches afin de mieux comprendre les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement.

4.2.3 Population cible et échantillon

Les primipares accouchant au CHAU de l'Hôtel-Dieu de Lévis constituent la population cible de cette étude. Un échantillon non probabiliste de convenance a été constitué en recrutant 106 primipares âgées de plus de 20 ans ayant accouché au CHAU de l'Hôtel-Dieu de Lévis et demeurant dans l'une des régions desservies par le CSSS du Grand Littoral. Le calcul de la taille de l'échantillon a été validé auprès d'une statisticienne qui a utilisé le logiciel nQuery Advisor version 4.0 pour s'assurer du nombre exact de mères devant être recrutées. La taille de l'échantillon a été déterminée afin d'obtenir une puissance statistique de 80 %, un seuil alpha de 5 % et pour être en mesure de détecter une différence d'au moins 3 points sur l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) et l'*Inventaire d'anxiété situationnelle (forme Y)* de Spielberger (1983). Les mères ayant donné naissance à des jumeaux ont été exclues ainsi que celles faisant partie du programme de soutien aux jeunes parents (PSJP) et du programme Naître-égaux et Grandir en santé (NEGS) puisque ces dernières avaient déjà une relation privilégiée avec l'infirmière durant la grossesse, ce qui aurait pu être une source de biais pour l'étude. En effet, la comparaison entre les mères aurait été difficile à faire puisque les mères du programme PSJP et NEGS, contrairement aux autres mères, avaient déjà pu établir une relation de confiance avec l'infirmière avant la naissance. Le tableau 1 contient les principaux critères d'inclusion et d'exclusion.

Tableau 1 : Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mère en bonne santé ➤ Bébé né à terme (37 semaines et plus) et en bonne santé (sans besoin d'hospitalisation supplémentaire au-delà du séjour régulier en périnatalité) ➤ Accouchement sans complication ➤ Mère francophone ➤ Mère primipare ➤ Mère allaitant à la sortie de l'hôpital ➤ Mère âgée d'au moins 20 ans au moment de l'accouchement ➤ Mère vivant avec le père de l'enfant ➤ Mère qui habite sur le territoire couvert par le CSSS du Grand Littoral 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mère ayant une grossesse gémellaire ➤ Mère faisant partie du PSJP et NEGS

4.2.4 Recrutement

Avant de commencer officiellement le recrutement des participantes, la responsable de l'unité mère-enfant du CHAU de l'Hôtel-Dieu de Lévis a été rencontrée par la chercheuse principale afin de l'informer du projet de recherche, notamment par rapport au but, mais aussi pour lui exposer la nature des informations devant être collectées. Par la suite, une brève rencontre entre l'assistante de recherche, la responsable de l'unité mère-

enfant ainsi que l'assistante-infirmière-chef a eu lieu pour déterminer la façon de procéder à différents égards, soit pour le recrutement, la collecte des données aux dossiers ainsi que pour la rencontre auprès des mères. Comme l'assistante de recherche cumulait plus de 25 ans d'expérience à l'unité mère-enfant où a été effectué le recrutement, celle-ci connaissait très bien le département ainsi que sa clientèle. Lorsqu'elle arrivait sur le département d'obstétrique, l'assistante de recherche identifiait les mères potentiellement éligibles à participer au projet de recherche grâce aux critères d'inclusion. Par la suite, avant d'aller rencontrer les mères, l'assistante de recherche discutait avec les infirmières responsables des candidates potentielles afin de les informer et de leur mentionner ses intentions d'approcher les mères pour le projet de recherche. L'assistante de recherche profitait de cette occasion pour s'informer s'il y avait une situation particulière pouvant influencer le moment où elle irait rencontrer la mère pour le recrutement telle qu'une nuit difficile ou un enseignement du bain prévu par exemple. Grâce à ces brèves discussions avec les infirmières, l'assistante de recherche pouvait prévoir l'ordre à établir pour aller rencontrer les mères afin de tenir compte de l'horaire des soins. Par la suite, l'assistante de recherche allait rencontrer chacune des mères, dans les 48 heures suivant la naissance de l'enfant, afin de lui présenter le projet de recherche. Elle répondait à toutes les questions formulées par la mère puis, si cette dernière se montrait intéressée à participer à l'étude, elle lui faisait signer le formulaire de consentement (voir annexe VII) et plaçait une copie de celui-ci dans son dossier médical.

4.2.5 Collecte des données

À la suite de l'obtention du consentement de la mère ainsi que de la vérification des critères d'éligibilité, l'assistante de recherche remettait à la mère le premier questionnaire à remplir avant son départ de l'hôpital (temps 1) en prenant soin de lui indiquer l'endroit où elle devait le déposer une fois rempli. Le lendemain, l'assistante de recherche recueillait le questionnaire rempli. Si elle constatait que la mère n'avait pas remis le questionnaire,

l'assistante de recherche retournait rencontrer la mère pour valider si celle-ci avait omis de rapporter le questionnaire ou si finalement, elle avait changé d'avis et ne voulait plus participer à l'étude. Par la suite, l'assistante de recherche remplissait le formulaire de collecte de données cliniques à l'aide du dossier de la mère et de celui du bébé. Il est important de spécifier que le formulaire de consentement incluait une autorisation à consulter et recueillir des données dans les dossiers médicaux. Ensuite, une semaine avant que le bébé ait deux mois et six mois, l'assistante de recherche procédait à l'envoi postal du questionnaire correspondant au temps de mesure ainsi qu'une enveloppe-réponse pour le retour. Deux semaines plus tard, l'assistante de recherche faisait parvenir à la mère une carte postale la remerciant d'avoir rempli le questionnaire ou lui rappelant de le remplir si ce n'était pas déjà fait.

4.2.6 Définition opérationnelle des variables et des instruments de mesure

Cette section présente la codification des principales variables à l'étude, soit l'allaitement, la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère, de même que des variables secondaires. De plus, on y retrouve une description des différents instruments de mesure utilisés dans le cadre de la présente étude.

4.2.6.1 Variable dépendante

Dans le présent projet, la variable dépendante est la poursuite de l'allaitement. La définition de l'allaitement total est retenue dans le cadre de cette étude, celle-ci se définissant comme « tout type d'allaitement, qu'il soit exclusif ou partiel avec peu, moyennement ou beaucoup de lait humain » (OMS, 1991). Ce projet s'intéresse à ce type d'allaitement principalement pour des raisons de faisabilité puisque très peu de mères pratiquent l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. La poursuite de l'allaitement est évaluée

à deux mois et à six mois; cependant, elle n'est pas évaluée à 48 heures puisque l'allaitement fait partie des critères d'inclusion. La poursuite de l'allaitement a été traitée comme une variable dichotomique (voir annexe VIII), c'est-à-dire que dans le questionnaire de deux mois et de six mois, la mère devait répondre par « oui » ou par « non » à la question suivante : « Allaitiez-vous encore votre enfant?».

4.2.6.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes principales étudiées dans cette étude sont la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère.

4.2.6.2.1 Sensibilité maternelle

Dans le cadre de cette étude, la sensibilité maternelle a été examinée comme étant une variable indépendante. La définition de la sensibilité maternelle est celle proposée par Ainsworth (1978). Selon cette auteure, la sensibilité maternelle se définit typiquement en quatre compétences maternelles s'exprimant dans l'interaction mère-enfant, soit : 1) reconnaître les signaux émis par l'enfant; 2) leur accorder une signification juste; 3) offrir une réponse appropriée et 4) dans un délai raisonnable. La sensibilité maternelle a été évalué à 48 heures, à deux mois et à six mois avec *l'Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). La sensibilité maternelle a été traitée comme une variable continue (voir annexe VIII).

4.2.6.2.2 Anxiété de la mère

La définition de l'anxiété retenue pour ce projet de recherche est celle de Spielberger (1988) plus particulièrement la dimension de l'anxiété situationnelle qui, comme son nom

l'indique, fait davantage référence à une situation particulière, une situation anxiogène. L'anxiété a été évaluée à chaque temps de mesure soit à 48 heures, à deux mois et à six mois à l'aide de l'*Inventaire d'anxiété situationnelle* (Spielberger, 1983). L'anxiété de la mère a été considérée comme une variable continue (voir annexe VIII).

4.2.6.3 *Variables indépendantes secondaires*

Les variables indépendantes secondaires étudiées dans le cadre de cette étude sont nombreuses et ont été recueillies de différentes façons. En effet, l'âge de la mère, l'état civil, la scolarité, le revenu familial, le tabagisme, l'intention d'allaiter, le type d'accouchement, l'analgésie, la chirurgie mammaire, le contact peau à peau, la cohabitation, les difficultés d'allaitement, les cours prénataux, l'objectif d'allaitement de même que le soutien ont tous été considérés à titre de variables secondaires. De plus, l'âge gestationnel, le poids de l'enfant, l'Apgar, le sexe et l'administration de compléments figuraient également parmi les variables secondaires examinées. La codification de celles-ci est présentée à l'annexe VIII. Afin de recueillir des données concernant ces variables, l'équipe de recherche a conçu un formulaire de collecte de données cliniques afin que l'assistante de recherche puisse recueillir des données cliniques dans les dossiers médicaux de la mère et de son enfant (voir annexe IX). De plus, la mère devait remplir un questionnaire, également conçu par l'équipe de recherche, à chaque temps de mesure : à 48 heures (voir annexe X), à deux mois (voir annexe XI) et à six mois (voir annexe XII). À travers ces questionnaires, plusieurs questions permettaient d'évaluer les variables secondaires. Le soutien du conjoint et de l'entourage était quant à lui évalué avec le *Support Behavior Inventory* (Brown, 1986) qui se retrouvait dans chaque questionnaire, et ce, aux différents temps de mesure.

4.2.6.4 *Formulaire de collecte des données*

Le formulaire de collecte de données cliniques permettait de colliger des données concernant la mère, soit son âge, son niveau de scolarité de même que son état civil. De plus, des informations concernant la grossesse ont été recueillies, soit le nombre de semaines de gestation au moment de la naissance, le type d'accouchement et d'analgésie reçu. D'autres données, plus en lien avec le bébé, telles que le sexe, le poids, l'Apgar à la naissance ainsi que le fait qu'il ait reçu un complément lors de son séjour à l'hôpital furent également consignées (voir annexe IX).

4.2.6.5 *Questionnaire temps 1 (48 h)*

Le premier questionnaire (voir annexe X) était rempli par les mères lors de leur séjour à l'hôpital, plus spécifiquement dans les 48 heures suivant la naissance de l'enfant. Dans ce questionnaire, une multitude de renseignements concernant notamment les cours prénataux, le contact peau à peau, la cohabitation, le revenu familial et le tabagisme chez la mère ont été recueillis. Un questionnaire portant sur les données cliniques de l'allaitement figurait également dans ce premier questionnaire, ce qui permettait notamment recueillir de l'information sur l'intention d'allaiter, sur l'objectif d'allaitement de même que sur les problèmes d'allaitement. De plus, trois échelles figuraient dans ce questionnaire, soit celle de l'anxiété, de la sensibilité maternelle ainsi que celle du soutien. Une brève présentation de ces échelles est faite plus spécifiquement au point 4.2.6.6.

4.2.6.6 *Questionnaires temps 2 (2 mois) et temps 3 (6 mois)*

Les questionnaires remplis à deux mois (temps 2) (voir annexe XI) et à six mois (temps 3) (voir annexe XII) étaient identiques. Ces derniers ont permis de colliger des informations concernant l'état civil, le tabagisme chez la mère ainsi que le retour au travail.

Le questionnaire concernant les données cliniques de l'allaitement figurait également dans ce questionnaire permettant ainsi d'obtenir de l'information concernant la durée d'allaitement, l'atteinte de l'objectif d'allaitement et les raisons pour cesser l'allaitement. Les instruments de mesure présentés plus en détail ci-dessous portant sur la sensibilité maternelle, l'anxiété de la mère ainsi que sur le soutien social, faisaient également partie de ces deux questionnaires.

4.2.6.7 Instruments de mesure

Cette section présente plus en détail les instruments de mesure utilisés dans le cadre du présent projet soit l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004), l'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y)* (Spielberger, 1983) de même que le *Support Behavior Inventory* (Brown, 1986).

4.2.6.7.1 Sensibilité maternelle

La sensibilité maternelle est évaluée à l'aide de l'*Échelle de sensibilité maternelle* qui comprend cinq sous-échelles : 1) la découverte; 2) le contact affectif; 3) la proximité physique; 4) la communication et 5) l'engagement (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). Le questionnaire autoadministré comprend 33 énoncés avec une échelle de réponse de type Likert en cinq points allant de « tout à fait d'accord » à « tout à fait en désaccord » dont certains items sont inversés. Le résultat final peut varier entre 33 et 165. Toutefois, il est à noter que dans le cadre de cette étude, afin d'avoir un portrait plus détaillé de chaque composante, la moyenne de l'ensemble des questions se rapportant à chacune des composantes a été calculée. Par la suite, à partir de ces moyennes, la médiane de chaque composante a été mesurée et présentée du fait que cette variable ne se distribuait pas normalement, ce qui explique que dans le chapitre des résultats le score pour chaque composante peut varier entre 1 et 5. À l'aide de cet instrument, plus le score obtenu est

faible, plus la sensibilité maternelle est élevée. De plus, dans le cadre de la présente étude, la sensibilité maternelle est traitée comme une variable continue. Cette échelle possède une consistance interne variant de 0,54 à 0,83 (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) et est complétée à chaque temps de mesure, soit 24-72 heures, deux et six mois. Sa validation de contenu a été établie dans le cadre de plusieurs études (Courtois, et al., 2012; Doyon, 2010; Ferland, 2011; Lacombe & Bell, 2010).

4.2.6.7.2 Anxiété de la mère

L'anxiété de la mère est évaluée à l'aide de la sous-échelle traitant de l'anxiété situationnelle de l'*Inventaire d'anxiété situationnelle et de trait d'anxiété (forme Y)* de Spielberger (1983) traduit en français par Gauthier et Bouchard (1993). À noter que dans le présent projet, l'étudiante chercheuse s'est intéressée uniquement à l'anxiété situationnelle. Cet instrument de mesure, abondamment utilisé en recherche pour évaluer l'anxiété, prend la forme d'un questionnaire autoadministré. La sous-échelle évaluant l'anxiété situationnelle comprend 20 énoncés tels que : « Je suis triste » et « Je me sens à l'aise ». Les énoncés sont évalués avec des échelles de réponse de type Likert en quatre points variant de « pas du tout » à « beaucoup ». De plus, parmi les 20 énoncés, dix sont formulés négativement. Le résultat final peut varier entre 20 et 80 : plus le score est élevé, plus le niveau d'anxiété est élevé. À noter que l'auteur de cet instrument ne propose pas de score seuil permettant de catégoriser les niveaux d'anxiété. La version française de l'échelle d'anxiété situationnelle possède un alpha Cronbach de 0,90, ce qui est relativement semblable à celui obtenu par la version originale anglaise qui étaient de 0,86 pour les hommes et de 0,94 pour les femmes. Dans le cadre d'une étude portant sur des parents primipares, l'échelle a démontré une consistance interne de 0,91 pour les mères et de 0,83 pour les pères (de Montigny, 2002). Dans la présente étude, l'anxiété est traitée comme une variable continue et est mesurée à chaque temps de mesure, soit à 48 heures, à deux et à six mois.

4.2.6.7.3 Soutien social

Le soutien social, informel et formel, a été traité comme une variable secondaire dans ce projet, ce dernier a été évalué à l'aide du *Support Behavior Inventory* développé par Brown (1986). Cet instrument, traduit en français par Goulet et ses collègues (2003), prend la forme d'un questionnaire autoadministré comprenant 11 questions répondues à l'aide d'une échelle de type Likert en six points. Les choix de réponse pour les différentes questions vont de « très insatisfait » (1) à « très satisfait » (6) pour un résultat final variant entre 11 et 66. Dans le présent projet, ce sont les moyennes qui ont été évaluées, c'est pourquoi les résultats varient entre 1 et 6. À noter que dans les questionnaires envoyés aux participantes, l'échelle avait été inversée de telle sorte que très insatisfait référait à six alors que très satisfait référait à un. Les résultats obtenus à chacune des questions ont tous été inversés avant de procéder aux analyses statistiques afin de respecter la légende originale. Plus le score final est élevé, plus une mère est satisfaite du soutien qu'elle reçoit de son conjoint et de son entourage immédiat. Cet outil possède une bonne validité avec un alpha Cronbach de 0,97 alors que la fidélité évaluée grâce au test-retest est de 0,83 (Goulet, et al., 2003).

Le tableau 2 permet de visualiser à quel temps de mesure les variables principales ont été collectées.

Tableau 2 : Classification des variables principales en fonction des temps de mesure

Temps	Variables		
	Variable dépendante	Variables indépendantes	
	Poursuite de l'allaitement	Sensibilité maternelle	Anxiété de la mère
Temps 1 48 heures		√	√
Temps 2 2 mois	√	√	√
Temps 3 6 mois	√	√	√

4.2.7 Plan d'analyse des données

Différentes analyses ont été effectuées afin de répondre aux questions de recherche de même qu'à la question complémentaire. Ces analyses ont été réalisées grâce au logiciel SPSS version 17. De façon plus détaillée, voici les analyses effectuées pour répondre à la première question de recherche à savoir : Y a-t-il une différence entre la sensibilité des mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ? Puisque la sensibilité maternelle ne suit pas une courbe normale, des analyses non paramétriques, soit des tests de Mann-Withney, ont été effectuées afin de comparer la sensibilité maternelle des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à deux et six mois comparativement à celle des mères qui cessent avant deux et six mois.

Pour répondre à la deuxième question de recherche qui cherchait à évaluer la différence entre l'anxiété vécue par les mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé, des analyses non paramétriques ont également été réalisées. La variable de l'anxiété de la mère ne se distribue pas normalement, c'est pourquoi des tests de Mann-Withney ont été faits.

Concernant la troisième question de recherche s'intéressant à la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle au cours des six premiers mois de vie de l'enfant, qui ont toutes deux été traitées comme des variables continues, des corrélations de Spearman ont été effectuées.

Pour ce qui est de la question complémentaire qui cherchait à déterminer quels sont les facteurs qui permettent de prédire la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois de vie de l'enfant, une analyse de régression logistique a été réalisée. La méthode utilisée pour l'analyse de régression logistique est la méthode pas-à-pas ou *stepwise*. Cette méthode a été retenue puisqu'elle permet d'entrer une à une les variables dans le modèle, ce qui permet ainsi de vérifier quel est l'effet réel de la variable lorsque l'on contrôle pour différentes

variables. Par ailleurs, afin de déterminer les variables à introduire dans le modèle de régression, des analyses secondaires paramétriques (T-test) et non paramétriques (Khi², test de Mann-Whitney) ont été effectuées.

4.2.8 Considérations éthiques

L'étude initiale a obtenu l'approbation du comité d'éthique de la recherche de l'UQAR (voir annexe XIII) ainsi que celui du CHAU de l'Hôtel-Dieu de Lévis (voir annexe XIV), centre hospitalier où a été effectué le recrutement des participantes. Le projet initial comportait une intervention effectuée par les infirmières du CSSS du Grand Littoral. Puisque ce dernier ne possède pas de comité d'éthique, c'est le comité d'éthique du CSSS de la Vieille-Capitale qui a émis un certificat éthique (voir annexe XV). De plus, pour pouvoir utiliser les données secondaires recueillies dans le cadre de l'étude initiale, l'étudiante chercheuse a obtenu le consentement du comité d'éthique de l'UQAR (voir annexe XVI). Dans le but d'obtenir le consentement éclairé de la participante, le formulaire de consentement contient des explications claires et précises en ce qui a trait au but de l'étude, à son déroulement ainsi qu'aux mesures mises en place pour assurer la confidentialité. Afin d'obtenir un consentement libre, une mention est également faite dans le formulaire de consentement à l'effet que la participation à l'étude est tout à fait volontaire et que les mères sont libres de se retirer à n'importe quel moment. De plus, les données sont conservées de façon sécuritaire et confidentielle. À cet effet, l'ensemble des données est conservée sous clé à l'UQAR, seul le personnel de l'équipe de recherche pouvant y avoir accès. Par ailleurs, les questionnaires utilisés sont numérotés de sorte qu'aucun nom n'y figure, permettant ainsi de constituer la base de données à partir de données dénominalisées. Cette procédure contribue également à assurer l'anonymat des participantes dans le cadre de présentations et de publications futures.

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

Ce cinquième chapitre présente les résultats obtenus à la suite des analyses effectuées pour répondre aux questions de recherche suivantes ainsi qu'à la question complémentaire :

- Y a-t-il une différence entre la sensibilité des mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ?
- Y a-t-il une différence entre l'anxiété vécue par les mères poursuivant l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles ayant cessé ?
- Quelle est la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle au cours des six premiers mois de vie de l'enfant?

Question complémentaire :

- Quels sont les facteurs qui permettent de prédire la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois de vie de l'enfant ?

Tout d'abord, la première section porte sur la participation à l'étude. La deuxième partie, quant à elle, examine les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des mères alors que la troisième présente les caractéristiques des bébés. Dans la quatrième section, les taux d'allaitement selon les différents temps de mesure sont rapportés. Par la suite les résultats de la sensibilité maternelle et celles de l'anxiété de la mère sont présentées. La section suivante traite pour sa part de la sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement. Dans la huitième partie, il est question de l'anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement. La neuvième section a pour objet la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle. Puis, pour terminer, la dernière section traite des facteurs prédictifs à la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois.

5.1 PARTICIPATION À L'ÉTUDE

Au départ, 113 mères ont accepté de participer à l'étude parmi lesquelles 106 ont rempli le premier questionnaire à 48 heures de vie. Les six mères ayant accepté de faire partie de l'étude, mais n'ayant pas rempli le premier questionnaire ont été exclues. À deux mois, 98 mères ont répondu au questionnaire alors qu'à six mois, ce sont 93 mères qui l'ont fait. Il est impossible d'avoir un portrait des mères ayant refusé de faire partie du projet parce qu'aucune donnée n'a été recueillie concernant la non-participation à l'étude. La figure 2 de la page suivante permet de visualiser le nombre de participantes pour chaque temps de mesure.

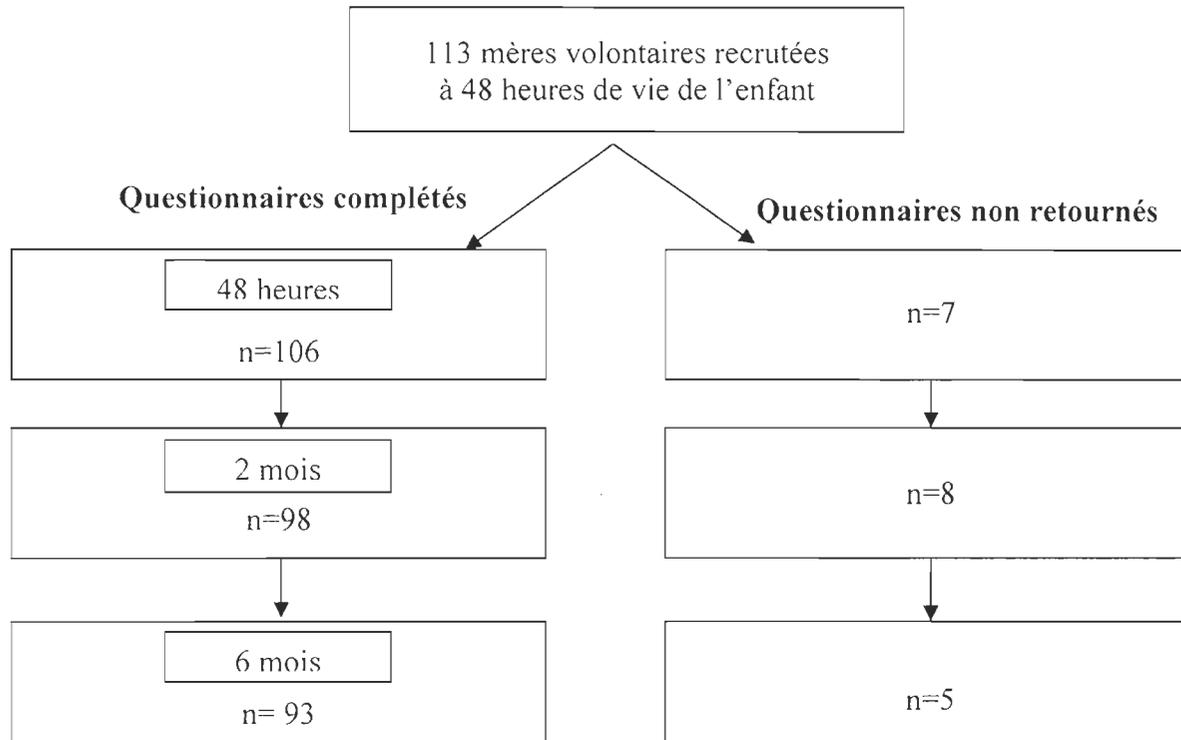


Figure 2 : Taux de participation de la naissance à six mois

5.2 CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES ET SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES MÈRES

Les mères participant à l'étude sont des primipares qui ont accouché au CHAU de l'Hôtel-Dieu de Lévis entre janvier et novembre 2010. L'ensemble de ces mères résident sur le territoire desservi par le CSSS du Grand Littoral. La moyenne d'âge des participantes est de 28 ans (ÉT= 4,0). La majorité des mères, soit près de 87,6 %, vivent en union libre alors que 12,4 % sont mariées. Un peu plus de la moitié des mères (52,4 %) possèdent plus de 14 années de scolarité et la majorité d'entre elles (71,7 %) possèdent un revenu familial supérieur à 55 000 \$ par année. Dans cet échantillon, seulement quatre mères font usage du tabac de telle sorte que la majorité des mères sont non-fumeuses (96,2 %). Par rapport à l'intention des mères face à l'allaitement, plus de la moitié des mères (65,7 %) désirent essayer d'allaiter alors que 32,4 % sont déterminées à allaiter leur enfant quoi qu'il arrive. La plupart des mères ont accouché par voie vaginale (76,4 %) et ont eu recours à

l'analgésie (92,4 %). En ce qui a trait au contact peau à peau immédiatement après la naissance, moins de la moitié des mères (45,3 %) l'ont pratiqué. Dans les 24 heures suivant l'accouchement, un peu moins de la moitié des mères (47,6 %) ont cohabité entre 12 et 18 heures avec leur bébé. Près des trois quarts (74,5 %) des mères ont suivi des cours prénataux et dans la majorité des cours (84,0 %), de l'information sur l'allaitement était donnée. Concernant les objectifs quant à la durée de l'allaitement, 24,5 % des mères prévoient allaiter au moins six mois alors qu'un peu moins du quart d'entre elles (23,6 %) n'ont pas déterminé d'objectif. Une très forte proportion (95,2 %) des mères sont satisfaites ou très satisfaites du soutien pour l'allaitement qu'elles ont reçu de la part des infirmières. Le tableau 3 présente les caractéristiques cliniques et sociodémographiques des mères de façon plus détaillée.

Tableau 3 : Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des mères

Caractéristiques		n	% Moyenne (ET)
Âge		106	28,0 (4,0)
État civil	Mariée	13	12,4
	Union libre	92	87,6
Scolarité	Moins de 12 ans	17	16,2
	Entre 12 et 14 ans	33	31,4
	Plus de 14 ans	55	52,4
Revenu familial annuel	Inférieur à 55 000 \$	30	28,3
	55 000 \$ et plus	76	71,7
Tabagisme	Oui	4	3,7
	Non	102	96,2
Intention d'allaiter	Déterminée à allaiter	34	32,4
	Désire essayer	69	65,7
	Autre	2	1,9
Type d'accouchement	Vaginal	81	76,4
	Césarienne	25	23,6
Analgésie	Oui	97	92,4
	Non	8	7,6
Chirurgie mammaire	Oui	2	1,9
	Non	104	98,1
Contact peau à peau immédiat	Oui	48	45,3
	Non	58	54,7
Durée de la cohabitation à 24 heures de vie	Moins de 12 heures	34	32,4
	De 12 à 18 heures	50	47,6
	Plus de 18 heures	21	20,0
Difficultés d'allaitement à 48h	Oui	58	54,7
	Non	48	45,3

Tableau 3 : Caractéristiques cliniques et sociodémographiques des mères (suite)

Caractéristiques		n	%, Moyenne (ET)
Cours prénataux	Oui	79	74,5
	Non	27	25,5
Information sur l'allaitement lors des cours prénataux	Oui	66	84,0
	Non	13	16,0
Objectif d'allaitement	3 mois et moins	10	9,4
	Entre 4 et 6 mois	45	42,5
	6 mois et plus	26	24,5
	Non déterminé	25	23,6
Soutien du conjoint	48 heures	105	5,7 (0,6)
	2 mois	93	5,4 (0,6)
	6 mois	88	5,4 (0,6)
Soutien de l'entourage	48 heures	97	5,5 (0,7)
	2 mois	88	5,4 (0,7)
	6 mois	87	5,4 (0,6)
Satisfaction du soutien des infirmières	Peu satisfaisant	5	4,8
	Satisfaisant	43	40,9
	Très satisfaisant	57	54,3

5.3 CARACTÉRISTIQUES DES BÉBÉS

Les caractéristiques des bébés sont présentées dans le tableau 4. Les bébés recrutés sont tous nés à terme et en bonne santé. La moyenne de temps de gestation est de 39 6/7 semaines (ÉT=1,1). Le poids moyen à la naissance est de près de 3450 grammes (ÉT=369,9). La majorité des bébés, soit 97,2 %, ont un Apgar de neuf ou plus à cinq minutes. À noter qu'à cinq minutes, l'Apgar le plus faible est de six. Plus de la moitié des

bébés, soit 54,7 %, sont de sexe féminin tandis que 45,3 % sont de sexe masculin. Une grande majorité de bébés (72,1 %) ont reçu un complément à l'hôpital.

Tableau 4 : Caractéristiques des bébés

Caractéristiques		n	% Moyenne (ÉT)
Âge gestationnel (semaines)		106	39 6/7 (1,1)
Poids de l'enfant (grammes)		106	3454,98 (369,9)
Apgar à 5 minutes	9 ou plus	103	97,2
	<9	3	2,8
Sexe du bébé	Masculin	48	45,3
	Féminin	58	54,7
Complément reçu à l'hôpital	Oui	75	72,1
	Non	29	27,9

5.4 TAUX D'ALLAITEMENT DE LA NAISSANCE À SIX MOIS

Comme le fait d'allaiter à 48 heures de vie de l'enfant est un critère d'inclusion, la totalité des participantes allaitent leur bébé à cette période. Par la suite, on observe une diminution du taux d'allaitement au cours des six premiers mois suivant la naissance. La figure 3 démontre de façon plus précise la variation du taux d'allaitement à travers ces six premiers mois. Deux mois après l'accouchement, près de 75 % des mères allaitent toujours leur enfant. À six mois, 48 % des enfants sont toujours allaités.

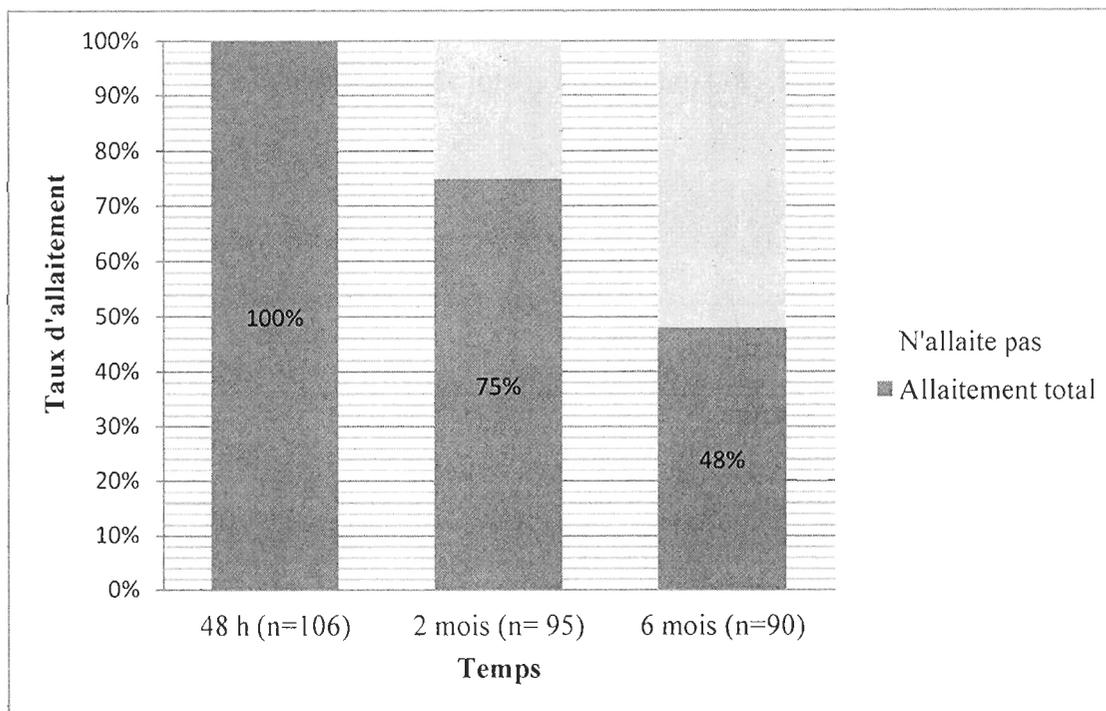


Figure 3 : Taux d'allaitement au cours des six premiers mois

5.5 RÉSULTATS DE LA SENSIBILITÉ MATERNELLE

La sensibilité maternelle étant une variable qui ne se distribue pas normalement, c'est pourquoi elle est décrite par la médiane et les étendues interquartiles. Le tableau 5 regroupe les résultats obtenus pour la sensibilité maternelle de même que de chacune de ses composantes à travers les trois temps de mesure. On remarque une faible variabilité des centiles de la sensibilité maternelle qui oscillent entre 1,24 et 1,52. Concernant les différentes composantes de la sensibilité maternelle, on constate également une faible variabilité de celles-ci qui varient de 1,08 à 2,00. Avec ces résultats, il est possible d'affirmer que les mères possèdent une bonne sensibilité maternelle puisque selon l'échelle de sensibilité, plus le résultat est faible, plus le niveau de sensibilité maternelle est élevé.

Tableau 5 : Sensibilité maternelle en fonction du temps

Variables	Centiles		
	48 h	2 mois	6 mois
Sensibilité maternelle	1,52 (1,32-1,92)	1,41 (1,18-1,67)	1,24 (1,09-1,53)
Découverte	2,00 (1,67-2,33)	1,67 (1,17-2,00)	1,17 (1,00-1,83)
Contact affectif	1,33 (1,00-1,60)	1,23 (1,00-1,65)	1,20 (1,00-1,40)
Proximité physique	1,43 (1,14-1,71)	1,43 (1,14-1,86)	1,43 (1,14-2,00)
Communication	1,75 (1,31-2,20)	1,17 (1,00-1,54)	1,08 (1,00-1,33)
Engagement	1,33 (1,08-1,67)	1,22 (1,00-1,67)	1,22 (1,00-1,56)

Médiane (étendue interquartile) (25^e-75^e percentile)

5.6 RÉSULTATS DE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE

Afin de décrire l'anxiété de la mère, la médiane ainsi que l'étendue interquartile sont utilisées puisque cette variable ne se distribue pas normalement. Le tableau 6 présente les résultats concernant l'anxiété selon les trois temps de mesure. En examinant ce tableau, il est possible de constater une variabilité moyenne des centiles qui oscillent entre 32,00 à 48 heures et 26,32 à six mois. Il semble donc que les mères ayant participé à l'étude présentent un niveau d'anxiété faible. En effet, considérant que le résultat final de l'échelle d'anxiété peut varier de 20 à 80 et qu'un score élevé indique un niveau d'anxiété maternelle élevé, des scores moyens variant de 26,32 à 32,00 démontrent un niveau d'anxiété maternelle relativement faible.

Tableau 6 : Anxiété de la mère en fonction du temps

Variables	Centiles		
	48 h	2 mois	6 mois
Anxiété	32,00 (27,94-36,00)	27,37 (23,16-33,68)	26,32 (22,11-30,53)
Médiane (étendue interquartile) (25 ^e -75 ^e percentile)			

5.7 SENSIBILITÉ MATERNELLE SELON LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

Les deux sections suivantes exposent de façon détaillée les résultats des analyses effectuées afin d'évaluer la sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à deux mois ainsi qu'à six mois.

5.7.1 Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à deux mois

Dans l'analyse de la sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à deux mois, dont les résultats sont présentés dans le tableau 7, aucun résultat n'atteint le seuil significatif de 0,05. Pour cette raison, il est possible d'affirmer que dans le cadre de cette étude, il n'existe pas de différence significative par rapport à la sensibilité maternelle à 48 heures ainsi qu'à deux mois chez les mères qui poursuivent l'allaitement à deux mois comparativement à celles qui abandonnent avant cette période.

Tableau 7 : Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à deux mois

	Poursuite de l'allaitement à 2 mois		
	Oui n=71	Non n=24	p
	Médiane (centile)	Médiane (centile)	(Mann-Whitney)
Sensibilité maternelle à 48 h	1,54 (1,39-1,93)	1,53 (1,28-1,92)	0,63
Découverte	2,00 (1,67-2,33)	1,92 (1,50-2,63)	0,69
Contact physique	1,40 (1,00-1,60)	1,33 (1,00-1,60)	0,94
Proximité physique	1,43 (1,14-1,71)	1,29 (1,14-1,68)	0,44
Communication	1,80 (1,33-2,20)	1,80 (1,40-2,41)	0,90
Engagement	1,33 (1,11-1,89)	1,29 (1,00-1,67)	0,53
Sensibilité maternelle à 2 mois	1,39 (1,18-1,67)	1,45 (1,15-1,67)	0,97
Découverte	1,50 (1,17-2,00)	1,67 (1,33-2,00)	0,57
Contact physique	1,25 (1,00-1,80)	1,20 (1,00-1,60)	0,61
Proximité physique	1,43 (1,14-1,86)	1,43 (1,14-2,00)	0,79
Communication	1,20 (1,00-1,67)	1,17 (1,00-1,50)	0,23
Engagement	1,22 (1,00-1,67)	1,44 (1,00-1,78)	0,76

Médiane (étendue interquartile) (25^e-75^e percentile) *p<0,05

5.7.2 Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à six mois

Le tableau 8 rapporte quant à lui les résultats des analyses portant sur la sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à six mois. Aucune différence n'est observée entre la sensibilité maternelle à 48 heures et le fait de poursuivre ou non l'allaitement à six mois. Cependant, on constate une différence entre les mères qui allaitent en comparaison avec celles qui cessent dans les composantes de la découverte (1,5(1,0-1,9) vs 1,7(1,3-2,0), p=0,03) ainsi que de l'engagement (1,1(1,0-1,5) vs 1,4(1,0-1,7), p=0,03) à deux mois. De

plus, il est possible de remarquer une différence entre la composante à six mois de la proximité physique selon la poursuite de l'allaitement à six mois (1,4(1,0-1,7) vs 1,5(1,2-2,0), $p=0,04$). Ces résultats suggèrent une plus grande sensibilité maternelle dans ces trois composantes chez les mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles qui ont cessé avant six mois.

Tableau 8 : Sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement à six mois

	Poursuite de l'allaitement à 6 mois		
	Oui n=43	Non n=47	p
	Médiane (centile)	Médiane (centile)	(Mann-Whitney)
Sensibilité maternelle à 48 h	1,54 (1,27-1,93)	1,58 (1,39-1,97)	0,57
Découverte	2,17 (1,75-2,33)	2,00 (1,67-2,50)	0,84
Contact physique	1,40 (1,00-1,60)	1,40 (1,00-1,60)	0,41
Proximité physique	1,33 (1,00-1,71)	1,57 (1,43-1,86)	0,17
Communication	1,75 (1,33-2,20)	1,83 (1,33-2,33)	0,48
Engagement	1,25 (1,11-1,89)	1,33 (1,00-1,67)	0,92
Sensibilité maternelle à 2 mois	1,33 (1,08-1,64)	1,53 (1,18-1,69)	0,05
Découverte	1,50 (1,00-1,92)	1,67 (1,33-2,00)	0,03*
Contact physique	1,20 (1,00-1,60)	1,20 (1,00-1,60)	0,21
Proximité physique	1,43 (1,07-1,71)	1,43 (1,14-2,00)	0,09
Communication	1,17 (1,00-1,58)	1,17 (1,00-1,50)	0,48
Engagement	1,11 (1,00-1,56)	1,44 (1,00-1,78)	0,03*
Sensibilité maternelle à 6 mois	1,21 (1,09-1,46)	1,33 (1,09-1,64)	0,13
Découverte	1,17(1,00-1,67)	1,33 (1,00-1,83)	0,43
Contact physique	1,00 (1,00-1,40)	1,20 (1,00-1,60)	0,28
Proximité physique	1,43 (1,00-1,71)	1,57 (1,29-2,00)	0,04*
Communication	1,67 (1,00-1,33)	1,00 (1,00-1,50)	0,53
Engagement	1,67 (1,00-1,44)	1,33 (1,00-1,78)	0,02

Médiane (étendue interquartile) (25^e-75^e percentile) * $p<0,05$

5.8 ANXIÉTÉ DE LA MÈRE SELON LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT

Les deux prochaines sections présentent les résultats obtenus concernant la différence entre l'anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à deux mois ainsi qu'à six mois.

5.8.1 Anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à deux mois

Tout d'abord, le tableau 9 présente la différence d'anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à deux mois. Pour ce temps de mesure, aucune différence significative n'est constatée. Dans le cadre de ce projet, il semble donc qu'il n'y ait pas de différence entre l'anxiété maternelle à 48 heures (33,00(27,78) vs 30,00(26,25-33,75 ; $p=0,16$) ainsi qu'à deux mois (27,37(23,16-33,68) vs 24,21(23,16-30,53) ; $p=0,33$), que la mère poursuive l'allaitement ou non à deux mois.

Tableau 9 : Anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à 2 mois

	Poursuite de l'allaitement à 2 mois		p (Mann-Whitney)
	Oui n=71	Non n=24	
	Médiane (centile)	Médiane (centile)	
Anxiété à 48 h	33,00 (27,78-38,00)	30,00 (26,25-33,75)	0,16
Anxiété à 2 mois	27,37 (23,16-33,68)	24,21 (23,16-30,53)	0,33

Médiane (étendue interquartile) (25^e-75^e percentile) * $p<0,05$

5.8.2 Anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement à six mois

En ce qui concerne l'anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à six mois, il est possible de remarquer, dans le tableau 10, qu'il existe une différence entre l'anxiété maternelle à 48 heures selon la poursuite de l'allaitement à six mois (34,0(29,0-39,0) vs 30,0(26,0-34,0), $p=0,04$). En effet, les résultats suggèrent que les mères qui poursuivent l'allaitement à six mois sont plus anxieuses à 48 heures que les mères qui cessent avant six mois. Toutefois, il semble qu'il n'existe pas de différence entre l'anxiété de la mère à deux mois ainsi qu'à six mois selon qu'elle poursuive ou non l'allaitement jusqu'à six mois.

Tableau 10 : Anxiété de la mère selon la poursuite de l'allaitement à 6 mois

	Poursuite de l'allaitement à 6 mois		p (Mann-Whitney)
	Oui n=43	Non n=47	
	Médiane (centile)	Médiane (centile)	
Anxiété à 48 h	34,00 (29,00-39,00)	30,00 (26,00-34,00)	0,04*
Anxiété à 2 mois	27,37 (23,16-33,68)	26,32 (22,37-31,58)	0,31
Anxiété à 6 mois	26,32 (23,16-31,58)	26,32 (22,11-30,53)	0,53

Médiane (étendue interquartile) (25^e-75^e percentile) * $p<0,05$

5.9 RELATION ENTRE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET LA SENSIBILITÉ MATERNELLE

Cette section présente les résultats des corrélations de Spearman obtenus afin de répondre à la troisième question de recherche qui cherche à évaluer quelle est la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle. Le choix des corrélations de Spearman a été fait en raison du fait que l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle

sont deux variables qui ne se distribuent pas normalement dans la présente étude. Quant à l'interprétation des résultats de ces corrélations, il importe de spécifier que la nomenclature de Cohen est utilisée. Selon cette dernière, un coefficient de Spearman (r_s) de 0,10 fait référence à un effet faible, 0,30 correspond à un effet modéré alors que 0,50 fait référence à un effet important (Cohen, 1988). Cette nomenclature est retenue puisqu'elle est mieux adaptée pour interpréter l'importance des comportements humains.

De plus, afin de faciliter la compréhension de cette section, un petit rappel concernant les instruments de mesure s'impose. En effet, selon l'échelle d'anxiété, plus le score est élevé, plus la mère est anxieuse alors que pour l'échelle de sensibilité maternelle, c'est plutôt l'inverse: plus le score total est faible, plus la mère est sensible. Dans un tableau de corrélation, la présence d'une corrélation positive signifie que les variables varient dans le même sens. Cette logique fait en sorte qu'en présence d'une corrélation positive entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle, on pourrait avoir tendance à conclure que plus la mère est anxieuse, plus elle est sensible. Cependant, puisque l'interprétation des résultats finaux de ces instruments est inversée, une corrélation positive entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle signifie que plus la mère est anxieuse, moins elle est sensible.

5.9.1 Relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à 48 heures

Par rapport à la relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à 48 heures et ses différentes composantes qui sont présentées dans le tableau 11, plusieurs relations intéressantes sont constatées. C'est le cas notamment entre la composante de l'engagement ($r_s=0,45$; $p<0,01$) et l'anxiété à 48 heures. Ce résultat permet de dire qu'il existe une association positive importante entre ces deux variables. De plus, on observe une association positive modérée entre le score global de sensibilité ($r_s=0,35$; $p<0,01$), la composante de la découverte ($r_s=0,29$; $p<0,01$) de même que celle du contact

affectif ($r_s=0,32$; $p<0,01$) et l'anxiété à 48 heures. On constate également une association de nature faible entre la communication à 48 heures et l'anxiété à 48 heures ($r_s=0,20$; $p<0,05$). D'ordre général, une association positive signifie que les deux variables fluctuent dans le même sens. Toutefois, dans le cas présent, une association positive signifie plutôt que les deux variables fluctuent en sens opposé. Avec les résultats obtenus, il semble donc que l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle varient en sens inverse. C'est pourquoi il est possible de soutenir que plus la mère est anxieuse à 48 heures, moins elle est sensible.

Tableau 11 : Corrélation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle 48 h

	Anxiété	Sensibilité	Découverte	Contact affectif	Proximité physique	Communication	Engagement
Anxiété	1,00						
Sensibilité	0,35**	1,00					
Découverte	0,29**	0,80**	1,00				
Contact affectif	0,32**	0,78**	0,66**	1,00			
Proximité physique	0,05	0,73**	0,49**	0,46**	1,00		
Communication	0,20*	0,78**	0,52**	0,48**	0,50**	1,00	
Engagement	0,45**	0,77**	0,56**	0,64**	0,51**	0,41**	1,00

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

5.9.2 Relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à deux mois

Le tableau 12 rapporte les résultats des corrélations effectuées entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à deux mois. Une seule relation atteint le seuil significatif de 0,05. En effet, on constate une association positive et modérée entre l'anxiété à 48 heures et l'engagement à deux mois ($r_s=0,28$; $p<0,01$). Donc, plus la mère est anxieuse à 48 heures, moins elle est sensible dans la composante de l'engagement à deux mois.

Tableau 12 : Corrélation entre l'anxiété à 48 heures et la sensibilité à deux mois

	Anxiété	Sensibilité	Découverte	Contact affectif	Proximité physique	Communication	Engagement
Anxiété	1,00						
Sensibilité	0,19	1,00					
Découverte	0,10	0,87**	1,00				
Contact affectif	0,20	0,85**	0,69**	1,00			
Proximité physique	0,07	0,80**	0,65**	0,56**	1,00		
Communication	0,19	0,67**	0,56**	0,50**	0,49**	1,00	
Engagement	0,28**	0,81**	0,62**	0,75**	0,49**	0,38**	1,00

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

5.9.3 Relation entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à six mois

Plusieurs relations ont été constatées entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à six mois; elles sont présentées dans le tableau 13. En effet, l'anxiété à 48 heures est associée positivement et de façon modérée à la sensibilité maternelle à six mois ($r_s=0,32$; $p<0,01$). De plus, on note une association positive variant de faible à modérée entre l'anxiété de la mère à 48 heures et plusieurs composantes de la sensibilité maternelle. C'est le cas notamment pour la découverte ($r_s=0,25$; $p<0,05$), pour le contact affectif ($r_s=0,25$; $p<0,05$) ainsi que pour l'engagement ($r_s=0,40$; $p<0,01$). Il se dégage donc de ces résultats que plus la mère présente de l'anxiété à 48 heures, moins elle est sensible à six mois de manière générale ainsi que dans les composantes de la découverte, du contact affectif et de l'engagement.

Tableau 13 : Corrélations entre l'anxiété de la mère à 48 heures et la sensibilité maternelle à six mois

	Anxiété	Sensibilité	Découverte	Contact affectif	Proximité physique	Communication	Engagement
Anxiété	1,00						
Sensibilité	0,32**	1,00					
Découverte	0,25*	0,83**	1,00				
Contact affectif	0,25*	0,80**	0,76**	1,00			
Proximité physique	0,16	0,80**	0,55**	0,52**	1,00		
Communication	0,17	0,73**	0,59**	0,58**	0,55**	1,00	
Engagement	0,40**	0,79**	0,59**	0,65**	0,43**	0,56**	1,00

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

5.9.4 Relation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à deux mois

En ce qui concerne la relation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à deux mois, on note plusieurs associations positives de nature faible à modérée qui sont d'ailleurs présentées dans le tableau 14. L'anxiété maternelle à deux mois est associée de manière positive et modérée à la sensibilité maternelle totale ($r_s=0,29$; $p < 0,01$) ainsi qu'à celle de la composante du contact affectif ($r_s=0,33$; $p < 0,01$). D'autre part, il est possible d'observer une association positive variant de faible à modérée entre l'anxiété de la mère à deux mois et la composante de la proximité physique ($r_s=0,21$; $p < 0,01$) ainsi que celle de l'engagement ($r_s=0,43$; $p < 0,05$). Grâce à ces résultats, il est possible d'affirmer que plus la mère est anxieuse à deux mois, moins elle est sensible à deux mois.

Tableau 14 : Corrélation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à deux mois

	Anxiété	Sensibilité	Découverte	Contact affectif	Proximité physique	Communication	Engagement
Anxiété	1,00						
Sensibilité	0,29**	1,00					
Découverte	0,12	0,87**	1,00				
Contact affectif	0,33**	0,85**	0,69**	1,00			
Proximité physique	0,21*	0,80**	0,65**	0,56**	1,00		
Communication	0,17	0,67**	0,56**	0,50**	0,49**	1,00	
Engagement	0,43*	0,81**	0,62**	0,75**	0,49**	0,38**	1,00

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

5.9.5 Relation entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à six mois

Le tableau 15 rapporte les résultats des corrélations obtenues entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à six mois. L'association positive entre l'anxiété maternelle à deux mois et la sensibilité maternelle à six mois varie de faible à modérée. En plus d'être associée de façon modérée à la sensibilité totale à six mois ($r_s=0,28$; $p < 0,01$) de même qu'à l'engagement ($r_s=0,39$; $p < 0,01$), l'anxiété à deux mois est associée de manière faible avec le contact affectif ($r_s=0,23$; $p < 0,05$). Une fois de plus, il se dégage que plus la mère est anxieuse à deux mois, moins elle est sensible de façon générale à six mois et spécialement dans les composantes du contact affectif et de l'engagement.

Tableau 15 : Corrélations entre l'anxiété de la mère à deux mois et la sensibilité maternelle à six mois

	Anxiété	Sensibilité	Découverte	Contact affectif	Proximité physique	Communication	Engagement
Anxiété	1,00						
Sensibilité	0,28**	1,00					
Découverte	0,20	0,83**	1,00				
Contact affectif	0,23*	0,80**	0,76*	1,00			
Proximité physique	0,15	0,80**	0,55**	0,52**	1,00		
Communication	0,16	0,73**	0,59**	0,58**	0,55**	1,00	
Engagement	0,39**	0,79**	0,59**	0,65**	0,43**	0,56**	1,00

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

5.9.6 Relation entre l'anxiété de la mère à six mois et la sensibilité maternelle à six mois

L'anxiété de la mère à six mois, comme le présente le tableau 16, est associée positivement et de façon modérée à la sensibilité maternelle à six mois ($r_s=0,31$; $p<0,01$) ainsi qu'avec les composantes du contact affectif ($r_s=0,28$; $p<0,01$) et de l'engagement ($r_s=0,36$; $p<0,01$). D'autre part, l'anxiété maternelle à six mois semble plutôt être associée de manière faible avec les composantes de la découverte ($r_s=0,26$; $p<0,05$) et de la communication ($r_s=0,22$; $p<0,05$). Ces résultats abondent dans le même sens que ceux présentés précédemment indiquant que plus la mère est anxieuse à six mois, moins elle est sensible à six mois.

Tableau 16 : Corrélation entre l'anxiété de la mère à six mois et la sensibilité maternelle à six mois

	Anxiété	Sensibilité	Découverte	Contact affectif	Proximité physique	Communication	Engagement
Anxiété	1,00						
Sensibilité	0,31**	1,00					
Découverte	0,26*	0,83**	1,00				
Contact affectif	0,28**	0,80**	0,76**	1,00			
Proximité physique	0,17	0,80**	0,55**	0,52**	1,00		
Communication	0,22*	0,73**	0,59**	0,58**	0,55**	1,00	
Engagement	0,36**	0,79**	0,59**	0,65**	0,43**	0,56**	1,00

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

5.10 FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS

Une analyse de régression pas-à-pas a été effectuée afin de répondre à la question complémentaire retenue dans le cadre du présent projet à savoir : quels sont les facteurs qui permettent de prédire la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois de vie de l'enfant? Les sections qui suivent présentent comment les variables insérées dans le modèle ont été retenues ainsi que les résultats de cette analyse de régression.

5.10.1 Variables principales

Il était essentiel d'intégrer la variable de la sensibilité maternelle ainsi que celle de l'anxiété de la mère dans le modèle de régression puisque ce sont les deux variables principales de ce projet de recherche. Plus précisément, la composante de la découverte à deux mois, celle de l'engagement à deux mois, de la proximité physique à six mois de

même que celle de l'anxiété de la mère à 48 heures sont les variables qui ont été introduites dans le modèle, car elles ont été identifiées dans les analyses bivariées comme étant associées à la poursuite de l'allaitement à six mois. L'analyse de régression logistique présentée permet de vérifier la relation entre la sensibilité maternelle et l'anxiété de la mère avec la poursuite de l'allaitement.

5.10.2 Variables ayant un p inférieur à 0,1

Deux autres variables, soit les cours prénataux et le revenu familial, ont été introduites dans le modèle de régression puisqu'elles ont obtenu une valeur de p inférieure à 0,1 lors des analyses bivariées. Ce seuil de 0,1 a été établi afin de ne pas être trop restrictif ou trop large dans les variables à introduire dans le modèle de régression. L'ensemble des résultats découlant de ces analyses n'est pas présenté dans le présent chapitre qui se voulait plus centré sur les facteurs maternels et relationnels que sont l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle.

Toutefois, mentionnons que des analyses secondaires paramétriques (T-test) et non paramétriques (Khi², test de Mann-Whitney) ont été effectuées afin de vérifier s'il y avait une différence significative pour chaque variable selon la poursuite de l'allaitement à six mois. L'analyse a été réalisée pour chacune des variables présentées dans le volet descriptif de ce chapitre que l'on retrouve dans le tableau 3, c'est-à-dire l'âge, l'état civil, la scolarité, le revenu familial, le tabagisme, l'intention d'allaiter, le type d'accouchement, l'analgésie, la chirurgie mammaire, le contact peau à peau immédiat, la durée de cohabitation, les difficultés d'allaitement, les cours prénataux, l'objectif d'allaitement, le soutien social et la satisfaction du soutien des infirmières. Les facteurs compris dans le quatrième tableau ont également été analysés, soit l'âge gestationnel, le poids de l'enfant, l'Apgar à cinq minutes, le sexe du bébé de même que le fait d'avoir reçu un complément à l'hôpital. Les deux seules variables ayant obtenu des résultats avec un p inférieur à 0,1 sont les cours prénataux

($p=0,07$) et le revenu familial ($p=0,008$), d'où la pertinence de les introduire dans ce modèle de régression.

5.10.3 Variables reconnues pour leur association avec la poursuite de l'allaitement

Six autres variables ont été sélectionnées, car elles sont grandement reconnues et documentées dans la littérature comme ayant un impact significatif sur la poursuite de l'allaitement. En effet, il est bien documenté qu'une intention ferme d'allaiter, l'administration de compléments à l'hôpital, l'âge de la mère, le type d'accouchement, les problèmes d'allaitement de même le contact peau à peau immédiat après la naissance sont des facteurs qui influencent la poursuite de l'allaitement. Elles ont donc été introduites dans le modèle de régression. Bien qu'il soit reconnu que le soutien informel et formel ait un impact sur la poursuite de l'allaitement, celui-ci n'a pas été retenu, parce que l'étudiante chercheuse a noté une source de biais potentiel en ce qui concerne cette variable. Selon les données recueillies il est possible de croire que certaines mères n'aient pas réellement indiqué ce qui représentait leur situation. Dans plusieurs questionnaires, il a été possible de constater que tous les énoncés avaient obtenu le même pointage laissant présager que les items n'ont pas été examinés un à la fois. En effet, il est possible qu'une mère se trouvait bien soutenue ait inscrit très satisfaite à tous les énoncés sans avoir pris le temps de lire tous ces énoncés. Cela peut s'expliquer par un désintéressement des mères du fait que chaque questionnaire comportait plusieurs questions et que l'échelle de soutien était le dernier instrument de mesure figurant dans le questionnaire.

5.10.4 Variables prédictives de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois

L'analyse de régression pas-à-pas a donc été effectuée en introduisant les variables principales, celles ayant un p inférieur à 0,1 ainsi que celles reconnues pour leur association avec la poursuite de l'allaitement. Plus précisément, voici les variables introduites dans le modèle : l'anxiété maternelle à 48 heures, l'administration d'un complément, l'intention d'allaiter, l'âge de la mère, le type d'accouchement, les cours prénataux, les problèmes d'allaitement, le revenu familial, le contact peau à peau, la composante de la découverte à deux mois, celle de l'engagement à deux mois ainsi que celle de la proximité physique à six mois.

Le tableau 17 rapporte les trois étapes de l'analyse de régression de pas à pas. Sur l'ensemble des variables introduites, trois variables sont entrées dans le modèle de régression. Le modèle a connu la saturation à l'étape 3. Il a entre autres été possible de constater que le fait de suivre des cours prénataux permet de prédire la poursuite de l'allaitement à six mois ($p=0,031$). En effet, les femmes qui assistent à des cours prénataux ont 4,2 fois plus de chance de poursuivre l'allaitement jusqu'à six mois comparativement à celles qui n'en suivent pas. De plus, les mères qui possèdent un revenu familial annuel supérieur à 55 000 \$ ont 6,8 fois plus de chance d'allaiter à six mois que celles qui ont un revenu inférieur à 55 000 \$. Il est donc possible de conclure que le revenu est un facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement à six mois ($p=0,003$). Il est également possible de constater qu'une sensibilité maternelle plus élevée dans la composante de la découverte à deux mois permet aussi de prédire la poursuite de l'allaitement à six mois ($p=0,002$).

Tableau 17 : Facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel à six mois

		OR	IC pour OR 95 %		p-value
			Inférieur	Supérieur	
Étape 1	Revenu familial annuel 55 000 \$ et plus	4,13	1,42	12,00	0,009**
Étape 2	Revenu familial annuel 55 000 \$ et plus	6,61	2,03	21,59	0,002**
	Sensibilité découverte	0,23	0,08	0,64	0,005**
Étape 3	Cours prénataux	4,28	1,14	16,04	0,031*
	Revenu familial annuel 55 000 \$ et plus	6,80	1,95	23,70	0,003**
	Sensibilité découverte	0,17	0,05	0,51	0,002**

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

Il importe de spécifier que cette analyse de régression a été réalisée avec les données de 82 participantes soit 77 % des participantes à six mois. En effet, 23 % des participantes à six mois n'ont pas été incluses dans cette analyse de régression puisqu'elles ont omis de répondre à certaines questions. De plus, l'ensemble des variables introduites dans le modèle de régression permet d'expliquer 31 % de la variabilité de la poursuite de l'allaitement avec un R2 de Nagelkerke de 0,31.

En somme, ce chapitre a permis de présenter plus en détail les différents résultats des analyses effectuées dans le cadre de cette étude. Les résultats obtenus ont entre autres démontré que certaines composantes de la sensibilité maternelle, notamment la découverte, l'engagement de même que la proximité physique, sont reliées à la poursuite de l'allaitement. De plus, les cours prénataux, un revenu familial annuel supérieur à 55 000 \$ ainsi que la composante de la découverte ont été identifiés comme étant des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement à six mois. Dans le chapitre suivant, une discussion de ces résultats est faite.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Au cours des prochaines pages, une discussion des résultats sera présentée. Tout d'abord, le constat concernant le taux d'allaitement à six mois sera discuté. Par la suite la discussion se poursuivra en ce qui concerne la comparaison de sensibilité maternelle et d'anxiété de la mère entre les mères qui allaitent à deux et six mois et celles qui cessent. Enfin, le résultat concernant la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle sera aussi discuté. Par la suite, une discussion des résultats de l'analyse de régression effectuée afin de déterminer les facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois sera présentée. Des recommandations découlant de l'étude portent sur la pratique infirmière, la recherche ainsi que la formation infirmière. La dernière section concerne les forces et les limites de l'étude.

6.1 TAUX D'ALLAITEMENT À SIX MOIS

Le taux d'allaitement à six mois obtenu dans le cadre de la présente étude de 48 % est semblable à ce qui a été observé au niveau provincial. Selon les plus récentes données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (Statistique Canada, 2010), 50,7 % des québécoises allaitent à six mois. Au niveau national, ce sont plutôt 55,7 % des mères qui allaitent à six mois. De plus, lorsque l'on compare ces taux avec ceux des États-Unis, il est possible de constater un taux d'allaitement jusqu'à six mois quasi identique à celui obtenu dans le cadre de ce projet de recherche. En effet, aux États-Unis en 2009, ce sont

47,2 % des mères qui allaitent toujours à six mois (Centers for Disease Control and Prevention, 2012).

Si l'on s'en tient au pourcentage obtenu dans ce projet de recherche (48 %), il semble que le nombre de mères qui allaitent jusqu'à six mois dans la région de Chaudière-Appalaches a augmenté par rapport aux dernières statistiques de l'ISQ pour la même région (36,7 %) (ISQ, 2006). Comme les données utilisées dans le cadre du présent projet ont été recueillies en 2010-2011, il serait possible de constater en moins de cinq ans, une augmentation du taux d'allaitement jusqu'à six mois dans la région de Chaudière-Appalaches. Toutefois, il faut comparer ces résultats avec prudence, car cet écart peut également être attribuable à la taille de l'échantillon. Dans le présent projet, l'échantillon était composé de 106 participantes comparativement à celui de l'ISQ qui comprenait 4 365 mères dont 298 provenant de la région de Chaudière-Appalaches (ISQ, 2006). Il faut également considérer le niveau de scolarité des participantes. Dans le cadre de la présente étude, les mères composant l'échantillon possèdent un niveau de scolarité plus élevé que la moyenne pour cette région. En effet, 45 % des participantes possèdent une scolarité supérieure à 15 ans, ce qui correspond généralement à un niveau universitaire. Toutefois, selon l'ISQ (2006), seulement 29,3 % des mères demeurant en Chaudière-Appalaches possèdent un diplôme d'études universitaire (ISQ, 2006). Puisque les écrits appuient fortement l'hypothèse selon laquelle les mères ayant un niveau de scolarité supérieur allaitent davantage, cette caractéristique de l'échantillon peut contribuer à expliquer pourquoi dans le cadre de la présente étude les taux d'allaitement sont plus élevés (Deggau Hegeto de Souza, et al., 2012; Hauck, et al., 2011).

En somme, malgré le fait que les taux d'allaitement tendent à augmenter, il semble que moins de la moitié des primipares pratiquent l'allaitement total durant les six premiers mois. Toutefois, si l'augmentation du taux d'allaitement total, constaté dans le présent projet, se confirme dans le cadre d'autres études, il s'agira d'une amélioration du nombre de mères qui allaitent jusqu'à six mois dans la région de Chaudière-Appalaches.

6.2 SENSIBILITÉ MATERNELLE ET LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT À DEUX ET SIX MOIS

Dans le cadre de la présente étude, il a été possible de constater des différences de sensibilité maternelle, plus spécifiquement dans certaines composantes, entre les mères qui allaitent jusqu'à deux et six mois comparativement à celles qui cessent. En effet, les résultats obtenus ont démontré qu'il existe une différence significative dans la composante de la découverte et de l'engagement à deux mois ainsi que de la proximité physique à six mois chez les mères allaitantes versus les mères qui ont cessé. Par ailleurs, à la suite d'une analyse de régression, la composante de la découverte a été identifiée dans le cadre de cette étude comme étant un facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Il est toutefois difficile de juger de l'ampleur de ces résultats sur le plan clinique puisque *l'Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) n'a pas encore été à ce jour assez validé pour obtenir un seuil score. De plus, la signification clinique des résultats obtenus est difficile à déterminer puisque malgré le fait que la taille de l'échantillon a été respectée pour obtenir une puissance statistique de 80% et un seuil alpha de 5%, il n'a pas été possible d'obtenir un écart de trois points sur *l'Échelle de sensibilité* tel que souhaité. Avec les résultats du présent projet, il est donc possible de constater que sur le plan statistique, les mères qui poursuivent l'allaitement sont significativement plus sensibles que celles qui cessent.

Ces résultats abondent dans le même sens que ceux rapportés par la littérature à l'effet qu'il existe un lien entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement (Britton, et al., 2006; Cernadas, et al., 2003; Courtois, et al., 2012; Lacombe & Bell, 2010; Nishioka, et al., 2011; Tharner, et al., 2012). Malgré certaines différences entre les études, notamment quant à la période où la sensibilité maternelle a été évaluée, aux instruments de mesure utilisés ainsi qu'aux caractéristiques de l'échantillon, il est possible de constater qu'une majorité d'études a permis d'établir qu'il existe une association positive de

sensibilité maternelle selon la poursuite de l'allaitement. Ces différences entre les études méritent que l'on s'y attarde et seront d'ailleurs discuté dans les paragraphes qui suivent.

La première différence traitée concerne la période où la sensibilité maternelle a été évaluée. Par exemple, dans leur étude, Cernadas et ses collègues (2003) ont mesuré la sensibilité maternelle à 48 heures alors que Britton et ses collaborateurs (2006) se sont plutôt intéressés à la mesure de la sensibilité à trois mois. Dans le présent projet, la sensibilité maternelle a été étudiée à 48 heures, deux mois et six mois alors que Nishioka et ses collègues (2011) l'ont examiné à un mois ainsi qu'à cinq mois. On constate que la sensibilité maternelle en lien avec l'allaitement a été étudiée au cours des six premiers mois et que l'ensemble des études ont démontré une relation entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement (Britton, et al., 2006; Cernadas, et al., 2003; Nishioka, et al., 2011).

Outre les différents temps de mesure, on observe que les définitions opérationnelles de la sensibilité maternelle varient d'une étude à l'autre. Ainsi, certains auteurs ont employé des questionnaires autoadministrés (Courtois, et al., 2012; Lacombe & Bell, 2010; Nishioka, et al., 2011) alors que d'autres ont plutôt privilégié l'utilisation d'instruments de mesure permettant d'évaluer la sensibilité maternelle par l'observation de la dyade mère-enfant (Britton, et al., 2006; Cernadas, et al., 2003; Tharner, et al., 2012). Peu importe la façon d'évaluer la sensibilité maternelle, la définition conceptuelle de la sensibilité maternelle est similaire. Il est donc possible d'affirmer que ces auteurs sont arrivés au même constat à l'effet que les mères plus sensibles seraient plus nombreuses à poursuivre leur allaitement que celles qui sont moins sensibles, peu importe les dimensions de la sensibilité étudiées ou les outils utilisés pour mesurer ce concept. Par exemple, certains instruments de mesure permettent d'examiner davantage le contact affectif, le contact physique et visuel (Cernadas, et al., 2003; Else-Quest, et al., 2003) alors que le *Coding Interactive Behavior* (Feldman, 1998) opérationnalise la sensibilité dans la communication entre la mère et son enfant.

Il est également possible de comparer les résultats du présent projet avec ceux d'autres études ayant utilisé le même instrument de mesure soit l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004). Dans ce cas, il s'avère intéressant de constater que dans le cadre du présent projet, deux dimensions de la sensibilité maternelle, soit la découverte et l'engagement, ont été identifiées comme étant associées à la poursuite de l'allaitement. Il n'est pas étonnant que la découverte ait été identifiée, car celle-ci est une composante centrale de l'établissement de la relation mère-enfant (Boulangier & Goulet, 1994). La découverte réfère au processus par lequel la mère fait la connaissance de son enfant, mais aussi à l'intérêt et la curiosité de celle-ci à connaître son enfant (Bell, 2008). Ainsi, il est possible qu'une mère plus sensible dans cette composante soit plus portée à chercher de l'information concernant l'allaitement et soit plus à l'affût des signes de faim et de satiété chez son enfant, ce qui favoriserait la poursuite de l'allaitement. En ce qui concerne la composante de l'engagement, celle-ci fait référence à l'investissement de la mère dans la relation avec son enfant, à sa capacité à assumer ses nouvelles responsabilités, mais également à s'engager dans une relation avec son enfant (Bell, 2008). Ainsi, il est probable qu'une mère qui se sent responsable de la santé, du bien-être et du développement de son enfant ait aussi plus de motivation à s'investir dans un projet d'allaitement, ce qui influencerait positivement sa poursuite. L'étude de Lacombe et Bell (2010) a également permis d'identifier certaines composantes, soit la découverte et la proximité physique, comme étant associées à la poursuite de l'allaitement. Un constat semblable a été fait dans l'étude de Courtois et ses collègues (2012) qui a permis d'identifier que certaines composantes, telles que l'engagement et la communication, sont associées à la poursuite de l'allaitement. Il est toutefois possible de constater que cette étude, contrairement au présent projet et à celui de Lacombe et Bell (2010), est la seule à avoir permis d'identifier le score global de sensibilité comme étant associée à la poursuite de l'allaitement. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'échantillon de Courtois et ses collaborateurs (2012) avait possiblement plus de puissance statistique pour détecter des associations significatives étant donné qu'il comprenait presque deux fois plus de participantes. Bref, ces études ayant utilisé l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet,

St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) en sont arrivées au même constat que l'étudiante chercheuse, soit que les mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois seraient plus sensibles dans certaines composantes que celles qui cessent.

Outre les temps de mesure et les outils variés, les études portant sur la relation entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement ont également été effectuées auprès d'échantillons variés, notamment en ce qui a trait à la taille ainsi qu'aux caractéristiques sociodémographiques et cliniques des mères (Britton, et al., 2006; Cernadas, et al., 2003; Courtois, et al., 2012; Lacombe & Bell, 2010; Nishioka, et al., 2011). Par exemple, le présent projet regroupait un échantillon de 106 mères alors que l'étude de Nishioka et ses collègues en comptait 405 et celle de Cernadas et ses collaborateurs regroupait plus de 500 mères. De plus certaines études étaient composées à la fois de primipares et de multipares alors que la présente étude s'est intéressée uniquement aux primipares. À travers les études il était également possible d'observer une certaine différence quant au niveau de scolarité moyen. Ces caractéristiques sont autant d'éléments qui influencent les résultats, car il est reconnu que les mères multipares et les mères plus scolarisées allaitent sur une plus longue période (Deggau Hegeto de Souza, et al., 2012; Huong Nguyen, et al., 2012; Radwan, 2013; Thorisdottir, et al., 2013). Toutefois, malgré ces différences, les études en sont arrivées à un même constat, soit que les mères qui poursuivent l'allaitement seraient plus sensibles comparativement à celles qui abandonnent.

En somme, peu importe la période où la sensibilité a été évaluée, les instruments de mesure utilisés ainsi que les caractéristiques de l'échantillon, il est tout de même possible de constater une convergence dans les résultats à l'effet qu'il existe une association entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement. Un tel constat contribue à renforcer l'hypothèse selon laquelle la sensibilité maternelle et l'allaitement sont reliés.

Force est de constater que plusieurs études ont permis d'observer une relation entre la sensibilité maternelle et l'allaitement. D'autre part, certains chercheurs investiguent la relation entre l'allaitement et la sensibilité maternelle. Par exemple, l'étude de Kim et ses

collaborateurs (2011) a permis, grâce à l'utilisation de la résonance magnétique, de constater que les mères qui allaitent présentent une plus grande activation au niveau cérébral. Cette activation cérébrale serait associée à un niveau de sensibilité maternelle plus élevé. La relation entre l'allaitement, la réponse cérébrale et la sensibilité maternelle serait possiblement due aux hormones impliquées dans l'allaitement. Plus spécifiquement, les résultats de cette étude portent à croire que l'ocytocine qui est synthétisée dans l'hypothalamus stimulant le relâchement du lait, favorise la sensibilité maternelle. Aussi, Pearson et ses collaborateurs (2011) suggèrent que l'ocytocine permettrait une meilleure perception de la mère des signaux émis par son enfant, ce qui encourage la sensibilité maternelle. Ces auteurs soulèvent donc l'hypothèse du lien physiologique qui unirait allaitement et sensibilité maternelle.

En ce qui concerne la sensibilité maternelle et l'allaitement, qui sont les variables étudiées dans cette étude, il semble que le contexte interactionnel de l'allaitement soit à prendre en considération pour comprendre le lien qui les unit. En effet, la sensibilité est une caractéristique de l'interaction mère-enfant qui prend la forme d'une spirale à travers laquelle il est possible d'observer des cycles de signaux et de réponses entre la mère et son enfant. Ainsi, lors de l'allaitement, la sensibilité maternelle peut se manifester chez la mère par le fait de regarder son enfant durant la tétée, de le caresser ou de lui chanter une chanson. L'apport de l'enfant peut, quant à lui, se traduire par le fait de caresser le sein de sa mère durant la tétée, de la regarder, de lui sourire, d'être calme ou apaisé à la suite de la tétée. Ces échanges positifs répétés entre la mère et son enfant lors de l'allaitement profitent à l'établissement d'une relation basée sur l'attention mutuelle. L'allaitement est un contexte interactionnel dans lequel la mère et son bébé entrent dans une sorte de danse dont la synchronie permet à la mère de nourrir son enfant et à l'enfant de renforcer sa mère dans sa compétence à le nourrir. Ces conditions sont favorables au développement d'un attachement sécurisant entre la mère et son enfant (Bigelow, et al., 2010; Jin, et al., 2012).

La prise en considération de la sensibilité maternelle pour favoriser l'allaitement mérite une attention particulière du fait qu'elle est modifiable, c'est-à-dire qu'il s'agit d'une

caractéristique de la relation mère-enfant sur laquelle il est possible d'agir. Par exemple, Bakermans-Kranenburg et ses collègues (2003) suggèrent d'utiliser le renforcement des comportements positifs, ce qui s'avérerait un moyen efficace pour améliorer la sensibilité maternelle. De plus, l'approche de rétroaction vidéo, qui consiste à saisir sur bande vidéo des interactions entre la mère et son enfant serait également un outil fort pertinent pour observer, évaluer, mais aussi intervenir auprès de la mère. D'ailleurs, Bell et ses collègues utilisent cette approche pour former des intervenants au soutien à l'établissement de la relation entre la mère et son bébé (Bell, 2008). Il est envisageable de mettre en place différentes stratégies permettant d'accroître la sensibilité des mères telles que des programmes de formation et de soutien qui favorisent le déploiement d'interactions sensibles entre la mère et son enfant durant l'allaitement.

Finalement, les résultats obtenus dans le présent projet permettent de fournir des données probantes et contribuent au corpus de connaissance sur la sensibilité maternelle et l'allaitement. Toutefois, il est difficile d'évaluer l'impact sur le plan clinique de ces résultats. C'est pourquoi, il importe de poursuivre les recherches concernant la sensibilité maternelle puisqu'elle semble être un élément important impliqué dans la poursuite de l'allaitement mais la signification clinique de ce lien demeure à documenter.

6.3 ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET POURSUITE DE L'ALLAITEMENT À DEUX ET SIX MOIS

Dans le cadre de la présente étude, aucune différence entre l'anxiété aux différents temps de mesure et le statut d'allaitement n'a pu être constatée à l'exception d'une différence significative entre l'anxiété à 48 heures des mères qui allaitent jusqu'à six mois en comparaison avec les mères qui ont cessé.

Tout d'abord, l'étude de Akman (2008), s'intéressant pour sa part à l'allaitement exclusif, n'a également pas permis d'observer de relation entre l'anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement exclusif à quatre mois. Cependant, force est de constater que

plusieurs études ont permis de conclure à la présence d'une relation entre l'anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement, mettant en évidence que les mères moins anxieuses sont plus nombreuses à poursuivre leur allaitement que celles qui sont plus anxieuses (Britton, 2007; Clifford, et al., 2006; Hammarberg, et al., 2011; Kehler, et al., 2009; O'Brien, et al., 2008; Papinczak & Turner, 2000; Ystrom, 2012; Zanardo, et al., 2011; Zanardo, et al., 2009). Plusieurs éléments sont à considérer lorsque l'on compare les résultats de la présente étude avec ceux d'autres études, soit la période où l'anxiété a été évaluée, l'instrument de mesure utilisé, la façon d'interpréter les résultats de même que les caractéristiques de l'échantillon.

Tout d'abord, il importe de considérer la période où l'anxiété de la mère a été évaluée. En effet, certaines études telles que celles de Hammarberg (2011), de Kehler (2009) et de Ystrom (2012) se sont intéressées spécifiquement à l'anxiété vécue par la mère à la période prénatale. Ces études ont toutes permis de conclure qu'il existe une relation entre l'anxiété de la mère durant la grossesse et la poursuite de l'allaitement de sorte que plus la mère est anxieuse en prénatal, moins elle allaite longtemps. Bien qu'une étude de Grant (2008) ait démontré qu'il y aurait une certaine stabilité du niveau d'anxiété entre la période pré et postnatale, il est tout de même complexe de comparer deux phénomènes qui bien que semblables soient distincts. En effet, l'anxiété prénatale fait davantage référence à l'anticipation alors que l'anxiété postnatale est davantage liée à la présence de l'enfant ce qui engendre de l'anxiété situationnelle.

D'autres études ayant évalué l'anxiété de la mère à la période postnatale, comme ce fut le cas dans le cadre du présent projet, ont utilisé des instruments de mesure différents. C'est le cas notamment pour l'étude de Papinczak (2000) où a été utilisé le *Duke Health Questionnaire* (Parkerson, et al., 1990) et de l'étude de O'Brien (2008) où a plutôt été utilisé le *Depression, Anxiety, Stress Scale* (Lovibond, 1995). Bien que ce soient des instruments valides pour évaluer l'anxiété tout comme le *STAI* (Spielberger, 1983), ces instruments de mesure opérationnalisent l'anxiété de la mère différemment. En effet, le *Depression Anxiety Stress Scale* évalue l'anxiété par ses différentes manifestations

physiques telles que les tremblements, la sècheresse de la bouche, la respiration ainsi que le rythme cardiaque. Le *Duke Health Questionnaire* permet pour sa part d'évaluer d'autres aspects de l'anxiété tels que la capacité de concentration, la fatigue, la nervosité, les perturbations du sommeil ainsi que la capacité à être bien avec les autres. Une fois de plus, il faut être prudent dans la comparaison des résultats, car comme certaines études ont utilisé divers instruments de mesure qui opérationnalisent l'anxiété différemment, il est possible de penser que certaines ont évalué davantage le trait d'anxiété alors que d'autres ont plutôt examiné l'anxiété situationnelle.

D'autres études ont utilisé le *STAI* pour évaluer l'anxiété maternelle à la période postnatale, mais dans ces cas, l'anxiété est traitée comme une variable continue ou catégorielle (Britton, 2007; Clifford, et al., 2006; Zanardo, et al., 2011; Zanardo, et al., 2009). Qui plus est, lorsque l'anxiété est traitée comme une variable catégorielle, les études n'utilisent pas toutes les mêmes catégories pour déterminer le niveau d'anxiété. Ceci est possiblement attribuable au fait que le *STAI* ne possède pas de score seuil permettant de catégoriser le niveau d'anxiété. Par exemple, Clifford (2006) a considéré qu'un niveau d'anxiété élevé faisait référence à un résultat supérieur au 75^e percentile alors que selon Britton (2007), c'est un score supérieur à 40 qui indique un niveau d'anxiété élevé. Ces différences méthodologiques rendent l'interprétation et la comparaison des résultats difficiles puisque les critères pour déterminer le niveau d'anxiété varient en fonction des études consultées.

Certaines caractéristiques de l'échantillon peuvent également expliquer en partie pourquoi, dans le cadre du présent projet, il n'a pas été possible de mettre en évidence une différence d'anxiété de la mère selon qu'elle poursuive ou non l'allaitement. Tout d'abord, la majorité des mères ayant participé à cette étude étaient peu anxieuses. En effet, le résultat moyen des participantes à 48 heures au *STAI* est de 32 sur un score maximal de 80. Rappelons que le résultat total du *STAI* peut osciller entre 20 et 80 et plus le résultat est élevé, plus l'anxiété est élevée. D'ailleurs, en comparaison aux études recensées, le niveau d'anxiété observé dans le cadre du présent projet est l'un des plus bas rapportés (Akman, et

al., 2008; Zanardo, et al., 2011; Zanardo, et al., 2009). Par exemple, le niveau moyen d'anxiété des participantes aux études de Zanardo effectuées en 2009 et 2011 était respectivement de 44,57 et de 49,50.

L'échantillon de mères peu anxieuses ayant participé à cette étude peut être en partie expliqué par les critères d'inclusion au projet. En effet, le fait d'être âgée de 20 ans ou plus, d'être en bonne santé, d'avoir une grossesse à terme sans complication ainsi que le fait d'avoir un bébé en bonne santé ainsi qu'un conjoint peut expliquer en partie que les participantes présentent un niveau d'anxiété aussi faible. Zanardo (2011), qui a mené son étude auprès de mères ayant accouché prématurément, a été en mesure de constater un niveau d'anxiété plus élevé entre le 3^e et le 4^e jour postpartum avec un résultat moyen de 49,5 au *STAI*.

Outre l'âge, l'état de santé et un accouchement à terme, les mères ayant participé au présent projet ont possiblement un niveau d'anxiété bas aussi parce qu'elles sont majoritairement des femmes scolarisées possédant un revenu familial élevé. Chez des mères ayant un niveau de scolarité moyen de 10 ans, Zanardo (2009) a trouvé un score moyen d'anxiété de 44,57 au *STAI* entre le 3^e et 4^e jour postpartum. Cette différence par rapport à la scolarité peut possiblement expliquer la différence entre le niveau d'anxiété des mères de la présente étude versus celui de l'étude de Zanardo. Ainsi, il est possible que les études de Zanardo (2011; 2009) aient permis de constater une relation entre l'anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement à l'effet que les mères plus anxieuses poursuivent moins longtemps leur allaitement, puisque les mères de ces études présentaient un niveau d'anxiété plus élevé.

Parmi les études recensées, celle de Britton (2007) est possiblement celle qui ressemble la plus au présent projet en ce qui concerne le niveau d'anxiété trouvé chez les mères à l'aide du *STAI*. En effet, dans le cadre de l'étude de Britton (2007), le résultat moyen avant le départ de l'hôpital au *STAI* était de 33,45 alors que dans le cadre du présent projet, celui-ci était de 32 à la même période.

Malgré les similitudes entre l'étude de Britton (2007) et le présent projet, l'étude de Britton a, quant à elle, permis de mettre en évidence une relation entre le niveau d'anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement. En effet, l'auteur a pu constater que les mères plus anxieuses étaient moins nombreuses à pratiquer l'allaitement total et exclusif à un mois que celles qui étaient moins anxieuses. La variabilité de l'anxiété a pu contribuer à expliquer la relation positive trouvée par Britton. En effet, dans l'étude de Britton (2007), 75,5 % des mères ont obtenu un résultat inférieur à 40 et 24,5 % d'entre elles ont obtenu un résultat supérieur à 40. Par ailleurs, dans la présente étude, la variabilité de l'anxiété était plus restreinte puisque ce sont 84 % des mères qui ont obtenu un résultat inférieur à 40 et seulement 16 % qui ont obtenu un résultat supérieur à 40. Le manque de variabilité du niveau d'anxiété dans le cadre de la présente étude a donc possiblement contribué au fait qu'il n'ait pas été possible d'observer de différence entre le niveau d'anxiété de la mère et la poursuite de l'allaitement.

Cette différence dans la variabilité du niveau d'anxiété de la mère observée dans les deux études est possiblement attribuable à la taille des échantillons de même qu'aux caractéristiques des échantillons qui sont différentes sur plusieurs points. En effet, l'étude de Britton a été effectuée auprès de 422 mères alors que le présent projet en comptait 106. Un échantillon plus important augmente les probabilités d'avoir une plus grande dispersion du niveau d'anxiété et ainsi d'avoir une plus grande variation des taux d'anxiété.

De plus, l'étude de Britton (2007) a été effectuée auprès d'un échantillon composé de primipares et de multipares dont 44 % des répondantes pouvaient déjà compter sur une expérience d'allaitement, ce qui pouvait également influencer la variabilité de l'anxiété. Les mères de l'étude de Britton (2007) étaient moins scolarisées, seulement 9 % d'entre elles avaient fait des études supérieures alors que dans le présent projet, 52,4 % des mères avaient plus de 14 années de scolarité. Les participantes de l'étude de Britton (2007) avaient également un revenu plus faible que la moyenne des participantes au présent projet (30 000 \$ US vs 55 000 \$ CAN). Ces caractéristiques des mères ayant participé à l'étude de Britton (2007) pourraient permettre d'expliquer une plus grande variabilité de l'anxiété. À

l'inverse, dans le présent projet, le fait que les mères ne vivaient pas en contexte de vulnérabilité et que plusieurs variables aient été contrôlées par les critères d'inclusion, cela a pu contribuer à faire en sorte que la variabilité du niveau d'anxiété était faible.

Bref, différents facteurs sont à considérer lorsque l'on compare les résultats du présent projet avec ceux d'autres auteurs. Parmi ces éléments, notons la période à laquelle l'anxiété a été évaluée ainsi que l'instrument de mesure utilisé pour évaluer l'anxiété de la mère. De plus, certaines caractéristiques de l'échantillon peuvent contribuer à expliquer le fait qu'aucune différence par rapport à l'anxiété de la mère selon son statut d'allaitement n'a pu être constatée dans le cadre de la présente étude. En effet, cette absence de différence peut notamment s'expliquer par la taille de l'échantillon, par le faible niveau d'anxiété des participantes ainsi que par le manque de variabilité de l'anxiété.

D'autre part, il importe toutefois de mentionner qu'une différence significative a été trouvée quant à l'anxiété mesurée à 48 heures entre les mères qui allaitent jusqu'à six mois comparativement à celles qui ont cessé. Selon ce résultat, les mères qui poursuivent l'allaitement à six mois présenteraient un niveau d'anxiété plus élevé que celles qui cessent avant six mois. Ce résultat semble aller à l'encontre de ce que rapporte la littérature, toutefois une étude rapportant un tel constat a pu être répertoriée (Lacombe, Tyzio, Courtois, & Thibeault, 2012).

Lorsque l'on compare cette étude avec le présent projet, il est possible de constater plusieurs similitudes, notamment en ce qui a trait à l'utilisation du *STAI* pour évaluer l'anxiété. De plus, dans cette étude, tout comme dans le présent projet, les mères sont scolarisées, possèdent un revenu familial élevé et sont peu anxieuses.

Ce résultat étonnant pourrait être expliqué par le fait que le début de la période postnatale est souvent perçu comme étant une période déterminante pour la réussite de l'allaitement (Doherty, et al., 2012; Gerd, et al., 2012; Mannan et al., 2008; Scott, et al., 2006). Dans cette optique, l'étudiante chercheuse soulève l'hypothèse que les mères qui ont une intention ferme d'allaiter à la période prénatale sont possiblement plus motivées à

réussir leur allaitement. De plus, ces mères sont possiblement plus susceptibles d'être anxieuses à cette période, car elles perçoivent les premiers jours de vie comme étant cruciaux pour la réussite de l'allaitement.

Il est également envisageable de croire que ce résultat, à l'effet que les mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois seraient plus anxieuses à 48 heures que celles qui cessent, est possiblement attribuable à la façon dont les données ont été traitées. En effet, dans la présente étude, l'anxiété a été traitée comme une variable continue alors que certains auteurs ont choisi de catégoriser le niveau d'anxiété. Dans le cadre du présent projet, l'auteure a pris la décision de respecter la façon d'analyser les données proposée par l'auteur principal du *STAI* (Spielberger, 1983). Cependant, il est possible de soulever l'hypothèse que si l'anxiété avait été catégorisée comme elle le fut dans certaines études en utilisant par exemple un score seuil de 40, les résultats auraient peut-être été différents. Il est possible de croire qu'en catégorisant l'anxiété, il n'aurait pas été possible de trouver de différence entre l'anxiété des mères qui allaitent comparativement à celle des mères qui cessent, car près de 85 % des mères ont obtenu un résultat inférieur à 40.

En somme, malgré le fait que dans le cadre du présent projet il n'ait pas été possible de constater de différence entre le niveau d'anxiété et le statut d'allaitement, les résultats des différentes études portent à croire qu'il existe une relation entre ces deux variables. En effet, plusieurs études ont permis de démontrer que l'anxiété de la mère influence la poursuite de l'allaitement de sorte que les mères plus anxieuses allaitent moins longtemps que celles qui sont moins anxieuses. D'ailleurs, concernant la différence qui a été trouvée entre le niveau d'anxiété à 48 heures et la poursuite de l'allaitement à six mois, il importe d'être prudent dans les conclusions que l'on peut en tirer, car il existe peu de soutien empirique appuyant ce résultat.

6.4 RELATION ENTRE L'ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET LA SENSIBILITÉ MATERNELLE

Dans le cadre de la présente étude, une relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle de nature faible à modérée a pu être observée aux différents temps de mesure. En effet, il a été possible de constater que plus la mère est anxieuse, moins elle est sensible à 48h, deux et six mois. Ces résultats abondent dans le même sens que la littérature portant sur le sujet à l'effet que l'anxiété de la mère affecte négativement la sensibilité maternelle de telle sorte que plus la mère est anxieuse, moins elle est sensible (Courtois, et al., 2012; Feldman, et al., 2009; Field, et al., 2005; Hyunjeong, et al., 2008; Kim, et al., 2013; Nicol-Harper, et al., 2007).

Selon les études recensées ayant examiné la relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle, que ce soit auprès d'un échantillon de mères dépressives (Field, et al., 2005) ou encore auprès de mères qui allaitent (Courtois, et al., 2012), celles-ci ont toutes permis de constater que ces deux variables varient en sens inverse. En effet, il semble que plus la mère est anxieuse, moins elle est sensible et que moins la mère est anxieuse, plus elle est sensible.

D'après les études recensées, il est possible de constater qu'un consensus se dégage à l'effet qu'il existe une association entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle. En effet, il semble que l'anxiété influence négativement la sensibilité maternelle de telle sorte que les mères plus anxieuses sont moins sensibles. Les hypothèses soulevées pour expliquer cette association est que l'anxiété affecte la contribution de la mère, mais aussi de l'enfant dans l'interaction mère-enfant, ce qui influence négativement la sensibilité maternelle. D'ailleurs, Field et ses collègues (2005) rapportent qu'une mère qui présente un niveau d'anxiété élevé est moins sensible du fait qu'elle est moins disponible à être en relation avec son enfant. Concrètement, selon ces auteurs, une mère anxieuse démontre généralement moins de comportements affectifs positifs comme sourire et jouer avec son enfant. Ces comportements affectent également la contribution de l'enfant à l'interaction mère-enfant puisque l'enfant d'une mère anxieuse passe plus de temps à dormir, moins de

temps à être alerte et présente plus de changements d'humeur, ce qui affecte négativement la sensibilité maternelle (Field, et al., 2005). Selon l'étude de Huynheong et ses collègues (2008), cette relation entre le niveau d'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle s'explique par le fait que l'anxiété pourrait avoir comme effet de nuire à l'interprétation des besoins de l'enfant. Kertz et ses collègues (2008) expliquent ce constat par le fait qu'une mère anxieuse est tellement préoccupée par sa propre anxiété qu'elle présente de la difficulté à décoder et à interpréter les signaux émis par l'enfant. Pour ce qui est de Nicol-Harper et ses collaborateurs (2007) leur interprétation est que l'anxiété de la mère altère l'interaction mère-enfant, ce qui a des répercussions chez l'enfant, tel que la difficulté de l'enfant à s'engager dans sa relation avec sa mère. Finalement, Kim et ses collègues (2013) soutiennent cette hypothèse et mentionnent qu'un niveau d'anxiété élevé peut aussi altérer la capacité de la mère à interagir de façon sensible avec son enfant et nuire à l'établissement du lien d'attachement entre la mère et son enfant.

À la lumière des études recensées et des résultats obtenus dans le cadre du présent projet, l'étudiante chercheuse adhère à l'hypothèse que l'anxiété maternelle est un sentiment tellement envahissant qu'il peut influencer la sensibilité maternelle. En effet, l'anxiété de la mère agirait comme un obstacle à la sensibilité maternelle chez les mères qui allaitent. Par exemple, l'anxiété de la mère pourrait prendre tellement de place que celle-ci serait moins disponible et à l'écoute de son enfant, ce qui pourrait rendre plus difficile la détection des signaux de faim émis par son enfant. Une telle difficulté de la mère à détecter et à répondre aux signaux de l'enfant influencerait également l'apport de l'enfant lors des interactions mère-enfant.

En somme, plusieurs études ont permis de constater qu'il existe une relation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle. Toutefois, il importe tout de même de poursuivre les recherches sur le sujet afin de mieux comprendre pourquoi et comment ces deux variables s'influencent. Une meilleure compréhension du processus qui unit ces deux variables pourrait permettre d'intervenir plus efficacement pour favoriser par exemple le

déploiement de la sensibilité maternelle, ce qui pourrait être bénéfique notamment pour les mères qui allaitent.

6.5 FACTEURS PRÉDICTIFS DE LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL À SIX MOIS

Dans le cadre de ce projet, trois facteurs ont été identifiés comme étant des facteurs qui prédisent la poursuite de l'allaitement à six mois. Le premier facteur est la composante de la découverte. Ceci n'est pas très surprenant étant donné que la découverte a été reconnue dans le passé comme étant une composante centrale de l'établissement de la relation mère-enfant (Boulanger & Goulet, 1994). Cette composante possède un alpha de Cronbach de 0,78 ce qui est très bon. La seule composante ayant un alpha de Cronbach quasi identique à celui de la découverte est celle de l'engagement avec un alpha de Cronbach de 0,80. Tant qu'à la composante du contact affectif, l'alpha se situe à 0,69, celui de la communication à 0,66 et à 0,55 pour le contact physique (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble et Paul, 2004). Dans cette section, le résultat concernant la composante de la découverte ne sera pas discuté puisque cette composante a été discutée précédemment. Toutefois, les cours prénataux de même que le revenu seront examinés plus attentivement dans les pages suivantes compte-tenu qu'ils ressortent comme étant des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement.

6.5.1 Cours prénataux

Selon les résultats obtenus dans la présente étude, les cours prénataux sont associés à la poursuite de l'allaitement à six mois. Il a été possible de constater que les mères ayant suivi des cours prénataux ont quatre fois plus de chances d'allaiter à six mois. Ce résultat abonde dans le même sens que plusieurs études ayant aussi observé que le fait de suivre des

cours prénataux influence positivement la poursuite de l'allaitement (Lin, et al., 2008; Olenick, 2010; Semenic, et al., 2008; Su, et al., 2007). D'ailleurs, Su et ses collègues (2007) ont constaté que les mères ayant suivi des cours prénataux sont plus sujettes à allaiter exclusivement à six semaines, à trois et à six mois.

Dans la présente étude, plus de 80 % des participantes ayant suivi des cours prénataux mentionnent que ceux-ci comportaient de l'information sur l'allaitement. Cependant, il n'est pas possible de déterminer la nature de l'information qui était présentée dans ces cours puisqu'aucune donnée n'a été recueillie sur le sujet. Toutefois, certains auteurs s'étant intéressés à l'impact de recevoir, à la période prénatale, de l'enseignement concernant l'allaitement et la poursuite de l'allaitement ont constaté que celle-ci était associée à une durée d'allaitement plus longue (Chen, et al., 2012; Lumbiganon, et al., 2012; Rosen, et al., 2008; Ystrom, 2012).

D'ailleurs, il est reconnu depuis tellement longtemps que le fait d'offrir de l'information sur l'allaitement à la période prénatale a un impact sur la poursuite de l'allaitement. C'est pourquoi l'OMS et l'UNICEF (1989) l'ont intégré aux dix conditions pour le succès de l'allaitement en plus d'en faire un critère pour l'obtention de l'accréditation IAB. Au niveau québécois, le MSSSQ a lui aussi jugé nécessaire d'intégrer, dans sa politique de périnatalité 2008-2018, la mise en place d'un programme d'information prénatale qui intègre l'aspect de l'alimentation du nourrisson (MSSSQ, 2008).

À l'aide des résultats de la présente étude de même que ceux rapportés par la littérature, il semble possible d'affirmer que les cours prénataux, qui incluent de l'information sur l'allaitement, influencent positivement sa poursuite. Il est possible de croire que le fait de suivre des cours prénataux permet à la mère d'être mieux informée sur plusieurs aspects entourant l'arrivée d'un enfant, notamment la façon de le nourrir. Il est donc possible qu'une mère plus informée soit plus portée à avoir des attentes réalistes en ce

qui concerne l'allaitement et soit mieux outillée pour faire face aux exigences et aux difficultés qui y sont associées, ce qui peut favoriser la poursuite de l'allaitement.

6.5.2 Revenu

Dans le cadre du présent projet, il a été possible de constater que les mères qui possèdent un revenu familial supérieur à 55 000 \$ ont six fois plus de chances d'allaiter à six mois que celles qui ont un revenu inférieur. Jusqu'à présent, plusieurs études ont aussi permis de constater qu'un revenu élevé est un facteur déterminant pour une durée d'allaitement plus longue (Brown, et al., 2010; Kendzor, et al., 2010; Meedya, et al., 2010; Skafida, 2012; U.S Department of Health and Human services, 2008).

En effet, il est clairement reconnu, et ce, depuis plusieurs années que le revenu est un facteur qui a un impact considérable sur l'allaitement. Cette relation peut possiblement s'expliquer par le fait que le revenu est souvent associé à un niveau d'éducation supérieur en plus d'un meilleur soutien (Agence de la santé publique du Canada, 2013) qui sont tous les deux des facteurs qui favorisent la poursuite de l'allaitement. De plus, un revenu élevé est généralement associé à de meilleures conditions de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2013) ce qui procure un contexte propice à l'allaitement. Les mères ayant un revenu plus élevé sont plus sujettes à avoir de meilleures conditions de travail ainsi qu'un travail plus flexible notamment quant au retour au travail ce qui influence positivement la poursuite de l'allaitement (Skafida, 2012).

Bref, les résultats du présent projet, qui abondent dans le même sens que ceux de la littérature, portent à considérer le revenu comme étant un important facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement. Bien que le revenu soit un facteur difficilement modifiable, il importe que les professionnelles considèrent le revenu comme un facteur de risque à un sevrage précoce et apportent davantage de soutien aux mères vivant dans des conditions

économiques défavorables. La section suivante présente les recommandations découlant de la présente étude.

6.6 RECOMMANDATIONS

Cette section énonce les différentes recommandations découlant de la présente étude. Il s'agit notamment des recommandations pour la pratique infirmière de même que celles **en lien avec** le *caring*, en plus des recommandations concernant la recherche et la formation des infirmières.

6.6.1 Recommandations pour la pratique infirmière

Comme la pratique infirmière doit se fonder sur des bases scientifiques solides, il est essentiel qu'elle tienne compte des données probantes. Dans ce sens, les résultats obtenus dans le présent projet contribuent à consolider le constat à l'effet que la sensibilité maternelle aurait un impact sur la poursuite de l'allaitement. Il est ainsi possible de croire que la prise en considération de la sensibilité maternelle pourrait favoriser la poursuite de l'allaitement. Cet élément n'est vraiment pas à négliger, car malgré la mise en place de plusieurs mesures telles que la politique de périnatalité (MSSSQ, 2008) et les dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS et UNICEF, 1989), les taux d'allaitement au Québec sont inférieurs aux recommandations.

Selon l'étudiante chercheuse, l'intégration de l'aspect relationnel dans le soutien apporté aux mères apparaît tout de même envisageable malgré l'augmentation du nombre de naissances au cours des dernières années, la pénurie de main-d'œuvre et les restrictions budgétaires que connaît le domaine de la santé puisque celui-ci peut se faire par des interventions simples et peu coûteuses durant toute la période périnatale. En effet, cela peut

se traduire à la période prénatale par le fait de présenter, par exemple dans les cours prénataux, comment la connaissance du bébé peut favoriser et faciliter l'allaitement. À la période postnatale, cela peut se traduire par des interventions qui soutiennent le déploiement de la sensibilité maternelle en privilégiant la proximité physique par le contact peau à peau et la cohabitation. Cela peut également se manifester par des interventions de soutien à la mère contribuant à augmenter son sentiment de compétence en améliorant ses habiletés à détecter et à interpréter les signaux émis par son enfant. Concrètement, l'infirmière pourrait, par exemple, inviter la mère à décrire quels sont les signes qui l'ont amenée à penser que son bébé avait faim ou encore comment son bébé réagit aux caresses ou aux différents stimuli.

La prise en considération de la sensibilité maternelle semble être une avenue prometteuse dans le soutien apporté aux mères qui allaitent. Ainsi, une façon de faire permettant de prendre en compte les deux acteurs de la dyade mère-enfant favorise la mise en place de conditions facilitantes et permet de créer un environnement propice à l'allaitement. D'ailleurs, c'est ce que recommande une étude de Fenwick et de ses collaborateurs (2008) qui affirme que l'infirmière en périnatalité devrait considérer le client comme étant la dyade mère-enfant et que son rôle consiste à faciliter la relation entre la mère et son enfant. Par ailleurs, cette étude a permis de démontrer que l'interaction entre l'infirmière et la mère a un impact sur la relation mère-enfant.

Une approche utilisant des stratégies où la mère est encouragée dans son projet d'allaitement pourrait favoriser sa capacité à mener à terme ce projet. En effet, une approche de soutien à l'allaitement qui tient compte de la sensibilité maternelle pourrait par exemple aider la mère à décoder les signaux émis par son bébé puisque celle-ci considère l'allaitement comme étant un processus interactionnel entre la mère et son enfant.

En somme, ces résultats démontrent donc l'importance de l'implication de l'infirmière dans le soutien aux mères qui allaitent. De plus, il semble que l'intégration de la notion de sensibilité maternelle dans le soutien apporté aux mères qui allaitent soit une

piste qui mérite d'être exploitée davantage pour son influence sur les modalités de soutien aux mères ainsi que sur la poursuite de l'allaitement.

6.6.2 Recommandations pour la pratique découlant du *caring* de Watson

Le *caring* de Watson, qui a d'ailleurs été décrit dans le chapitre 3, a permis d'encadrer ce projet de recherche s'intéressant à l'allaitement maternel puisque ce dernier apparaît comme étant un moment de *caring* privilégié dans lequel l'infirmière entre en contact avec la mère et où la mère entre en contact avec son enfant. Dans cette perspective, le *caring* amène l'infirmière à soutenir les mères en tenant compte de l'aspect relationnel de l'allaitement. Il importe donc que l'infirmière s'initie à l'observation et à l'évaluation de la sensibilité maternelle, car celle-ci influence la poursuite de l'allaitement. La prise en considération de la sensibilité maternelle permettrait d'offrir à la mère un soutien plus complet dans lequel l'infirmière expérimenterait le fait d'« Être avec » la mère qui allaite en s'engageant dans une relation profonde qui va au-delà des problèmes techniques pouvant être associés à l'allaitement. Afin d'« Être avec » la mère qui allaite, il est essentiel que l'infirmière adopte des valeurs humanistes telles que le respect, l'authenticité et l'écoute en plus d'utiliser son savoir-être.

L'infirmière qui intègre dans sa pratique le *caring*, préconisant une vision holistique, considère la dyade mère-enfant dans toute sa globalité, ce qui fait en sorte qu'elle s'intéresse à ses émotions, ses sentiments en plus de ses besoins physiques. L'infirmière favorise ainsi le sentiment de confiance et de compétence de la mère, ce qui permet de renforcer et d'augmenter la sensibilité maternelle. Une telle approche permet également de promouvoir l'établissement d'une relation réciproque entre la mère et son enfant puisque l'apport de chacun d'eux est considéré comme étant essentiel à la relation.

En résumé, l'allaitement maternel est le moyen de nourrir son enfant le plus bénéfique pour la santé et le bien-être du bébé, mais également pour celle de la mère. Dans

cette perspective, il importe que l'infirmière profite de chaque opportunité pour favoriser sa poursuite, ce qui s'inscrit spécialement dans le volet de la promotion de la santé proposé par le *caring*.

6.6.3 Recommandations pour la recherche

Compte-tenu des résultats de ce projet qui suggèrent que la sensibilité maternelle a une influence positive sur la poursuite de l'allaitement, il semble que la sensibilité soit une avenue de recherche prometteuse pour comprendre les facteurs impliqués dans l'expérience de l'allaitement. À l'heure actuelle, plusieurs études tendent à confirmer la relation entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement. Toutefois, comme les devis utilisés jusqu'à présent sont majoritairement descriptifs, il est difficile de statuer sur le sens de l'association entre ces variables. En effet, certains auteurs soutiennent que c'est l'action d'allaiter qui augmente la sensibilité maternelle et influence sa poursuite (Kim, et al., 2011). D'autres études ont plutôt permis de démontrer que le fait d'être plus sensible favorise la poursuite de l'allaitement (Britton, et al., 2006; Cernadas, et al., 2003; Courtois, et al., 2012; Lacombe & Bell, 2010; Nishioka, et al., 2011; Tharner, et al., 2012). À la lumière de ces résultats, il est possible de croire que la sensibilité maternelle et l'allaitement peuvent s'influencer mutuellement. Toutefois, il importe de poursuivre les recherches en intégrant des mesures physiologiques afin de mieux comprendre l'influence de l'allaitement sur la sensibilité maternelle. À cet effet, il serait intéressant que les futures recherches se poursuivent auprès d'échantillons de plus grande taille, incluant des mères et des bébés avec des caractéristiques différentes ainsi que des mères qui vivent en contexte de vulnérabilité.

De plus, il serait intéressant que la recherche se poursuive afin de développer et d'évaluer des programmes de soutien prenant en compte l'aspect relationnel afin de vérifier l'impact de tels programmes sur la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement.

C'est notamment à travers des projets de recherche comme celui de l'étude principale où une intervention de soutien à l'allaitement est évaluée qu'il sera possible de fournir des données probantes pouvant influencer la pratique des infirmières.

6.6.4 Recommandations pour la formation

Comme le soutien à l'allaitement représente une bonne partie du travail de l'infirmière qui œuvre en périnatalité, il serait pertinent que celle-ci possède une bonne connaissance des facteurs pouvant influencer la poursuite de l'allaitement afin d'assurer un meilleur soutien aux mères. À cet effet, le présent projet ainsi que quelques études ont permis de démontrer l'influence de la sensibilité maternelle sur la poursuite de l'allaitement. L'intégration de ces résultats dans la pratique clinique serait facilitée par l'introduction de cette notion dans la formation initiale et continue qui doit tenir compte des données probantes. En effet, il importe que les infirmières reçoivent la formation nécessaire afin qu'elles puissent développer leurs habiletés à observer et à évaluer la sensibilité maternelle dans leur pratique quotidienne auprès des mères allaitantes.

Qui plus est, le développement d'approches de soutien qui favorisent le déploiement de la sensibilité maternelle s'inscrit en continuité avec l'un des objectifs de l'IAB, soit d'encourager les mères à initier et à poursuivre l'allaitement en optimisant le soutien offert. En effet, il est possible de croire qu'un soutien répondant aux besoins de la dyade mère-enfant et permettant de concevoir l'allaitement maternel comme étant un contexte interactionnel entre la mère et son enfant pourrait possiblement favoriser l'adhésion des infirmières à l'IAB. De plus, Semenik et ses collègues (2012) considèrent que pour donner un meilleur soutien aux mères, il importe de mettre en place des programmes de formation qui permettent de développer les habiletés interpersonnelles des infirmières puisqu'à l'heure actuelle la formation des infirmières en matière d'allaitement est encore trop souvent axée sur l'aspect technique. Pour y arriver, l'étudiante chercheuse propose

d'insérer dans les programmes de formation destinés aux infirmières l'aspect relationnel de l'allaitement en mettant au premier plan la sensibilité maternelle. Cette approche suggère que l'infirmière n'agit pas comme celle qui enseigne la technique de l'allaitement en évaluant sa réussite, mais plutôt comme étant une partenaire de la dyade mère-enfant.

Actuellement, bien que quelques études aient démontré l'importance de l'aspect relationnel en contexte d'allaitement, il existe peu de formations portant spécifiquement sur ce sujet. Cependant, comme la recherche est en effervescence à ce niveau, il y a fort à parier que dans un avenir rapproché, des formations seront développées et évaluées afin de vérifier leur efficacité à augmenter le niveau de sensibilité maternelle.

6.7 FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette section présente d'abord les forces et ensuite les limites de la présente étude en considérant les critères de validité interne et externe.

Une des forces de ce projet de recherche est certainement le fait que celui-ci s'est intéressé à l'influence de l'anxiété de la mère et de la sensibilité maternelle en lien avec la poursuite de l'allaitement de façon longitudinale soit à 48 heures, à deux et à six mois de vie de l'enfant. En effet, peu d'études ont examiné l'impact de ces variables sur la poursuite de l'allaitement au cours des six premiers mois de vie de l'enfant.

De plus, la taille de l'échantillon est également une force du présent projet considérant l'aspect longitudinal ainsi que les différents critères d'inclusion et d'exclusion. La participation de 106 dyades mères-enfants ainsi qu'une très faible attrition, avec seulement 13 mères qui ont cessé de participer avant la fin du projet, contribue à ce que cette étude présente une bonne validité interne. Par ailleurs, le fait d'avoir retenu plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion procure également une certaine profondeur à l'étude. En effet, ceux-ci ont permis d'évaluer l'impact réel de l'anxiété de la mère et de la sensibilité

maternelle sur la poursuite de l'allaitement tout en contrôlant pour certains facteurs confondants tels que l'âge et la parité par exemple. De plus, les principaux facteurs influençant la poursuite de l'allaitement, qui ont été évalués à l'aide des questionnaires des données sociodémographiques ainsi qu'avec la collecte des données cliniques, ont été pris en considération dans les différentes analyses statistiques effectuées.

Par ailleurs, comme plusieurs études tendent à confirmer la présence d'une relation entre la sensibilité maternelle et la poursuite de l'allaitement, les résultats du présent projet ont permis de contribuer à la consolidation de ce constat. L'investigation de la sensibilité maternelle à l'aide de l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) a permis d'examiner de façon plus pointue l'influence de cette dernière sur la poursuite de l'allaitement. En effet, cet instrument permet d'évaluer la sensibilité maternelle à travers ses différentes composantes, soit la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication de même que l'engagement. L'utilisation d'un tel instrument offre donc la possibilité d'examiner plus spécifiquement les composantes plus impliquées dans la poursuite de l'allaitement à travers les différents temps de mesure.

Plusieurs éléments de la présente étude apportent de la crédibilité aux résultats obtenus, notamment l'utilisation d'instruments de mesure fiables, reconnus et fréquemment utilisés pour évaluer l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle. De plus, une vérification aléatoire a été effectuée sur 10 % des questionnaires par un membre de l'équipe de recherche afin de s'assurer qu'il n'y ait pas eu d'erreur qui se soit glissée dans l'entrée des données. Un autre point fort est associé au fait que la méthodologie utilisée pour effectuer ce projet de recherche est clairement présenté et très détaillée de telle sorte qu'un autre chercheur serait en mesure de répliquer cette étude facilement.

Il importe de mentionner que la présente étude comporte certaines limites. D'ailleurs, l'une des principales limites est associée à l'échantillon recruté. Un biais de convenance a pu affecter les résultats puisque les données ont été recueillies seulement auprès des mères disponibles au moment du recrutement et ayant accepté de participer à l'étude. Aucune

donnée concernant la non-participation des mères n'a été recueillie de telle sorte qu'il n'a pas été possible de comparer le profil des mères ayant refusé de participer à celui des participantes.

De plus, les caractéristiques de l'échantillon limitent la validité externe de ce projet, notamment en raison du fait que l'échantillon était assez homogène. De façon générale, les mères étaient peu anxieuses, possédaient un niveau de sensibilité maternelle élevé et étaient toutes des primipares de 20 ans et plus qui vivaient avec un conjoint. En raison de ces caractéristiques de l'échantillon, il est possible de constater que celui-ci était formé de mères favorisées qui présentaient peu de facteurs de risque de telle sorte qu'il s'avère difficile de généraliser ces résultats à d'autres types de population, par exemple des mères en milieu défavorisé ou peu scolarisées.

Par ailleurs, comme les instruments de mesure étaient des questionnaires autoadministrés, il est possible que les résultats aient été influencés par un biais de désirabilité sociale. Il est envisageable de penser que certaines mères aient eu tendance à répondre de façon socialement acceptable. Cependant, pour réduire cette source de biais les mères étaient invitées à répondre le plus honnêtement possible en plus d'être avisées qu'il n'y avait pas de bonne ou de mauvaise réponse.

CONCLUSION

L'allaitement maternel est plus qu'un simple mode d'alimentation de l'enfant. En plus de procurer de nombreux bénéfices pour la santé de la mère et du nouveau-né, celui-ci permet des échanges réciproques privilégiés entre la mère et son enfant. La présente étude, de type descriptive corrélationnelle, avait pour but de comparer la sensibilité maternelle et l'anxiété des mères qui poursuivent l'allaitement jusqu'à six mois à celles qui ont cessé. Afin d'encadrer ce projet, le cadre de référence retenu était celui du *caring*, notamment pour la vision holistique qu'il propose. De plus, ce projet de recherche s'inscrit spécialement dans le volet de la promotion de la santé proposé par le *caring*. Les analyses effectuées ont principalement permis de démontrer qu'il existe une différence de sensibilité maternelle particulièrement dans certaines composantes selon la poursuite ou non de l'allaitement à six mois.

En effet, les résultats de cette étude, tout comme ceux rapportés par plusieurs auteurs, ont permis de constater que la sensibilité maternelle influence positivement la poursuite de l'allaitement. De plus, grâce à l'utilisation de l'*Échelle de sensibilité maternelle* (Bell, Goulet, St-Cyr Tribble, et Paul, 2004) qui opérationnalise la sensibilité maternelle en cinq composantes, il a été possible d'identifier certaines composantes clés telles que la découverte, l'engagement ainsi que la proximité physique qui auraient davantage d'influence sur la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Dans le présent projet, la composante de la découverte a même été identifiée comme étant un facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement jusqu'à six mois. Il n'est pas étonnant que la composante découverte soit ressortie comme facteur prédictif de la poursuite de l'allaitement du fait que cette composante est reconnue comme étant une composante centrale à l'établissement de la relation mère-enfant (Boulanger & Goulet, 1994). En somme, ce constat est un apport considérable pour la pratique infirmière parce qu'elle permet de cibler des interventions

spécifiques à partir d'indicateurs précis afin d'orienter les infirmières dans leur quotidien lors de l'observation de la dyade mère-enfant dans le contexte de l'allaitement.

D'autre part, les résultats du présent projet n'ont pas permis d'observer de différence significative entre l'anxiété des mères qui allaitent jusqu'à six mois comparativement à celles qui cessent avant six mois. Toutefois, une différence significative a été observée en ce qui concerne l'anxiété à 48 heures et la poursuite de l'allaitement à six mois. En effet, contrairement à ce que l'on retrouve généralement dans la littérature, il semble que les mères qui sont plus anxieuses à 48 heures soient plus nombreuses à poursuivre leur allaitement. Ce résultat, bien que très peu documenté dans les écrits, mérite d'être investigué davantage dans le cadre de futures recherches afin de mieux connaître l'apport de l'anxiété comme facteur influençant la poursuite de l'allaitement.

Finalement, une meilleure connaissance des facteurs influençant l'allaitement permettra à l'infirmière d'être en mesure d'identifier les mères plus à risque de cesser précocement leur allaitement et de leur offrir un soutien plus optimal.

ANNEXE I
CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU
LAIT MATERNEL

CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

- I. Il est interdit de faire la publicité des substituts du lait maternel.
- II. Il est interdit d'offrir des échantillons gratuits aux mères.
- III. Il est interdit de promouvoir les substituts du lait maternel dans les établissements de santé, et ceci inclue la distribution d'échantillons gratuits ou à prix réduit.
- IV. Il est interdit pour les représentants des compagnies manufacturières de substituts de lait maternel d'approcher les mères pour leur offrir de l'information relative à leurs produits ou à l'alimentation des bébés en général.
- V. Il est interdit d'offrir des cadeaux ou échantillons de substituts de lait maternel aux travailleurs de la santé (médecins, infirmières, sages-femmes, consultantes en lactation, monitrices/marraines d'allaitement, etc.).
- VI. Il est interdit d'utiliser des images ou des mots qui idéalisent l'alimentation artificielle, ou encore de mettre des photos de bébés sur les emballages des substituts de lait maternel.
- VII. L'information distribuée aux travailleurs de la santé concernant l'alimentation des bébés doit être scientifique et factuelle.
- VIII. Toute information sur l'alimentation artificielle, incluant celle sur les étiquettes de substituts de lait maternel, doit expliquer les avantages de l'allaitement maternel ainsi que les coûts et risques se rattachant à l'alimentation artificielle.
- IX. On ne doit pas faire la promotion de produits inappropriés, tel le lait condensé sucré, pour l'usage dans l'alimentation des bébés.
- X. Les manufacturiers et les distributeurs de substituts de lait maternel doivent respecter le Code même si les gouvernements n'ont pas ratifié de lois ou d'autres mesures législatives concernant la commercialisation des substituts de lait maternel.

ANNEXE II
DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

ANNEXE III
RÉSUMÉS SENSIBILITÉ MATERNELLE ET ALLAITEMENT

Britton, Britton, & Gronwaldt, 2006. Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*, 118(5)

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>152 dyades mères-enfants ont participé à cette étude durant la première année de vie de l'enfant.</p> <p>Les mères étaient recrutées grâce à des affiches placées dans les salles d'attente et par des lettres remises à la visite prénatale de routine de la 32^e semaine de grossesse. Le recrutement a été effectué dans une grande clinique privée d'obstétrique, un centre de santé familiale et dans un hôpital universitaire. Seules les mères enceintes d'un seul bébé qui n'avaient pas complications et qui devaient accoucher par voie vaginale étaient incluses dans l'étude.</p>	<p><u>Variables indépendantes</u> : allaitement, intention d'allaiter, attachement sécurisant, sensibilité maternelle</p> <p><u>Variables dépendantes</u> : niveau de sensibilité, la durée d'allaitement, attachement sécurisant</p> <p><u>Variables confondantes</u> : âge, ethnie, niveau d'éducation, parité, tabagisme, état matrimonial, emploi, revenu.</p> <p>Les caractéristiques sociodémographiques étaient obtenues grâce à une revue du dossier médical ainsi qu'à l'aide d'un questionnaire administré à la mère à l'enrôlement, avant de quitter l'hôpital suite à l'accouchement et à trois, six, neuf et 12 mois postnatals.</p>	<p>1-Les mères qui avaient l'intention d'allaiter en période prénatale avaient un niveau de sensibilité maternelle significativement plus élevé à trois mois. Chez les mères qui avaient l'intention d'allaiter en période prénatale et qui s'étaient fixé un objectif quant à la durée d'allaitement, il y avait une corrélation significative entre l'intention de durée de l'allaitement et le niveau de sensibilité ($p=0,008$). Les mères qui ont initié l'allaitement avaient un niveau de sensibilité maternelle plus élevé que celles qui ne l'avaient pas fait ($p<0,001$). Les mères qui ont initié l'allaitement et qui continuaient d'allaiter à trois mois avaient un niveau de sensibilité plus élevé que celles qui ont cessé avant cette période ($p<0,001$). Le niveau de sensibilité était aussi plus élevé chez les mères qui allaitaient exclusivement comparativement à celles qui n'allaitaient pas exclusivement ($p<0,001$). Les mères qui allaitaient exclusivement à trois mois avaient un niveau de sensibilité plus élevé que celles qui allaitaient partiellement ($p=0,002$) et que celles qui avaient cessé d'allaiter ($<0,001$).</p>
<p>BUT ET HYPOTHÈSES</p>		
<p><u>But</u> : Explorer la relation potentielle entre l'allaitement, l'attachement et la sensibilité.</p> <p>Hypothèse :</p> <p>1- Les mères qui décident d'allaiter seraient plus sujettes que celles qui ont décidé de ne pas allaiter à être des parents sensibles à leurs enfants au début de l'enfance.</p> <p>2- Les mères qui allaitent seraient plus</p>	<p><u>Family Apgar</u></p> <p>Évalue le soutien social du conjoint/époux et de la famille de la mère</p> <p><u>Nursing Child Assessment Satellite Training (NCAST) Feeding Scale</u></p>	<p>2-Lorsque les dyades étaient regroupées selon les trois principales catégories d'attachement (sécurisant, évitant et résistant), il n'y avait pas de différence significative dans la proportion de femmes qui avaient initié l'allaitement ou quant à la durée de l'allaitement exclusif ou autre chez celles qui ont initié l'allaitement.</p> <p>3- La durée de l'allaitement au début de l'enfance est en corrélation avec le niveau de sensibilité de la mère ($p=0,000$), mais pas avec un attachement sécurisant ($p=0,75$). L'intention</p>

<p> sujettes à présenter un attachement sécurisant au début de l'enfance que chez celles qui n'allaitent pas et la durée d'allaitement prolongée serait associée avec une augmentation de l'attachement sécurisant. </p> <p> 3- La durée d'allaitement favoriserait l'attachement sécurisant en plus d'augmenter la sensibilité maternelle. </p> <p> 4- Est-ce l'allaitement ou la qualité des interactions de la dyade dans la façon de nourrir le bébé sont des prédicteurs importants pour un attachement sécurisant? </p> <p> 5- Les mères qui allaitent sont plus sensibles à leurs enfants et sur une période plus longue que celles qui n'allaitent pas. </p>	<p> Évalue la qualité de l'interaction mère-enfant (rempli à six mois). </p> <p> <u>Sensitivity to Cues subscale</u> </p> <p> Évalue la sensibilité maternelle au début du postpartum (rempli à trois mois durant l'allaitement, la séance d'allaitement était filmée). </p> <p> <u>Ainsworth Strange Situation</u> </p> <p> Évalue l'attachement mère-enfant (évalué à 12 mois lors d'une session filmée en laboratoire). </p>	<p> d'allaiter en prénatal est en corrélation avec la durée de l'allaitement au début de l'enfance ($p=.000$) et avec la sensibilité ($p=0,003$). </p> <p> 4- La qualité des interactions de la dyade mère-enfant ne diffère pas chez les mères qui allaitent exclusivement, partiellement ou qui nourrissent au biberon. Le résultat au <i>Feeding Scale score</i> était significativement plus élevé chez les dyades présentant un attachement de style sécurisant comparativement à celles avec un style qui n'est pas sécurisant ($p=0,04$). 5- Chez les mères qui ont initié l'allaitement, le niveau de sensibilité était plus élevé chez celles qui ont allaité jusqu'à 12 mois comparativement à celles qui ont cessé avant ($p=0,003$). Chez les mères qui ont initié l'allaitement, la sensibilité maternelle est en corrélation significative avec la durée d'allaitement de toute sorte ($p<0,001$) et d'allaitement exclusif ($p<0,001$). </p> <p> <u>Conclusion</u> : La qualité de l'interaction de la dyade durant l'enfance, plus que le moyen utilisé pour nourrir le bb, est un prédicteur à un attachement sécurisant. Chez les mères qui choisissent d'allaiter cela augmente la sensibilité au début de l'enfance, ce qui augmente les probabilités d'attachement sécurisant. </p>
--	---	--

Nishioka, E., Haruna, M., Ota, E., Matsuzaki, M., Murayama, R., Yoshimura, K., & Murashima, S. (2011). A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *Journal Of Affective Disorders, 133*(3), 553-559

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 405 mères recruté dans deux hôpitaux du Japon. Les mères incluses étaient des mères âgées de plus de 18 ans. L'âge moyen des participantes était de 31,3 ans, 96,8 % étaient mariées, 21,6 % des mères avaient un niveau d'éducation universitaire alors que 41,7% possédaient un niveau collégial. Plus de 70 % des mères ne travaillaient pas et 95,8 % étaient non-fumeuses. De plus, 55,3 % étaient des primipares alors que 44,7 % étaient des multipares.</p>	<p>Des données étaient colligées dans le dossier médical de la mère et de l'enfant telles que : âge maternel, le statut marital, les membres de la famille, le niveau d'éducation, l'emploi, le revenu familial, problèmes de santé antérieure, tabagisme, consommation d'alcool, le type d'accouchement.</p> <p>Les mères devaient compléter un questionnaire lors de la visite de routine chez le médecin à un mois postpartum puis un autre questionnaire qui leur était envoyé par la poste à cinq mois postpartum. Dans ces questionnaires, il était possible de retrouver quelques questions concernant le statut d'allaitement, à savoir le nombre de tétées par jour, le nombre de biberons par jour de même que la quantité de préparation données à l'enfant par jour.</p> <p>Ces deux questionnaires, contenaient également</p>	<p>À cinq mois postpartum, les mères qui étaient célibataires/divorcées/séparées ($p=0,02$), qui possédaient un niveau d'éducation faible ($p=0,02$), un faible revenu ($p=0,01$), fumeuses ($p=0,002$), qui consomment de l'alcool régulièrement ($p=0,04$) étaient significativement moins nombreuses dans le groupe des mères qui allaitent comparativement à celui des mères qui nourrissent leur enfant avec des préparations commerciales.</p> <p>Le résultat de l'EPDS à cinq mois n'est pas significativement différent chez les mères qui allaitent comparativement à celles qui n'allaitent pas ($p=0,14$). Le résultat au <i>Bonding Questionnaire</i> est significativement plus faible chez les mères qui allaitent comparativement à celui des mères qui n'allaitent pas à cinq mois postpartum ($p=0,04$). Ce résultat signifie donc que la relation mère-enfant est significativement meilleure chez les mères qui allaitent comparativement à celles qui n'allaitent pas à cinq mois postpartum. Il n'y avait pas de différence par rapport à la façon de nourrir son enfant à cinq mois et la relation mère-enfant à un mois ($p=0,46$). De plus, il n'y avait pas de différences significatives quant au changement dans la façon de nourrir l'enfant et la relation mère-enfant à un et cinq mois ($p=0,16$).</p> <p>L'analyse de régression a permis d'identifier que les symptômes dépressifs élevés (≥ 9) à six mois postpartum ainsi que le statut marital (célibataire/séparée/divorcée) ($p=0,03$) sont</p>
<p>BUT</p>		
<p><u>But de l'étude</u> : Clarifier l'effet des symptômes de la dépression postpartum et de la relation mère-enfant sur la façon de nourrir son enfant à un et cinq mois.</p>		

	<p><u>L'Échelle de dépression postpartum d'Edinburgh (EPDS)</u>: Évalue les symptômes dépressifs à l'aide de dix questions avec des échelles de type Likert en quatre points (0-3 points) pour un total variant de 0 à 30.</p> <p><u>Le Bonding Questionnaire</u> :</p> <p>Permet d'évaluer la relation mère-enfant. Cette échelle comporte dix questions avec des échelles de type Likert en quatre points (0-3 points) pour un total variant de 0 à 30.</p>	<p>d'importants facteurs prédictifs de l'alimentation au biberon à cinq mois.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les mères ayant des symptômes dépressifs élevés sont plus à risque d'un sevrage précoce, soit avant cinq mois postpartum. Il importe donc que les intervenants soient à l'affût des symptômes dépressifs. De plus, il semble que les mères qui allaitent présentent une meilleure relation mère-enfant à cinq mois postpartum.</p>
--	---	---

Cernadas, J. M. C., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, 19(2), 136-144.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 539 mères a accepté de participer à l'étude et l'a fait jusqu'à six mois. Ces dernières ont été recrutées dans un hôpital de Buenos Aires entre le 2 septembre 1996 et le 31 janvier 1997. Les mères incluses étaient en bonne santé, avaient donné naissance à un bébé à terme et en bonne santé, et avaient toujours cohabité avec leur bébé. Les critères d'exclusion étaient les suivants : les grossesses gémellaires, les nouveau-nés avec des malformations congénitales de même que les mères qui n'avaient pas donné leur consentement.</p>	<p><u>Variables à l'étude</u> : attitude de la mère face à l'allaitement, le soutien de la famille, la technique d'allaitement, la condition des seins, le lien mère-enfant, le temps entre la naissance et la première mise au sein et le nombre de tétées dans le deuxième jour de vie.</p> <p>L'attitude de la mère face à l'allaitement, le soutien de la famille, la technique d'allaitement, la condition des seins, le lien mère-enfant était évalué à l'aide d'observations qui permettaient de catégoriser de très bon, bon ou correct. Chaque mère était évaluée par deux observateurs différents qui devaient procéder à deux évaluations chacun durant la durée du séjour à l'hôpital. La première évaluation avait lieu dans les 12 à 24 heures suivant la naissance de l'enfant alors que la deuxième était effectuée entre 48 et 72 heures. Les évaluateurs comparaient ensuite leurs résultats et s'il y avait une différence importante, un troisième évaluateur procédait à une évaluation.</p>	<p>Les taux d'allaitement exclusif à la sortie de l'hôpital, à un, quatre et six mois postnatal étaient respectivement de 97 %, 83%, 56 % et 19 %. De plus, 52 % des mères ont allaité exclusivement ou partiellement jusqu'à six mois.</p> <p>Aucune association n'a été observée entre l'âge maternel, la parité, le nombre de visites prénatales, la présence ou l'absence de problèmes durant la grossesse, le fait d'avoir suivi des cours prénataux, le nombre d'enfants, le type d'accouchement, le poids à la naissance, le genre, l'Apgar à une et cinq minutes et la durée d'allaitement exclusif. Cependant, le niveau d'éducation de la mère ainsi que la durée de l'allaitement de l'enfant précédent étaient associés à la durée de l'allaitement exclusif. En effet, les mères avec un niveau d'éducation secondaire ou collégial démontraient des durées d'allaitement exclusif significativement plus longues que celles ayant uniquement un niveau d'éducation équivalent au primaire ($p < 0,01$) et des taux d'allaitement exclusif à six mois significativement plus élevés ($p < 0,05$).</p> <p>Comme 97,8 % des mères avaient mis au sein leur bébé dans les premières six heures suivant la naissance, cette variable ne fluctuait pas suffisamment, c'est pourquoi celle-ci a été retirée des analyses subséquentes. Pour la même raison, le nombre de tétées dans le deuxième jour de vie ne variant pas suffisamment, celui-ci a été exclu des analyses puisque 99 % des bébés avaient été allaités entre six et dix fois.</p>
BUT ET HYPOTHÈSE		
<p><u>But</u> : Le but de cette étude était d'évaluer l'influence de certains facteurs sur la poursuite de l'allaitement exclusif durant les six premiers mois de vie de l'enfant.</p> <p>Ils ont voulu tester l'hypothèse que certains facteurs (l'attitude de la mère face à l'allaitement, le soutien de la famille, la technique d'allaitement, la condition des seins, le lien mère-enfant, le temps entre la naissance et la première mise au sein et le nombre de tétées dans</p>		

<p>le deuxième jour de vie) pourraient prédire la durée de l'allaitement exclusif indépendamment des facteurs sociodémographiques.</p>	<p>Le temps entre la naissance et la première mise au sein était pour sa part, catégorisé de la façon suivante : moins de six heures, entre six et 12 heures et plus de 12 heures. Alors que le nombre de tétées dans le second jour de vie a plutôt été catégorisé de la manière suivante : moins de six, entre six et dix ou plus de dix.</p> <p>Les données concernant la poursuite de l'allaitement ont été recueillies à l'aide d'entrevues téléphoniques avec la mère à deux semaines, un, deux, trois, quatre, cinq et six mois.</p>	<p>Chez les mères qui avaient une bonne, voire une très bonne attitude face à l'allaitement de même que chez celles qui avaient un bon ou très bon soutien familial, une bonne technique d'allaitement, ainsi qu'une très bonne relation mère-enfant, celles-ci étaient plus sujettes à allaiter exclusivement et à poursuivre l'allaitement exclusif jusqu'à six mois. Le risque d'abandonner l'allaitement exclusif diminue avec une meilleure attitude face à l'allaitement ($p < 0,001$), un meilleur soutien familial ($p < 0,05$), une meilleure technique d'allaitement ($p < 0,02$) de même qu'une meilleure relation mère-enfant ($p < 0,016$). De plus, il semble que le fait d'avoir des seins en très bonne condition augmente les chances d'allaiter exclusivement plus longtemps ($p < 0,001$), et ce, tout en contrôlant pour le niveau d'éducation.</p> <p><u>Conclusion</u> : Selon les résultats de cette étude, il semble que l'attitude de la mère face à l'allaitement, le soutien de la famille, la technique d'allaitement, la condition des seins, le lien mère-enfant sont d'importants facteurs prédictifs de la durée de l'allaitement exclusif.</p>
--	---	---

Tharner, A., Luijk, M. P. C. M., Raat, H., Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A., . . . Tiemeier, H. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics: JDBP*, 33(5), 396-404.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>675 dyades mères-enfant ont été recrutées au Pays-Bas. L'âge moyen des mères était de 32 ans, 35,7 % possédaient un baccalauréat. Les bébés étaient majoritairement (63,8 %) nés de façon spontanée, le poids moyen était 3517 g.</p>	<p>Les données concernant l'initiation de l'allaitement ont été colligées dans dossier médical alors que les données concernant la poursuite de l'allaitement ont été recueillies à l'aide de questionnaires envoyés par la poste à deux et six mois suivant la naissance. De plus, des données concernant l'âge, la parité, le niveau d'éducation, le poids à la naissance, l'Apgar ont également été colligées dans le dossier médical.</p>	<p>Près de 10 % des mères n'ont jamais initié l'allaitement et près de 22 % ont initié l'allaitement, mais ont cessé avant que le bébé n'ait deux mois alors que 36 % ont continué d'allaité après le deuxième mois, mais ont cessé avant le sixième mois de vie de l'enfant. Concernant l'attachement, 49,8 % possédaient un attachement sécurisant alors que 13,2 % présentaient un attachement insécurisant et 22,4 % désorganisés.</p>
<p>BUT ET OBJECTIFS</p>		
<p><u>But de l'étude</u> : Investiguer si la poursuite de l'allaitement dans les six premiers mois de vie de l'enfant est associée à une réponse maternelle sensible, à un attachement sécurisant ou désorganisé.</p> <p>Cette étude cherchait également à examiner le rôle médiateur ou modérateur potentiel d'une réponse maternelle sensible et le génotype des récepteurs maternel de l'ocytocine.</p>	<p>La réponse maternelle sensible a été évalué à 14 mois durant une séance d'observation de 13 minutes à l'aide du <i>Ainsworth Rating Scale</i>. De plus, l'attachement a également été évalué à 14 mois à l'aide du même instrument.</p> <p><u>Ainsworth Rating Scale</u> : Permet d'évaluer la capacité de la mère à percevoir et à répondre aux signaux émis par son enfant. Permet également d'évaluer l'attachement en le catégorisant.</p> <p>Les mères ont également été génotypées afin d'évaluer leurs récepteurs d'ocytocine.</p>	<p>L'analyse de régression linéaire a permis de démontrer qu'une durée d'allaitement plus longue était associée à une réponse maternelle plus sensible ($p=0,02$). Les résultats ont aussi permis de démontrer que les mères qui ont allaité au moins six mois étaient significativement plus sensibles que celles qui n'ont jamais allaité. ($p=0,05$). De plus, les enfants ayant été allaités au moins six mois présentent un attachement plus sécurisant que ceux n'ayant jamais été allaités ($p=0,01$) et que ceux ayant été allaités moins de deux mois ($p=0,05$) et que ceux ayant été allaités de deux à six mois ($p=0,05$).</p> <p><u>Conclusion</u> : Cette étude a permis de démontrer une association entre une durée d'allaitement prolongée et une plus grande sensibilité maternelle, un attachement sécurisant et moins de désorganisation.</p>

Le fonctionnement familial a été évalué à 30 semaines de grossesse à l'aide du *Family Assessment Device* qui est un questionnaire autoadministré comportant 12 questions.

Le bien-être psychologique de la mère a été évalué à deux mois postpartum à l'aide des 53 items du *Brief Symptom Inventory*.

Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, Brain Activation to Own Infant Cry, and Maternal Sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 907-915.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 17 mères a été composé de primipares et de multipares. La moyenne d'âge des participantes est de 31 ans et le niveau de scolarité moyen est de 16 ans.</p>	<p>Les mères ont été divisées en deux groupes selon qu'elles allaitaient exclusivement ou qu'elles donnaient exclusivement le biberon dans les deux à quatre semaines suivant la naissance de l'enfant. Dans cet échantillon, neuf mères allaitaient exclusivement et huit mères donnaient exclusivement le biberon entre la deuxième et la quatrième semaine postnatale. Entre trois et quatre mois parmi les mères qui allaitaient, cinq mères poursuivaient l'allaitement exclusif alors que quatre autres allaitaient mais donnaient également des biberons.</p>	<p>Les mères qui allaitent présentent une plus grande activation dans plusieurs régions cérébrales comparativement aux mères qui donnent le biberon ($p < 0,05$).</p> <p>À trois-quatre mois postnatal, les mères qui allaitent ont tendance à avoir un niveau de sensibilité maternelle plus élevé que les mères qui donnent le biberon ($p = 0,05$).</p>
BUT ET HYPOTHÈSES		
<p><u>But</u> : Examiner l'impact de l'allaitement sur la réponse cérébrale ainsi que sur la sensibilité maternelle.</p> <p>Hypothèses :</p> <p>L'activation cérébrale de la mère aux pleurs de son bébé sera plus grande chez les mères qui allaitent.</p> <p>Le niveau d'activation cérébrale des mères qui allaitent sera associé au niveau de sensibilité maternelle à trois mois.</p>	<p>Une résonance magnétique était ensuite faite dans le premier mois postnatal afin d'examiner l'activation cérébrale de la mère en réponse aux pleurs de son enfant.</p> <p>Entre trois et quatre mois, une interaction mère-enfant était enregistrée sur bande vidéo et analysée afin d'évaluer la sensibilité maternelle. Cette rencontre était effectuée au domicile de la mère. Dans cette rencontre, la sensibilité maternelle était</p>	<p>La fréquence d'administration de biberon chez les mères qui allaitent n'était pas associée significativement avec le niveau de sensibilité maternelle ($p > 0,10$).</p> <p>La sensibilité maternelle entre trois et quatre mois était corrélée positivement avec l'activation cérébrale notamment du gyrus frontale ($p < 0,01$) et le putamen droit ($p < 0,05$).</p> <p><u>Conclusion</u> : Les résultats de cette étude suggèrent un lien entre l'allaitement et une meilleure réponse cérébrale et une meilleure sensibilité maternelle.</p>

	<p>évaluée à l'aide du <i>Coding Interactive Behavior (CIB)</i>.</p> <p><u><i>Coding Interactive Behavior (CIB)</i></u> : Permet d'évaluer la sensibilité maternelle en examinant la communication entre la mère et son enfant (échanges verbaux, regards, l'affect, le toucher, la présence)</p>	
--	---	--

Pearson, R. M., Lightman, S. L., & Evans, J. (2011). The impact of breastfeeding on mothers' attentional sensitivity towards infant distress. *Infant Behavior & Development, 34*(1), 200-205.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>51 mères ont été recrutées. La moyenne d'âge des participantes était de 30 ans, 50 % étaient des primipares et 70 % détenaient un diplôme universitaire le résultat moyen de L'EPDS était de 4,95.</p>	<p>Les mères étaient rencontrées à leur domicile à 37 semaines de grossesse ainsi qu'entre trois et six mois suivants la naissance.</p>	<p>Les analyses ont permis de démontrer qu'après la naissance les mères qui allaitent présentent une plus grande sensibilité maternelle à la détresse de l'enfant que les mères qui donnent le biberon (p=0,021).</p>
<p>BUT ET HYPOTHÈSE</p>	<p>Lors de la rencontre postnatale, les mères devaient remplir un questionnaire qui recueillait des informations concernant entre autres l'âge de la mère, le niveau d'éducation, la parité.</p>	<p>De plus, il semble que les mères ayant qui allaitent après la naissance n'étaient pas significativement plus sensibles en fin de grossesse que les mères qui donnent le biberon (p=0,6).</p>
<p><u>But</u> : Évaluer la sensibilité maternelle à la détresse de l'enfant chez les mères qui allaitent et chez celles qui donnent le biberon durant la grossesse et après la naissance.</p> <p><u>Hypothèse</u> : La différence entre les mères qui allaitent et celles qui donnent le biberon n'apparaîtra qu'après la naissance de l'enfant au moment où l'allaitement sera commencé.</p>	<p>Lors de cette rencontre de même qu'à la visite postnatale la sensibilité maternelle était évaluée à l'aide de l'<i>Attentional Task</i>; en fait dans le cadre de cette évaluation, les mères devaient indiquer si l'enfant qui était présenté sur une photo était en détresse ou non.</p> <p><u>L'Échelle de dépression postpartum d'Edinburgh (EPDS)</u> : Évalue les symptômes dépressifs à l'aide de dix questions avec des échelles de type Likert en quatre points (0-3 points) pour un total variant de 0 à 30.</p>	<p><u>Conclusion</u> : Cette étude permet de démontrer un effet potentiel de l'allaitement sur la sensibilité maternelle qui ne serait pas attribuable à la sensibilité maternelle préexistante avant la naissance de l'enfant ou au niveau économique des mères qui choisissent d'allaiter.</p>

Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, Bonding, and the Mother-Infant Relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, 49(4), 495-521.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 570 dyades mères-enfants a été constitué dans le cadre de cette étude. La moyenne d'âge des mères était de 29 ans et elles possédaient en moyenne 16 années de scolarité.</p>	<p>Les participantes ont été recrutées dans le deuxième trimestre de leur grossesse. Par la suite, à quatre et 12 mois postnatals, trois interactions mère-enfant étaient évaluées. L'une comprenant une séance d'alimentation du bébé, l'autre une tâche structurée comme un changement de couche et une troisième une séance de jeux libres. De plus à ces deux temps de mesure, les mères devaient compléter un questionnaire envoyé par la poste. Ces deux questionnaires comprenaient les instruments de mesures énumérés ci-dessous ;</p>	<p>L'ethnicité ($p=0,06$) et le fait que la grossesse soit désirée ($p>0,05$) ne sont pas associés à la décision d'allaiter son bébé.</p> <p>Les mères qui allaitent à quatre mois présentent légèrement un plus grand attachement ($M : 10,94$, $SD : 2,61$) à leur bébé que les mères qui donnent le biberon ($M : 11,35$, $SD : 2,74$) (un résultat plus bas indique un plus grand attachement). Toutefois, cette différence n'est pas significative ($p=0,08$).</p>
<p>BUT</p>		
<p><u>But</u> : Examiner l'influence de la façon de nourrir son enfant et le développement de la relation mère-enfant.</p>	<p><i>The Jackson Personality Research Form scale</i> : Permet de mesurer la qualité des relations interpersonnelles.</p> <p><i>Eysenck's Personality Inventory (EPI)</i> : Permet d'évaluer le côté obsessionnel de la personnalité de la mère.</p> <p><i>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> : Permet d'évaluer le niveau d'anxiété situationnelle de même que les traits anxieux.</p>	<p>Il n'a pas été possible de constater de différence significative entre les mères qui allaitent à douze mois et celles qui donnent le biberon concernant l'attachement mère-enfant ($p>0,05$).</p> <p>En ce qui concerne la qualité de la relation mère-enfant à quatre mois et le fait d'allaiter ou de donner le biberon, aucune relation significative n'a été trouvée ($p>0,05$).</p> <p>Pour ce qui est de la qualité de la relation mère-enfant à douze mois et le fait d'allaiter, certaines composantes de la relation mère-enfant ont obtenu des résultats significatifs ($p<0,05$); c'est le cas notamment en ce qui concerne la présence d'affects négatifs et de comportements intrusifs chez la mère de même qu'une mauvaise gestion des émotions chez le bébé. En effet, les mères qui allaitent présenteraient moins d'affects négatifs et moins de comportements intrusifs que celles qui donnent le biberon. De plus les bébés allaités démontreraient moins de problèmes à gérer leurs émotions adéquatement.</p>

	<p><u>State Trait Anger Expression Inventory (STAXI)</u> : Permet d'évaluer l'expérience, l'expression et le contrôle de la colère.</p> <p><u>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</u> : Permet d'évaluer les symptômes dépressifs.</p> <p><u>Traditionnal-Egalitarian Sex Role scale (TESR)</u> : Permet d'examiner l'attitude de la mère par rapport le rôle associé au genre.</p> <p><u>Partner-Role Quality Scale</u> : Permet d'évaluer la qualité de la relation maritale.</p> <p><u>Salience Inventory</u> : Permet d'examiner l'engagement auprès de la famille.</p> <p><u>Parent-Child Early Relational Assessment (PCERA)</u> : Permet de mesurer la qualité de la relation mère-enfant.</p>	<p><u>Conclusion</u> : Les mères qui pratiquent l'allaitement tendent à présenter une meilleure relation mère-enfant que celles qui donnent le biberon; toutefois les mères qui donnent le biberon ne présentent pas pour autant une mauvaise relation mère-enfant.</p>
--	---	---

Drake, E. E., Humenick, S. S., Amankwaa, L., Younger, J., & Roux, G. (2007). Predictors of maternal responsiveness. *Journal of Nursing Scholarship, 39*(2)

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>177 mères ont été recrutées à l'aide d'un groupe créé sur le Web. La moyenne d'âge des participantes était de 28 ans, la majorité (83 %) était de race blanche et 80 % étaient mariées. Concernant le niveau d'éducation, 78 % possédaient un diplôme d'études collégial, le revenu moyen était supérieur à 60 000 \$ par année et 64 % des participantes étaient des primipares.</p>	<p>La réponse maternelle est définie dans cette étude comme étant la capacité de la mère à reconnaître adéquatement les signaux émis par son enfant et à y répondre correctement.</p> <p>Les mères étaient invitées à répondre à un sondage de 60 questions en ligne lorsque leur enfant avait entre deux et quatre mois. Ce questionnaire comportait des questions concernant les données sociodémographiques de même que des questions sur la façon de nourrir son enfant en plus de trois instruments de mesure énumérés ci-dessous;</p>	<p>Grâce à l'analyse de régression, il a été possible d'identifier trois facteurs permettant de prédire la réponse maternelle soit la satisfaction de la qualité de vie ($p < 0,01$), l'estime de soi ($p < 0,05$) de même que le nombre d'enfants ($p < 0,01$).</p> <p>Dans la présente étude, les facteurs sociodémographiques n'ont pas permis de démontrer de relation significative avec la réponse maternelle (âge ($p = 0,817$), l'éducation ($p = 0,788$), le revenu ($p = 0,939$), le statut marital ($p = 0,07$). La façon de nourrir son enfant, plus particulièrement l'allaitement, ne semble pas non plus influencer significativement la réponse maternelle ($p = 0,982$).</p>
<p>BUT</p>		
<p><u>But</u> : Explorer les facteurs permettant de prédire la réponse maternelle entre deux et quatre mois suivant la naissance de l'enfant.</p>	<p><u>Maternal Infant Responsiveness Instrument (MIRI)</u> : Permet d'évaluer la perception de la mère des besoins de son enfant et d'évaluer la réponse de l'enfant.</p> <p><u>Rosenberg Self-Esteem Scale (RES)</u> : Permet d'évaluer l'estime de soi.</p> <p><u>Satisfaction with Life Scale (SWLS)</u> : Permet d'évaluer la perception de la personne sur sa satisfaction globale de sa qualité de vie.</p>	<p><u>Conclusion</u> : Dans cette étude, l'allaitement n'a pas d'effet significatif sur la réponse maternelle contrairement à la satisfaction par rapport à la qualité de vie de même que l'estime de soi et le nombre d'enfants qui eux influencent positivement la réponse maternelle.</p>

Jansen, J., de Weerth, C., & Riksen-Walraven, J. M. (2008). Breastfeeding and the Mother-Infant Relationship-A Review. *Developmental Review, 28*(4), 503-521.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
6 articles analysés		L'analyse de ces études a permis à Jansen et ses collaborateurs de constater qu'il n'est pas possible d'affirmer que l'allaitement a un impact positif sur la relation mère-enfant puisque ce résultat n'est pas appuyé empiriquement par les études antérieures. Cependant, ces auteurs précisent également que cela ne veut pas dire qu'il n'existe aucun lien entre l'allaitement et la sensibilité maternelle. En effet, ces derniers soulèvent la possibilité que cela puisse être causé par un manque de données empiriques sur le sujet ainsi qu'aux problèmes méthodologiques des études antérieures (Jansen, et al., 2008). D'ailleurs, ces derniers considèrent que la recherche sur le sujet souffre notamment d'un manque de clarté dans la définition de la relation mère-enfant. De plus, ils recommandent que la recherche sur le sujet se poursuive auprès d'échantillon de plus grande taille
BUT ET MÉTHODOLOGIE		
<p><u>But de cette synthèse des écrits</u> : Clarifier le rôle de l'allaitement dans la relation mère-enfant.</p> <p>Recherche effectuée dans <i>PsychInfo, Medline and the International Bibliography for the Social Sciences</i>. Les mots clés suivants ont été utilisés; « bond » et/ou « attachment » et « breastfeeding », ce qui a permis d'identifier 328 articles. Après une lecture des résumés et l'élimination des doublons, le nombre d'articles a été réduit à 41. De ces 41 articles, 22 concluaient de façon générale à une relation positive entre l'allaitement et la relation mère-enfant sans toutefois faire référence à de solides données empiriques. Dans 13 autres articles répertoriés, les raisons pour lesquelles la mère décidait d'allaiter n'étaient pas répertoriées. Donc, six études examinant l'association entre l'allaitement et la relation mère-enfant ont été examinées en profondeur.</p>		

Schulze, P. A., & Carlisle, S. A. (2010). What research does and doesn't say about breastfeeding: a critical review. *Early Child Development & Care, 180*(6), 703-718.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
Le nombre d'articles consultés n'est pas présenté.	Éléments investigués : <u>Bénéfices de l'allaitement</u>	<p><u>Conclusion</u> : Souvent promu comme étant un bénéfice de l'allaitement, il y a peu d'appui empirique à l'effet que l'allaitement améliorerait la relation mère-enfant. Il importe que les recherches se poursuivent à ce sujet, car les campagnes de promotion de l'allaitement doivent se baser sur des données probantes.</p>
BUT ET MÉTHODOLOGIE	Pour le bébé :	
<p><u>But de la synthèse des écrits</u> : Examiner les effets positifs et les bénéfices de l'allaitement pour la mère, pour le bébé et pour la société. Par la suite, les auteurs discutent des initiatives en santé publiques mises en place pour augmenter les taux d'allaitement à la lumière des facteurs associés à l'initiation et à la persistance de l'allaitement.</p> <p>La méthodologie utilisé pour effectuer cette recension n'est pas détaillée, il n'est pas possible de connaître les mots clés utilisés de même que les moteurs de recherche utilisé ni le nombre d'article consultés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Bénéfices pour la santé du bébé -Bénéfice cognitifs -Bénéfices socioémotionnels <p><u>Bénéfices pour la mère</u></p> <p><u>Bénéfices économique et sociéta</u></p> <p><u>Promotion de l'allaitement</u></p> <p><u>Initiatives publiques</u></p> <p><u>Impact de l'éducation, du niveau socio-économique et de l'ethnie</u></p> <p><u>Influence familiale et sociale de l'allaitement</u></p> <p><u>Implication de la sexualité et de l'image corporelle sur l'allaitement</u></p>	

Lacombe, M., & Bell, L. (2010). Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant: symptômes dépressifs et sensibilité maternelle. *21e conférence d'AWHONN*.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon regroupant 140 primipares demeurant dans la région de Chaudière-Appalaches a été constitué. La moyenne d'âge des mères était de 27 ans, 36 % des participantes possédaient un niveau de scolarité universitaire et 60 % des mères possédaient un revenu annuel de plus de 55 000 \$.</p>	<p>Avant la sortie de l'hôpital, des données étaient collectées dans le dossier médical de la mère et du bébé. De plus, avant le départ de l'hôpital, à un et six mois postnatal, toutes les mères devaient remplir un questionnaire concernant l'allaitement et les données sociodémographiques. De plus, dans ces questionnaires figuraient les différents instruments de mesures énumérés ci-dessous;</p>	<p>La sensibilité maternelle est associée à la poursuite de l'allaitement à un mois. Le fait d'être plus sensible dans les composantes de la proximité physique à 48 heures ($p=0,043$) et de la découverte ($p=0,027$) à un mois est associé à la poursuite de l'allaitement à un mois.</p>
<p>BUT</p>		<p>Grâce à l'analyse de régression logistique, les symptômes dépressifs à un mois ($p=0,036$), le fait d'avoir suivi de cours prénataux ($p=0,002$), le fait d'être déterminée à allaiter ($p=0,006$) sont des facteurs prédictif de la poursuite de l'allaitement à un mois.</p>
<p><u>But</u> : Examiner l'influence des symptômes dépressifs, de la sensibilité maternelle et des facteurs connus sur la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant.</p>	<p><u>Inventaire de soutien social</u> : Évalue le soutien social</p> <p><u>Échelle de dépression postnatale d'Edimbourg</u> : Permet d'évaluer les symptômes de dépression</p> <p><u>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> : Permet d'évaluer les traits d'anxiété de même que l'anxiété situationnel.</p> <p><u>Échelle de sensibilité maternelle</u> : Permet d'évaluer le niveau de sensibilité maternelle.</p>	<p><u>Avenue de recherche</u>: L'aspect relationnel est une avenue prometteuse pour mieux comprendre les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel.</p>

Courtois, E., Lacombe, M., & Tysio, D. (2012). *Les facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie du nourrisson, en région parisienne*. Communication présentée 5e Congrès mondial des infirmières et des infirmiers francophones, Genève.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>247 dyades mère-enfant recrutée dans la région parisienne. 52, 1 % des mères étaient des primipares, la moyenne d'âge des mères était de 31,7 ans et 100 % des mères vivaient en couple.</p>	<p>Les données ont été collectées à 48 h, un, trois et six mois de vie de l'enfant. Les instruments de mesure utilisés sont l'<i>Échelle de sensibilité maternelle</i>, le l'inventaire d'anxiété situationnelle du <i>STAI</i> de même que l'<i>Échelle de soutien social</i>. À noter que des données sociodémographiques ont été collectées à partir du dossier médical de la mère et du bébé de même que part un questionnaire de renseignement.</p>	<p>Il semble que les mères ayant un niveau d'anxiété plus élevé étaient moins nombreuses à allaiter à six mois ($p=0,009$). De plus, les mères qui étaient plus sensibles à 48 h avaient plus tendance à allaiter à six mois ($p=0,016$). Les mères qui étaient plus sensibles dans la composante de la communication ($p=0,035$) et l'engagement à 48 h ($p=0,024$) de même que celles qui avaient l'intention d'allaiter à 48 h ($p=0,001$) étaient plus nombreuses à allaiter à six mois.</p>
<p>OBJECTIF</p>		
<p><u>Objectif de l'étude</u> : Décrire l'influence des facteurs sociodémographiques, émotionnels et relationnels sur la poursuite de l'allaitement maternel à 48 h, un mois, 3 mois et 6 mois de vie de l'enfant.</p>	<p><u>Échelle de sensibilité maternelle</u> : Évalue la sensibilité maternelle selon cinq composantes : la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication et l'engagement.</p> <p><u>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> : Permet d'évaluer l'anxiété situationnelle.</p> <p><u>Échelle de soutien social</u> : Évalue le soutien social.</p>	<p>En ce qui concerne les analyses de corrélation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle, elles étaient corrélées de façon significative à chaque temps de mesure soit à 48 heures ($r_s=0,254$; $p=0,000$), un mois ($r_s=0,312$; $p=0,000$), trois mois ($r_s=0,331$; $p=0,000$) et six mois ($r_s=0,407$; $p=0,000$). Ainsi, les résultats de ces analyses de corrélation permettent de croire que plus la mère est anxieuse moins elle est sensible et ce à chaque temps de mesure.</p> <p>Pour ce qui est des résultats de l'analyse de régression logistique, cette dernière a permis de démontrer que l'anxiété maternelle à 48 h ($p=0,002$) de même que la composante de l'engagement à 48 h ($p=0,030$) et le fait d'être déterminée à allaiter ($p=0,044$) sont des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement à six mois.</p> <p><u>Avenue de recherche</u>: Les recherches doivent se poursuivent spécialement concernant l'impact de l'anxiété maternelle sur la poursuite de l'allaitement maternel.</p>

ANNEXE IV
RÉSUMÉS ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET ALLAITEMENT

Britton, J. R. (2007). Postpartum anxiety and breast feeding. *Journal of Reproductive Medicine*, 52(8), 689-695.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>356 mères qui allaitaient à l'hôpital ont été recrutées dans un centre hospitalier universitaire des USA. La moyenne d'âge des participantes était de 25,3 ans, 9 % avaient un diplôme d'études supérieur et le revenu moyen était de 30 000 \$US. Le résultat moyen du <i>STAI</i> à la sortie de l'hôpital était de 33,45 et à un mois 34,90.</p>	<p>Les mères étaient recrutées à l'hôpital puis devaient remplir un questionnaire avant la sortie de l'hôpital. Dans ce questionnaire, il y avait des questions concernant les données sociodémographiques (âge, éducation, revenu, statut marital, parité). Il y avait également des données concernant l'expérience antérieure d'allaitement, l'administration d'information sur l'allaitement antérieurement, l'allaitement immédiat suivant la naissance, l'administration de complément, l'objectif d'allaitement. Dans ce questionnaire figurait également le <i>Breast feeding Confidence Scale (BCS)</i> ainsi que le <i>STAI</i>. De plus, des données étaient colligées dans le dossier médical de la mère et de son enfant.</p>	<p>La confiance en l'allaitement est un facteur permettant de prédire l'allaitement exclusif à un mois ($p=0,000$).</p> <p>Les mères ayant une expérience antérieure d'allaitement étaient moins anxieuses à la sortie de l'hôpital que celles n'ayant jamais allaité, toutefois cette différence n'était pas significative.</p> <p>L'anxiété au départ de l'hôpital est inversement corrélée avec la confiance en l'allaitement ($p=0,000$).</p>
<p>BUT ET HYPOTHÈSES</p>		
<p><u>But</u> : Évaluer la relation entre l'anxiété postnatale et l'expérience, les connaissances, la confiance et la performance en matière d'allaitement.</p> <p>Hypothèse 1 :</p> <p>L'anxiété maternelle en postpartum chez les mères qui allaitent serait plus élevée chez celles n'ayant pas d'expérience antérieure d'allaitement ou de connaissances sur l'allaitement, celles-ci présenteraient une moins grande confiance dans le rôle de l'allaitement.</p>	<p>À un mois postnatal, un questionnaire était envoyé à chaque participante. Dans ce questionnaire, des questions concernant la pratique de l'allaitement étaient présentes en plus du <i>STAI</i>.</p> <p><u><i>Breast feeding Confidence Scale (BCS)</i></u></p>	<p>Les mères ayant un niveau d'anxiété élevé sont moins sujettes à initier l'allaitement immédiatement après l'accouchement ($p < 0,05$) et sont plus sujettes à avoir donné un complément à leur enfant ($p=0,022$).</p> <p>Comparativement aux mères ayant un niveau d'anxiété faible à un mois, celles ayant un niveau d'anxiété élevé sont moins sujettes à pratiquer l'allaitement total et exclusif ($p=0,000$).</p> <p>Les mères avec une anxiété élevée ($p=0,01$) sont plus sujettes à avoir cessé d'allaiter à un mois.</p> <p><u>Conclusion</u> : Les résultats de cette recherche démontrent clairement que l'anxiété maternelle est associée avec une diminution des taux d'allaitement et démontre l'importance d'accorder une attention particulière à l'aspect de la santé mentale dans la promotion de l'allaitement.</p>

<p>Hypothèse 2 :</p> <p>Les mères ayant un niveau d'anxiété élevé en postpartum seraient moins sujettes à allaiter immédiatement après la naissance et plus sujettes à donner des compléments durant le séjour à l'hôpital.</p> <p>Hypothèse 3 :</p> <p>L'anxiété postpartum élevé serait associée avec une diminution du succès de l'allaitement.</p>	<p>Instrument qui sert à évaluer la confiance de la mère en l'allaitement.</p> <p><i>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</i></p> <p>Permet d'évaluer le niveau d'anxiété situationnelle. Dans le cadre de cette étude, les auteurs ont utilisé deux façons pour catégoriser les résultats. Parfois ils utilisent les scores seuil suivants : – de 40 = anxiété faible, 40-60 = modérée et 60 et plus = élevée.</p> <p>Parfois ils la catégorisent de la façon suivante : moins de 40 = anxiété faible et anxiété élevée à plus de 40.</p>	
--	--	--

Kehler, H. L., Chaput, K. H., & Tough, S. C. (2009). Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. *Canadian Journal of Public Health, 100*(5), 376-380.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>N=780 mères ont été recrutées</p> <p>Le recrutement a été effectué à Calgary entre le 30 novembre 2005 et le 27 mars 2006.</p> <p>Près de 90 % des mères étaient âgées de plus de 25 ans, avaient un partenaire stable, possédaient de l'éducation postsecondaire, avaient un revenu familial >40 000 \$/année, étaient nées au Canada et parlaient anglais à la maison. Presque toutes les mères ont initié l'allaitement (95,6 %) et la majorité avait allaité au moins six mois.</p>	<p>Les mères étaient contactées par téléphone pour savoir si elles acceptaient d'être dans l'étude, ensuite elles devaient répondre à trois questionnaires téléphoniques, soit un dès qu'elles étaient recrutées, un autre entre la 32^e et 36^e semaine de grossesse ainsi qu'à huit semaines postpartum. Ce questionnaire prenait entre 15 et 20 minutes à répondre et comportait des questions sur l'initiation et la durée d'allaitement.</p> <p><u>Symptom Questionnaire Depression</u> : Évalue les symptômes dépressifs</p> <p><u>Symptom Questionnaire Anxiety</u> : Évalue les symptômes d'anxiété</p>	<p>Les facteurs de risque significatifs pour la cessation précoce de l'allaitement avant six mois sont l'âge de la mère (p<0,05), l'obésité avant la grossesse (p<0,05), un faible niveau d'éducation maternelle (p<0,05), travailler à temps plein ou avoir l'intention de travailler à temps plein à l'intérieur de la première année de vie du bébé (p<0,05), une histoire de dépression (p<0,05), la dépression (p<0,05) ou l'anxiété durant la grossesse (p<0,05), un faible soutien social (p<0,05) ainsi que le fait de fumer durant la grossesse (p<0,05).</p> <p><u>Conclusion</u> : Une histoire de dépression ainsi qu'une dépression, l'anxiété et un faible soutien social durant la grossesse sont des facteurs de risque pour un arrêt précoce de l'allaitement. L'identification précoce des mères à risque de sevrage jumelé à des stratégies efficaces de promotion de l'allaitement pourraient permettre de diminuer le sevrage précoce du bébé.</p>
<p>BUT</p>		
<p><u>But</u> : Décrire le taux d'initiation de l'allaitement et la durée de l'allaitement maternel jusqu'à six mois et identifier les facteurs de risque pour l'échec de l'allaitement durant les six premiers mois postnataux.</p>	<p><u>Social Support Index</u> : Permet d'évaluer le soutien social</p> <p><u>Rosenberg Self Esteem Scale</u> : Évalue l'estime de soi</p> <p><u>Edinburgh Postnatal Depression Scale</u> : Permet d'évaluer les symptômes dépressifs</p>	

Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2011). Breastfeeding after assisted conception: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 100(4), 529-533.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>183 mères australiennes ont été recrutées en début de grossesse. L'âge moyen des participantes était de 35 ans et 70 % des mères étaient des primipares.</p>	<p>Les données ont été collectées avec des entrevues téléphoniques et des questionnaires postaux autoadministrés dans le premier et dernier trimestre de la grossesse ainsi qu'à trois, huit et 18 mois suivant la naissance.</p>	<p>Il n'a pas été possible de découvrir d'association significative entre la poursuite de l'allaitement et l'âge de la mère, les résultats à l'EPDS en fin de grossesse et en postnatale, les traits de personnalité selon le (VPSQ), l'attachement anténatal au fœtus (AAQ), la qualité de la relation avec le conjoint (IBM), le tempérament de l'enfant (EITQ et STSI), le type d'accouchement, le niveau de satisfaction concernant l'hospitalisation en obstétrique de même que le retour au travail à trois mois postnatal.</p>
<p>BUT</p>		
<p><u>But</u> : Investiguer la prévalence de l'allaitement après une reproduction assistée et identifier les facteurs de risque pour une durée d'allaitement de moins de six semaines et une cessation avant huit mois.</p>	<p>Au premier trimestre, des données ont été collectées concernant le statut socioéconomique ainsi que le niveau d'éducation. De plus, les mères devaient remplir le <i>Vulnerable Personality Style Questionnaire (VPSQ)</i> ainsi que le <i>Intimate Bonds Measure (IBM)</i>.</p> <p>Dans le troisième trimestre de la grossesse, les mères devaient remplir le <i>Antenatal Attachment Questionnaire</i>.</p> <p>Trois mois après la naissance, des données concernant l'expérience du séjour en obstétrique de même les conseils en ce qui a trait à la façon de nourrir son enfant ont été recueillies. Dans les questionnaires de trois et huit mois, les mères devaient répondre à des questions concernant la façon de</p>	<p>Toutefois, il a été possible de constater qu'un niveau d'anxiété plus élevé en fin de grossesse (3e trimestre) ($p=0,05$) ainsi que le fait de ne pas avoir été suffisamment été conseillée sur l'allaitement à l'hôpital ($p=0,03$) permet de prédire une durée d'allaitement de moins de six semaines et une cessation avant huit mois. De plus, les mères n'ayant pas de diplôme universitaire sont plus à risque de cesser l'allaitement avant huit mois ($p=0,005$).</p> <p><u>Avenue de recherche</u> : Comme certains facteurs influençant la poursuite de l'allaitement sont modifiables notamment en ce qui concerne l'anxiété, il importe de mettre en place des stratégies anténatales visant à diminuer l'anxiété durant la grossesse afin d'améliorer les taux d'allaitement chez les femmes qui donnent naissance par des technologies d'assistance à la conception.</p>

	<p>nourrir leur enfant aux différents temps de mesure (trois, huit et 18 mois). Les mères devaient également remplir à trois et huit mois le <i>Early Infancy Temperament Questionnaire (ETIQ)</i> ainsi que le <i>Short Temperament Scale for Infant</i>.</p> <p>De plus, à chaque temps de mesure à la période postnatale, les mères devaient remplir le <i>Profile of Mood States (POMS)</i> ainsi que l'<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>.</p> <p><u><i>Vulnerable Personality Style Questionnaire (VPSQ)</i></u> : Permet d'évaluer les caractéristiques de la personnalité de la mère qui augmente le risque de dépression.</p> <p><u><i>Intimate Bonds Measure (IBM)</i></u> : Évalue la perception de la mère de sa relation avec son conjoint</p> <p><u><i>Antenatal Attachment Questionnaire</i></u> : Permet d'évaluer l'attachement de la mère à son fœtus.</p> <p><u><i>Early Infancy Temperament Questionnaire (ETIQ)</i></u> : Permet d'évaluer le tempérament de l'enfant.</p>	
--	---	--

	<p><u>Short Temperament Scale for Infant (STSI)</u>: Permet d'évaluer le tempérament de l'enfant.</p> <p><u>Profile of Mood States (POMS)</u> <u>Instrument</u>: Permet de détecter la variation de l'humeur chez une population ayant une psychologie normale. Ce test comprend six sous-échelles portant sur six dimensions de l'humeur, dont l'une concerne la tension et l'anxiété.</p> <p><u>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</u>: Permet d'évaluer les symptômes dépressifs chez la mère.</p>	
--	--	--

Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12, 36-36.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
42 225 Norvégiennes dont 42,2 % étaient des primipares	Des données étaient collectées à partir du dossier médical (parité, type d'accouchement, âge gestationnel) ainsi qu'à l'aide de deux questionnaires remplis durant la grossesse, soit à 17 et 34 semaines de gestation et un autre à six mois postnatals.	L'anxiété et la dépression à six mois postnatals sont des facteurs qui permettent de prédire l'allaitement mixte (B 0,08; 95 %; CI 0,05-0,11) et l'alimentation au biberon (B 0,24; 95 %; CI 0,21-0,28).
BUT ET OBJECTIF		
<p><u>But</u> : Cherche à comprendre si la cessation de l'allaitement est reliée à une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression de la grossesse à six mois.</p> <p>Elle cherche également à vérifier si l'augmentation associée à l'arrêt de l'allaitement est considérablement plus élevée chez les mères qui souffraient d'anxiété et de dépression durant la grossesse.</p>	<p>Ces trois questionnaires comportaient des questions sur l'état de santé physique et mentale de la mère, les données sociodémographiques. Le statut nutritionnel (statut d'allaitement, introduction des aliments) était pour sa part évaluée à six mois postnatal.</p> <p>L'anxiété de la mère et la dépression maternelle ont été évaluées à l'aide du <i>Hopkins Symptom Checklist (SCL-8)</i> à 30 semaines de grossesse et à six mois postpartum.</p> <p><u>Hopkins Symptom Checklist (SCL-8)</u> :</p> <p>Questionnaire autorapporté de huit items qui mesure la détresse psychologique, plus spécialement l'anxiété et la dépression.</p>	<p>Le niveau d'anxiété et de symptômes dépressifs à la période prénatale est associé (B 0,24; 95 %; CI 0,21-0,28) à la cessation de l'allaitement à six mois La cessation de l'allaitement est un facteur prédictif de l'augmentation de l'anxiété et de la dépression en postnatal (B 0,24; 95 %; CI 0,21-0,28).</p> <p><u>Conclusion</u> : L'anxiété et la dépression prénatale sont associées à l'arrêt de l'allaitement. De plus, la cessation de l'allaitement est également associée à une augmentation des symptômes d'anxiété et de dépression à six mois postnatals. Les mères qui présentent des symptômes d'anxiété et de dépression durant la grossesse sont plus à risque de souffrir de dépression et d'anxiété à la période postnatale. Les mères qui sont plus anxieuses ou dépressives doivent avoir été mieux soutenues afin d'éviter un sevrage précoce.</p>

Papinczak, T. A., & Turner, C. T. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review*, 8(1), 25-33.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 159 mères a été recruté à l'hôpital suite à la naissance de l'enfant. Dans cet échantillon, 35,2 % était âgées entre 30-34 ans, la majorité était caucasienne, 53 % avait un revenu supérieur à 40 000 \$.</p>	<p>La mère était rencontrée avant son départ de l'hôpital et à ce moment un intervieweur remplissait un questionnaire avec celle-ci. Par la suite l'intervieweur allait rencontrer la mère à son domicile à trois mois postnatal afin de remplir avec elle le deuxième questionnaire. Pour ce qui est du troisième questionnaire, celui-ci était rempli suite à un entretien téléphonique avec la mère à six mois. De plus, à trois mois ainsi qu'à six mois la mère devait remplir un questionnaire autoadministré regroupant les instruments de mesure suivants :</p>	<p>Cette étude n'a permis de démontrer aucune association entre les facteurs confondants (âge, éducation, revenu, cours prénataux et la santé maternelle) et l'initiation de même que la durée de l'allaitement.</p> <p>Une durée d'allaitement plus longue est associée à un faible niveau d'anxiété à trois mois ($p=0,017$) et de symptômes dépressifs ($p=0,039$) de même qu'à une bonne estime personnelle ($p=0,000$).</p>
BUT ET OBJECTIFS		
<p><u>But</u> : Le but de cette étude était de déterminer comment l'influence de certaines caractéristiques personnelles et sociales de la mère au cours des six premiers mois peuvent influencer l'initiation et la poursuite de l'allaitement.</p> <p>Les trois objectifs principaux étaient de déterminer quelle était la pratique courante de l'allaitement à l'hôpital jusqu'à six mois. Deuxièmement, cette étude tentait de déterminer l'influence de certains facteurs psychosociaux sur l'initiation et la poursuite de l'allaitement, tels que : l'intention d'utiliser les services de santé, la disponibilité du soutien, la confiance en la capacité de réussir son allaitement, le soutien social, la santé sociale, l'estime de soi ainsi que l'anxiété et la dépression.</p>	<p>Plusieurs données confondantes ont été évaluées à travers les différents questionnaires telles que : l'âge, la parité, l'ethnie, le revenu, les cours prénataux, et l'emploi par exemple.</p> <p><u>Duke Health Profile</u> : Permet d'évaluer l'état de santé (physique et sociale ainsi que l'estime de soi, l'anxiété et la dépression).</p> <p><u>Medical Outcomes Study Social Support Survey</u> : Permet d'évaluer le soutien social.</p>	<p>Les auteurs suggèrent que les difficultés d'allaitement peuvent prédisposer à un sevrage précoce et amène de l'anxiété. Les mères souffrant d'anxiété sont moins capables de « coper » avec la demande d'allaitement ce qui amène un sevrage précoce.</p> <p><u>Avenue de recherche</u> : Il importe de reconnaître l'influence des facteurs psychosociaux sur l'allaitement. De plus, les activités de promotion portant sur l'allaitement devraient tenir compte de ces facteurs. Les recherches doivent se poursuivre sur le sujet afin de fournir des données probantes solides.</p>

O'Brien, M., Buikstra, E., & Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 397-408.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>375 mères ont été recrutées dans deux hôpitaux d'Australie. La majorité des participantes (92 %) étaient mariées ou cohabitaient avec le père de l'enfant. De plus, 61 % des mères avaient déjà au moins un autre enfant. La moyenne d'âge était de 30 ans et elles avaient en moyenne, 13,6 années de scolarité.</p>	<p>Les mères devaient remplir un questionnaire dans les 14 jours suivant la naissance et à six mois postpartum, elles étaient contactées par téléphone pour vérifier leur statut d'allaitement et l'âge d'introduction des aliments.</p>	<p>Les résultats du DASS-21 ont permis de démontrer que plus de 44 % des mères présentaient des symptômes de détresse postnatale tels qu'un niveau de stress, d'anxiété et de dépression variant de moyen à extrêmement sévère.</p>
<p style="text-align: center;">BUT</p>	<p>Dans le questionnaire complété dans les 14 jours suivants la naissance, il était possible de retrouver des questions concernant les données sociodémographiques. De plus dans ce questionnaire, il était possible de retrouver plusieurs instruments de mesure tels que :</p>	<p>La durée d'allaitement total et exclusif est associée avec l'âge de la mère (rs=0,2 et rs=0,2), une disposition à l'optimisme (rs=0,12 et rs=0,18), au sentiment d'efficacité personnel (rs=0,48 et 0,46), en la confiance en l'allaitement maternel (rs=0,49 et rs= 0,39), au attitude envers l'allaitement (rs=-0,36 et rs=-0,30) ainsi qu'à l'anxiété (rs=-0,12 et rs=-0,16).</p>
<p><u>But</u> : Examiner la relation entre les caractéristiques psychologiques de la mère et la durée d'allaitement après contrôle de certaines variables sociodémographiques (l'âge, l'éducation, le statut marital, le revenu, la parité, l'expérience antérieure d'allaitement ainsi que le retour au travail).</p>	<p><i>Rosenberg's Self-Esteem Scale, Hong's Psychological Rectance Scale, Adaptability Scale, Life Orientation, Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Depression Anxiety Stress Scale-21, Achievement Strivings Scale, Self-efficacy subscale.</i></p> <p><u>Rosenberg's Self-Esteem Scale</u> : Permet d'évaluer l'estime de soi</p>	<p>La préférence du conjoint pour l'allaitement (p<0,001), le sentiment d'efficacité personnelle en ce qui a trait à l'allaitement (p<0,001) de même que l'objectif d'allaitement (p<0,001), sont les trois seuls facteurs ayant été identifiés comme étant des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement.</p> <p><u>Conclusion</u> : Cette recherche confirme l'importance des facteurs psychologiques comme étant des prédicteurs de la poursuite de l'allaitement. Ces connaissances ont une implication pour la clinique et les recherches futures et représentent une augmentation dans notre capacité à identifier les mères à risque d'un sevrage précoce et à construire des programmes capable d'augmenter la durée d'allaitement.</p>

	<p><u>Hong's Psychological Reactance Scale</u> : Permet d'évaluer la réaction psychologique</p> <p><u>Adaptability Scale</u> : Permet d'évaluer la capacité d'adaptation</p> <p><u>Life Orientation</u> : Permet d'évaluer la disposition à l'optimisme</p> <p><u>Breastfeeding Self-Efficacy Scale</u> : Permet d'évaluer le sentiment d'efficacité par rapport à l'allaitement</p> <p><u>Depression anxiety stress scale 21 lovibond (DASS-21)</u> : Permet d'évaluer l'anxiété, la dépression ainsi que le niveau de stress.</p> <p><u>Achievement Strivings Scale</u> : Permet d'évaluer les efforts mis dans la réalisation du projet d'allaitement</p> <p><u>Self-efficacy subscale</u> : Permet d'évaluer le sentiment d'efficacité maternel à l'égard de son rôle de mère.</p>	
--	--	--

Zanardo, V., Gasparetto, S., Giustardi, A., Suppiej, A., Trevisanuto, D., Pascoli, I., et al. (2009). Impact of anxiety in the puerperium on breast-feeding outcomes: role of parity. *Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition*, 49(5), 631-634.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>204 mères ont été recrutées dans un centre hospitalier d'Italie dont 101 étaient des primipares et 103 multipares. Les mères avaient une scolarité moyenne de 10 ans, 32.8 % ont eu un accouchement par césarienne, 92,1% ont initié l'allaitement et la durée moyenne d'allaitement était de 114,16 jours.</p>	<p>Les mères ont été rencontrées avant de quitter l'hôpital et devaient remplir un premier questionnaire portant sur l'anxiété. Par la suite les mères étaient contactées par téléphone afin de vérifier la durée et l'exclusivité de l'allaitement à trois et six mois.</p>	<p>Les primipares étaient moins sujettes à prôner l'allaitement de leurs enfants que les multipares à n'importe quel temps de mesure entraînant ainsi une réduction significative de la durée d'allaitement ($p=0,007$), les primipares allaitaient moins fréquemment à la sortie de l'hôpital ($p=0,03$) et avaient moins tendance à poursuivre l'allaitement jusqu'à 3 et 6 mois ($p=0,007$ et $p=0,02$). Les scores d'anxiété étaient plus élevés chez les primipares ($p=0,03$). En plus, lors de la régression logistique pour vérifier les facteurs prédictifs de la durée d'allaitement de plus de trois mois, l'anxiété maternelle était le facteur de risque le plus significatif quant au succès de l'allaitement chez les primipares ($p<0,01$).</p>
<p>BUT</p>	<p>La variable indépendante était le niveau d'anxiété alors que la variable dépendante était la durée ainsi que l'exclusivité de l'allaitement. La parité, l'âge de la mère, l'éducation, le type d'accouchement étaient les variables confondantes.</p>	
<p><u>But</u> : Examiner la relation entre l'anxiété en période prénatale et le succès de l'allaitement à trois et six mois de vie de l'enfant. Le but secondaire est de vérifier l'interaction possible entre la parité et l'anxiété maternelle par rapport à la lactation.</p>	<p><i>The anxiety state-anxiety trait inventory (STAI)</i> a été utilisé afin d'évaluer le niveau d'anxiété avant le départ de l'hôpital.</p> <p>Un questionnaire maison a également été rempli à l'hôpital, à trois et six mois afin de recueillir des données sociodémographiques ainsi que des données sur l'allaitement.</p>	<p><u>Conclusion</u> : Cette étude a permis de démontrer qu'à n'importe quel temps de mesure, les primipares avaient des taux d'allaitement plus faibles. Le succès de l'allaitement était négativement et significativement associé au niveau d'anxiété. Ces données permettent de soutenir l'hypothèse que les mères plus anxieuses éprouvent plus de difficultés et sont moins satisfaites par l'allaitement, ce qui augmenterait le risque d'avoir de moins bons résultats par rapport à l'allaitement.</p>

Zanardo, V., Gambina, I., Begley, C., Litta, P., Cosmi, E., Giustardi, A., & Trevisanuto, D. (2011). Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Human Development*, 87(4), 321-323.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 84 mères a été recruté dans un centre hospitalier d'Italie entre janvier et juin 2009. Le groupe témoin était composé de 42 mères ayant accouché entre 34 et 36 6/7 semaines de gestation alors que le groupe contrôle était composé de 42 mères ayant accouché à terme.</p>	<p>Au troisième ou quatrième jour suivant la naissance de l'enfant, la mère était invitée à répondre à un questionnaire avec un membre de l'équipe de recherche. Ce questionnaire permettait de recueillir plusieurs informations notamment concernant les données sociodémographiques telles que : le tabagisme, les problèmes de santé psychologique antérieurs, l'intention d'allaiter, le type d'accouchement, l'âge gestationnel, l'Apgar et le poids à la naissance. De plus, dans ce questionnaire figuraient les trois instruments de mesure ci-dessous :</p>	<p>En ce qui concerne les caractéristiques maternelles et celles de l'enfant, il semble que l'âge gestationnel ($p < 0,001$), le poids à la naissance ($p < 0,001$) de même que la prévalence de l'allaitement ($p = 0,023$) sont significativement plus bas chez les mères ayant accouché prématurément.</p>
<p>BUT</p>		
<p><u>But</u> : Le but de cette recherche prospective était d'examiner la relation entre la détresse psychologique des mères ayant accouché prématurément et la poursuite de l'allaitement au début de la période postnatale.</p>	<p><i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> : Examine les traits d'anxiété de même que l'anxiété situationnelle</p> <p><i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i> : Permet d'évaluer la dépression maternelle</p> <p><i>Psychological Stress Measure (PSM)</i> : Permet d'évaluer le niveau de stress psychologique</p>	<p>L'anxiété maternelle (trait $p < 0,02$ et anxiété situationnelle $p < 0,002$), la dépression ($p < 0,0008$), de même que le niveau de stress ($p < 0,001$), des mères sont significativement plus élevées chez les mères ayant accouché prématurément comparativement à celles ayant accouché à terme.</p> <p>De plus, il semble que des traits d'anxiété élevée ($p = 0,02$), qu'un niveau d'anxiété élevé ($p = 0,004$) de même que les symptômes dépressifs élevés ($p = 0,017$) et un niveau de stress psychologique élevé ($p = 0,02$) chez les mères ayant accouché prématurément seraient des facteurs prédictifs de la cessation précoce de l'allaitement exclusif avant la sortie de l'hôpital.</p> <p><u>Conclusion</u> : Cette étude démontre que la détresse psychologique au début de la période postnatale, potentiellement exacerbé par un accouchement prématuré, influencerait la poursuite de l'allaitement. Le fait d'offrir un meilleur soutien psychologique au début de la période postnatale pourrait être bénéfique pour la poursuite de l'allaitement.</p>

Clifford, T. J., Campbell, M. K., Speechley, K. N., & Gorodzinsky, F. (2006). Factors influencing full breastfeeding in a Southwestern Ontario community: assessments at 1 week and at 6 months postpartum. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 292-304.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
L'échantillon était composé de 856 dyades âgées entre 20 et 34 ans, avec un niveau d'éducation élevée (75 % collège ou université) et un revenu élevé.	Les mères devaient remplir un questionnaire autoadministré envoyé par la poste à une et six semaines ainsi qu'à trois et six mois. Ces questionnaires comprenaient des questions concernant les données sociodémographiques en plus de la santé maternelle, la nutrition de l'enfant, l'expérience d'allaitement antérieure et le type d'accouchement. De plus, les questionnaires d'une semaine et de six mois comprenaient les trois instruments de mesure ci-dessous :	L'augmentation de l'âge maternelle ($p < 0,005$), le fait d'assister à des cours prénataux ($p < 0,005$), un niveau d'éducation ($p < 0,001$), de même qu'un revenu élevé ($p < 0,05$), sont associés à la poursuite de l'allaitement exclusif à une semaine postnatale.
BUT		D'autre part, le fait de fumer ($p < 0,001$), d'avoir consommé de la caféine durant la grossesse ($p < 0,05$), de présenter des traits d'anxiété ($p < 0,001$), et de dépression plus élevée ($p < 0,05$) à une semaine sont négativement associé avec l'allaitement exclusif à une semaine.
<p><u>But</u> : Cette étude avait pour but d'examiner les facteurs influençant la poursuite de l'allaitement exclusif jusqu'à six mois.</p>	<p>De plus, le fait d'avoir reçu une analgésie ($p < 0,001$), d'être âgée entre 20 et 34 ans ($p < 0,005$), d'avoir consommé de la caféine durant la grossesse ($p < 0,005$), d'avoir des traits d'anxiété élevé (à une semaine) ($p < 0,05$), serait associé à la cessation de l'allaitement exclusif avant six mois.</p> <p><u>Conclusion</u> : Cette étude a permis d'identifier plusieurs facteurs qui peuvent influencer positivement ou négativement la poursuite de l'allaitement exclusif dont l'anxiété et la dépression.</p> <p><u>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> : Permet d'évaluer les traits d'anxiété de même que l'anxiété situationnelle. Catégorisé ainsi : anxiété élevée = résultat $> 75^{\text{e}}$ percentile et anxiété faible = résultat $< 75^{\text{e}}$ percentile.</p> <p><u>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</u> : Permet d'évaluer les symptômes dépressifs.</p> <p><u>Social Behaviors Inventory</u> : Permet d'évaluer le soutien social.</p>	

Akman, I., Kuscu, M. K., Yurdakul, Z., Ozdemir, N., Solakoglu, M., Orhon, L., . . . Ozek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 44(6), 369-373.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>60 dyades mère-enfant ont été enrôlées dans cette étude. Elles ont été recrutées au Marmara University Hospital en 2005.</p>	<p>Les dossiers des bébés ont été révisés et les enfants ont été examinés dans la première semaine postnatale, à un mois et à quatre mois. Durant ces trois visites, des données concernant l'alimentation ainsi que les paramètres de croissance de l'enfant étaient recueillis. Les mères ont été divisées en deux groupes selon le statut d'allaitement à quatre mois.</p>	<p>Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes par rapport aux caractéristiques de la mère et du bébé. Toutes les mères avaient suivi des cours prénataux et postnatals. 37 des 60 femmes étaient des multipares et 32 avaient déjà allaité leurs enfants. Toutes les mères participantes ont débuté l'allaitement, 91 % allaitaient toujours à un mois et 68,1 % à quatre mois.</p>
<p>BUT</p>	<p>Dans la première semaine postpartum une première entrevue effectuée par deux assistants de recherche du département de psychiatrie examinait le contexte de la grossesse et de l'expérience post-partum et recueillaient des données sociodémographiques. À la visite de un mois la mère devait compléter les instruments ci-dessous;</p>	<p>Le score à l'EPDS des mères qui ont cessé d'allaiter avant quatre mois était statistiquement plus élevé que celles qui n'avaient pas arrêté ($p=0,002$). Les traits d'anxiété et l'anxiété situationnelle ainsi que le soutien social n'étaient pas différents entre les groupes. Il existe une différence significative entre la préférence quant au mode d'alimentation du bébé chez les mères à haut risque de dépression ($p<0,001$). Le score moyen à l'EPDS chez les mères ayant un style d'attachement sécurisant était légèrement plus bas que chez celles avec un style d'attachement qui n'était pas sécurisant. Toutefois, un style d'attachement sécurisant chez la mère semble entraîner un taux d'allaitement exclusif plus élevé, cependant ce n'était pas significatif ($p>0,05$).</p>
<p><u>But</u> : Explorer le lien entre l'ajustement psychologique dans le premier mois postpartum, l'effet des symptômes dépressifs chez la mère, le niveau d'anxiété, le soutien social, le style d'attachement maternel et la préférence de la mère quant au mode d'alimentation de son enfant.</p>		

	<p><u>Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS)</u> : Permet d'évaluer les symptômes dépressifs.</p> <p><u>State Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> : Évalue les traits d'anxiété et l'anxiété situationnelle.</p> <p><u>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</u> : mesure le soutien social perçu (famille, amis, personne significative).</p> <p><u>Adult Attachment Scale (ASS)</u> : Détermine le style d'attachement.</p>	<p><u>Conclusion</u> : Il existe une association entre un score élevé à l'EDPS et la cessation de l'allaitement dans les quatre mois suivant la naissance du bébé. De plus, il semble que les mères qui ont un style d'attachement sécurisant ont tendance à allaiter davantage de façon exclusive, mais cela n'est pas significatif.</p>
--	---	---

Courtois, E., Lacombe, M., & Tysio, D.(2012) *Les facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie du nourrisson, en région parisienne*. Communication présentée 5e Congrès mondial des infirmières et des infirmiers francophones, Genève.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>247 dyades mère-enfant recrutées dans la région parisienne. 52, 1 % des mères étaient des primipares, la moyenne d'âge des mères était de 31,7 ans et 100 % des mères vivaient en couple.</p>	<p>Les données ont été collectées à 48 h, un, trois et six mois de vie de l'enfant. Les instruments de mesure utilisés sont l'<i>Échelle de sensibilité maternelle</i>, le l'inventaire d'anxiété situationnelle du <i>STAI</i> de même que l'<i>Échelle de soutien social</i>. À noter que des données sociodémographiques ont été collectées à partir du dossier médical de la mère et du bébé de même que par un questionnaire de renseignement.</p>	<p>Il semble que les mères ayant un niveau d'anxiété plus élevé étaient moins nombreuses à allaiter à six mois ($p=0,009$). De plus, les mères qui étaient plus sensibles à 48 h avaient plus tendance à allaiter à six mois ($p=0,016$). Les mères qui étaient plus sensibles dans la composante de la communication ($p=0,035$) et l'engagement à 48 h ($p=0,024$) de même que celles qui avaient l'intention d'allaiter à 48 h ($p=0,001$) étaient plus nombreuses à allaiter à six mois.</p>
<p>OBJECTIF</p>		
<p><u>Objectif de l'étude</u> : Décrire l'influence des facteurs sociodémographiques, émotionnels et relationnels sur la poursuite de l'allaitement maternel à 48 h, un mois, 3 mois et 6 mois de vie de l'enfant.</p>	<p><u>Échelle de sensibilité maternelle</u> : Évalue la sensibilité maternelle selon cinq composantes : la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication et l'engagement.</p> <p><u>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> : Permet d'évaluer l'anxiété situationnelle.</p> <p><u>Échelle de soutien social</u> : Évalue le soutien social.</p>	<p>En ce qui concerne les analyses de corrélation entre l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle étaient corrélé de façon significative à chaque temps de mesure soit à 48 h ($r_s=0,254$; $p=0,000$), un mois ($r_s=0,312$; $p=0,000$), trois mois ($r_s=0,331$; $p=0,000$) et six mois ($r_s=0,407$; $p=0,000$). Ainsi, les résultats de ces analyses de corrélation permettent de croire que plus la mère est anxieuse moins elle est sensible, et ce, à chaque temps de mesure.</p> <p>Pour ce qui est des résultats de l'analyse de régression logistique, cette dernière a permis de démontrer que l'anxiété maternelle à 48 h ($p=0,002$) de même que la composante de l'engagement à 48 h ($p=0,030$) et le fait d'être déterminée à allaiter ($p=0,044$) sont des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement à six mois.</p> <p><u>Avenue de recherche</u>: Les recherches doivent se poursuivent spécialement concernant l'impact de l'anxiété maternelle sur la poursuite de l'allaitement maternel.</p>

ANNEXE V
RÉSUMÉS ANXIÉTÉ DE LA MÈRE ET SENSIBILITÉ MATERNELLE

Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>L'échantillon était constitué de 100 dyades recrutées dans le département d'obstétrique de deux hôpitaux de soins tertiaire et d'un centre métropolitain. Le recrutement s'est effectué entre février 2001 et septembre 2002.</p> <p>Les mères avaient en moyenne 30 ans, avaient au moins 12 ans de scolarité, cohabitaient avec le père de l'enfant, étaient en bonne santé, avaient accouché à terme d'un bébé en santé.</p>	<p>Les mères participantes devaient, au deuxième jour postpartum, remplir un questionnaire mesurant les symptômes dépressifs et d'anxiété. Six mois après l'accouchement, des questionnaires portant sur la dépression maternelle et l'anxiété ainsi que sur l'éducation de l'enfant étaient envoyés aux mères. À neuf mois, il y avait deux visites à domicile. Dans la première, la mère était rencontrée par un psychologue qui complétait le DSM-IV. Dans la deuxième visite, l'interaction mère-enfant était filmée, la régulation des émotions de l'enfant était testée et un échantillon de cortisol était prélevé chez la mère et l'enfant.</p>	<p>À six mois, les symptômes de dépression et d'anxiété maternelle sont reliés à un niveau de stress élevé ($p < 0,001$ et $p < 0,001$), un faible sens de compétence ($p < 0,001$ et $p < 0,001$), et de soutien social ($p < 0,001$ et $p < 0,001$). La sensibilité maternelle était plus élevée dans le groupe contrôle, plus faible chez les mères souffrant de trouble d'anxiété et plus bas encore chez les mères souffrantes d'un trouble dépressif majeur ($p < 0,05$). Les enfants des mères souffrant de troubles dépressifs majeurs pleurent davantage ($p < 0,05$) et obtiennent de moins bons résultats dans la régulation des émotions ($p < 0,05$). Pour ce qui est du niveau de cortisol de base et sa réactivité, il existe une différence significative entre les enfants des mères avec des troubles dépressifs majeurs ou troubles anxieux comparativement à ceux du groupe contrôle ($p < 0,05$). Dans le groupe de mères ayant une faible sensibilité, l'engagement social était plus bas chez les enfants des mères ayant des troubles dépressifs majeurs comparativement à ceux du groupe contrôle ($p < 0,05$).</p>
<p>BUT ET HYPOTHÈSES</p>		
<p><u>But</u> : Examiner l'effet de la dépression maternelle comparativement à celui des troubles d'anxiété sur l'engagement social et la régulation des peurs chez les enfants de neuf mois ainsi que la réactivité du cortisol. Vérifier le rôle de la sensibilité maternelle à modérer l'effet de la dépression maternelle sur l'enfant.</p>	<p><u>DSM-IV</u> : Permet le diagnostic des troubles psychiatrique.</p> <p><u>Beck Depression Inventory</u> : Échelle autoadministrée mesurant la sévérité des symptômes dépressifs.</p> <p><u>State-Trait Anxiety Instrument</u> : Examine l'état de l'anxiété situationnel</p>	<p><u>Conclusion</u> : La sensibilité maternelle est significativement reliée à l'anxiété de la mère, à l'engagement social, à la réactivité du cortisol, mais n'est pas relié à la régulation des peurs. Dans la prédiction de l'engagement social, la sensibilité maternelle modère les effets des troubles dépressifs majeurs sur les comportements sociaux.</p>

Hypothèses :

La sensibilité maternelle modère la relation entre la dépression maternelle et l'engagement social de l'enfant.

La sensibilité maternelle, un comportement intrusif et retiré seraient associés d'une façon différente à l'engagement social, à la régulation des peurs ainsi qu'à la réactivité du cortisol à neuf mois.

et les traits d'anxiété.

Maternal Adjustment and Maternal Attitudes : Examine l'attitude maternelle durant la grossesse et après la naissance.

Parenting Stress : Mesure la magnitude du stress dans le système parent-enfant.

Parental Competence : Examine les compétences et la satisfaction parentale.

Social Support : Examine la perception maternelle du support reçu

Coding Interactive Behavior : Permet d'évaluer l'interaction mère-enfant en examinant, la sensibilité maternelle, les comportements intrusifs, l'engagement social, le retrait maternel de même que la régulation des peurs. Pour la régulation des peurs, l'assistant de recherche devait mettre quatre masques dans son visage et examinait la réaction de l'enfant.

Cortisol : Les échantillons étaient prélevés chez l'enfant dans la salive à l'arrivée, 20 minutes après le test de la régulation des peurs et 15 minutes plus tard.

Kim, P., Mayes, L., Feldman, R., Leckman, J., & Swain, J. (2013). Early postpartum parental preoccupation and positive parenting thoughts : relationship with parent-infant interaction *Infant Mental Health Journal*, 34(2), 104-116.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 59 parents dont 31 mères et 28 pères a été recruté pour participer à cette étude dont 18 mères et 15 pères étaient des primipares. La majorité des parents possédaient une scolarité de niveau collégial ou plus de même qu'un niveau socioéconomique moyen à supérieur.</p>	<p>Les données ont été collectées au domicile des parents par des questionnaires autoadministrés (<i>BDI et STAI</i>), de même que par des entrevues semi-structurées (<i>YIPTA-R</i>) qui permettaient d'évaluer les pensées et les comportements parentaux en réponse aux besoins de l'enfant entre deux et quatre semaines de même qu'entre trois et quatre mois suivants la naissance. De plus, à trois mois en plus du questionnaire autoadministré et de l'entrevue semi-structurée, une séance de cinq minutes d'interaction de chacun des parents avec leur enfant était filmée (CIB).</p>	<p>Il a été possible de constater que les mères présentaient des symptômes dépressifs plus élevés que les pères entre la deuxième et quatrième semaine suivant la naissance ($p < 0,01$). De plus, les pères et les mères présentent une diminution significative des symptômes dépressifs entre le troisième et le quatrième mois postnatal comparativement à ceux obtenus entre la deuxième et la quatrième semaine ($p < 0,001$).</p>
<p>BUT ET OBJECTIF</p> <p><u>But</u> : Le but de cette étude était de comparer les préoccupations parentales, les changements personnels et l'expérience de la naissance de l'enfant entre les mères et les pères qui étaient parents pour la première fois et les parents qui avaient de l'expérience, et ce, durant le premier mois postnatal.</p> <p>Cette étude cherchait également à examiner la relation entre cette expérience parentale et l'interaction des parents avec leur enfant en regardant notamment la sensibilité et l'intrusion parentale.</p>	<p>Les mères penseraient davantage que les pères à ce qui concerne les soins ($p < 0,001$), la relation avec le bébé ($p < 0,01$) et présenteraient davantage de préoccupation ($p < 0,01$).</p> <p>Comparativement aux parents expérimentés, les parents, pour la première fois, présentent davantage de pensées concernant les soins du bébé ($p < 0,001$), plus de préoccupation ($p < 0,001$) et plus de comportements intrusifs ($p < 0,05$).</p> <p>Il semble également que les mères tendent à être plus sensibles que les pères aux besoins de l'enfant ($p < 0,05$).</p> <p>Pour les mères, le seul facteur significatif associé à un niveau de sensibilité plus élevé est le fait d'être moins anxieuse ($p < 0,05$).</p> <p>Pour les pères il semble que l'inverse soit observé de telle sorte que les pères qui seraient plus anxieux et qui présenteraient plus de pensées anxieuses intrusives présenteraient une plus grande sensibilité ($p < 0,05$).</p>	<p>Les mères penseraient davantage que les pères à ce qui concerne les soins ($p < 0,001$), la relation avec le bébé ($p < 0,01$) et présenteraient davantage de préoccupation ($p < 0,01$).</p> <p>Comparativement aux parents expérimentés, les parents, pour la première fois, présentent davantage de pensées concernant les soins du bébé ($p < 0,001$), plus de préoccupation ($p < 0,001$) et plus de comportements intrusifs ($p < 0,05$).</p> <p>Il semble également que les mères tendent à être plus sensibles que les pères aux besoins de l'enfant ($p < 0,05$).</p> <p>Pour les mères, le seul facteur significatif associé à un niveau de sensibilité plus élevé est le fait d'être moins anxieuse ($p < 0,05$).</p> <p>Pour les pères il semble que l'inverse soit observé de telle sorte que les pères qui seraient plus anxieux et qui présenteraient plus de pensées anxieuses intrusives présenteraient une plus grande sensibilité ($p < 0,05$).</p>

	<p><u>Coding Interactive Behavior (CIB)</u></p> <p>Permet d'évaluer la sensibilité parentale de même que les comportements intrusifs lors de l'interaction parentale filmée. En ce qui concerne la sensibilité parentale, plusieurs éléments étaient examinés dont la communication, le regard, les affects positifs et appropriés, les touchers affectueux. Les comportements intrusifs étaient pour leur part évalués en regardant la manipulation physique de l'enfant, l'interruption des activités de l'enfant de même que l'interruption du regard par exemple.</p> <p><u>The Beck Depression Inventory (BDI)</u> :</p> <p>Permet d'évaluer la sévérité des symptômes dépressifs.</p> <p><u>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> :</p> <p>Permet d'évaluer les traits d'anxiété de même que l'anxiété situationnelle.</p>	<p><u>Conclusion</u> : Un niveau d'anxiété plus élevé chez les mères entre le troisième et quatrième mois suivant la naissance est un facteur relié à un faible niveau de sensibilité maternelle. Un tel constat a des implications pour la prévention de même que l'intervention auprès des mères à la période postnatale.</p>
--	---	---

Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development, 30*(1), 161-167.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>Un échantillon de 64 mères dont 32 avaient un niveau d'anxiété faible à modéré et 32 un niveau d'anxiété élevé. Ces mères ont été recrutées lorsque leurs bébés avaient entre dix et 14 mois. La moyenne d'âge des mères était de 33 ans et l'échantillon contenait des primipares et des multipares.</p>	<p>Lors de la rencontre avec la mère au domicile familiale qui a été effectuée lorsque l'enfant avait entre dix et 14 mois, l'interaction mère-enfant était filmée par la suite, la mère devait remplir le <i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> de même que l'<i>Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)</i>. Des données sociodémographiques étaient également collectées au même moment par l'intervieweur.</p>	<p>Les mères plus anxieuses présentent des traits d'anxiété plus élevée ($p < 0,01$) de même qu'un niveau d'anxiété situationnelle ($p < 0,01$) et de dépression ($p < 0,01$) plus élevé que celles moins anxieuses.</p> <p>Les résultats ont démontré que les mères présentant des traits d'anxiété élevés démontraient une moins grande sensibilité dans leurs interactions avec leur enfant ($p < 0,05$) et une moins grande expression physique ($p = 0,01$) que celles présentant des traits d'anxiété faible.</p>
<p>BUT ET HYPOTHÈSE</p>		
<p>Le but de cette étude était d'examiner l'impact de l'anxiété postnatale durant la première année de vie de l'enfant sur l'apport de la mère dans l'interaction mère-enfant.</p> <p>Une hypothèse soulevée est que les mères plus anxieuses présenteraient une moins grande sensibilité maternelle dans leurs interactions avec leurs enfants.</p>	<p>L'interaction mère-enfant a été évaluée à l'aide de bandes vidéo filmées durant une session de jeu au domicile de la mère. Dans cette vidéo, la sensibilité, les encouragements, l'attention, l'expression physique maternelle de même que l'expression de l'enfant de ses émotions.</p> <p><i>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</i> : Permet d'évaluer les traits d'anxiété et l'anxiété situationnelle. Catégorisation; anxiété élevé : résultat de 40 et plus, anxiété faible : résultat de moins de 34.</p> <p><i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> : Sert à évaluer la dépression maternelle.</p>	<p>Aucune différence significative n'a été observée entre les groupes en ce qui concerne l'attention de la mère et l'expression des émotions de l'enfant.</p> <p>Afin de vérifier que la différence entre les groupes n'est pas uniquement attribuable à la dépression postnatale, les auteurs ont effectué certaines analyses qui ont permis de démontrer que les mères ayant un niveau d'anxiété élevé, mais des symptômes dépressifs faibles sont également moins sensibles ($p = 0,018$), présentent moins d'expression physique ($p = 0,049$) alors qu'aucune relation significative n'a été observée en ce qui a trait à l'attention de la mère de même qu'à l'expression des émotions de l'enfant.</p> <p><u>Conclusion</u> : Cette étude a permis de démontrer que l'anxiété maternelle à la période postnatale a un impact sur les interactions mères-enfant.</p>

Field, T., Hernandez-Reif, M., Vera, Y., Gil, K., Diego, M., Bendell, D., & Yando, R. (2005). Anxiety and anger effects on depressed mother–infant spontaneous and imitative interactions. *Infant Behavior & Development*, 28(1), 1-9.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>L'échantillon constitué comportait 16 dyades mères-enfants, dont la mère était dépressive. Les mères étaient de façon générale de classe socioéconomique faible ou moyenne.</p>	<p>Au moment du recrutement qui s'est effectué à la 22^e semaine de grossesse, les symptômes dépressifs des mères ont été évalués à l'aide du CES-D et du SCID afin de vérifier leur éligibilité à participer à l'étude. Ensuite, les mères ont complété le <i>STAI</i> et le <i>STAXI</i> afin de déterminer à quel groupe elles appartenaient. Par la suite, les mères ont été rencontrées lorsque leur bébé avait trois mois. À ce moment, une interaction mère-enfant a été filmée. Cette interaction de jeux filmés permettait d'observer principalement chez la mère, les sourires, l'expression exagérée du visage, le toucher, la proximité physique, la communication, le jeu, l'imitation, la mobilisation des membres inférieurs du bébé. Chez le bébé le sourire, les vocalisations, l'activité motrice, le regard, l'imitation et les pleurs du bébé ont été évalués.</p>	<p>Les mères anxieuses comparativement aux mères peu anxieuses passent significativement moins de temps à sourire ($p < 0,05$), à démontrer des expressions exagérées ($p < 0,05$), à jouer ($p < 0,05$), à imiter leur enfant ($p < 0,05$), à bouger les membres inférieurs de leur bébé ($p < 0,01$) et passent autant de temps à toucher et à parler à leur bébé lors de la séance de jeux.</p> <p>Les enfants de mères anxieuses comparativement à ceux de mères peu anxieuses passent significativement moins de temps à sourire ($p < 0,05$), plus de temps à démontrer de la détresse ($p < 0,05$) et à pleurer ($p < 0,05$), ceux-ci présentent toutefois autant d'activité motrice, de temps à vocaliser, à regarder et à imiter leur mère.</p> <p>En ce qui concerne les mères ayant un niveau de colère plus élevé comparativement à celles ayant un niveau de colère plus faible, celles-ci démontrent moins de sourires ($p < 0,05$), moins d'imitation ($p < 0,05$), moins de temps à bouger les membres inférieurs de leur bébé ($p < 0,02$) mais autant de toucher et de communication.</p> <p>Les enfants de mères anxieuses comparativement à ceux de mères peu anxieuses passent significativement moins de temps à sourire ($p < 0,05$), à vocaliser ($p < 0,05$) et à imiter ($p < 0,05$) et plus d'activité motrice ($p < 0,05$), de détresse ($p < 0,05$) et à pleurer ($p < 0,05$).</p> <p><u>Conclusion</u> : De façon générale, les comportements positifs diminuent et les comportements de détresse augmentent chez les enfants de mères anxieuses.</p>
<p style="text-align: center;">HYPOTHÈSES</p> <p><u>Hypothèses :</u></p> <p>1) Les mères plus anxieuses démontreront davantage de comportements de retrait qui seront caractérisés par peu de sourire, de toucher et de communication verbale.</p> <p>2) Les mères plus colériques démontreront des comportements intrusifs tels que communication verbale excessive, expression faciale exagérée de même que des touchers agressifs.</p> <p>3) Les mères dépressives qui présentent un niveau d'anxiété faible et un niveau de colère faible présenteront plus d'interactions positives avec leur enfant.</p>	<p>Les mères dépressives ont été réparties en quatre groupes : huit mères présentant un niveau d'anxiété faible et huit présentant un niveau d'anxiété élevé, huit mères présentant un niveau</p>	

de colère élevé et huit autres présentant un niveau de colère faible.

Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D) : Permet d'évaluer les symptômes dépressifs.

Structured Clinical Interview of Mental Disorders (SCID) : Permet de déterminer si la personne répond aux critères du DSM-IV en ce qui concerne la dysthymie (dépression).

State-Trait Anxiety Inventory (STAI) : Permet d'évaluer les traits d'anxiété de même que l'anxiété situationnelle. Afin de déterminer à quel groupe appartient la mère, le score seuil de 48 a été établi pour catégoriser les mères dans le groupe présentant un niveau d'anxiété faible vs un niveau d'anxiété élevé.

Trait Anger Expression Inventory (STAXI) : Permet d'évaluer l'expérience, l'expression et le contrôle de la colère. Pour déterminer à quel groupe appartient la mère, le score seuil de 42 a été établi pour catégoriser la mère dans le groupe présentant un niveau d'anxiété faible vs un niveau d'anxiété élevé.

Courtois, E., Lacombe, M., & Tysio, D. (2012). *Les facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie du nourrisson, en région parisienne*. Communication présentée 5e Congrès mondial des infirmières et des infirmiers francophones, Genève.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
<p>247 dyades mère-enfant recrutée dans la région parisienne. 52, 1 % des mères étaient des primipares, la moyenne d'âge des mères était de 31,7 ans et 100 % des mères vivaient en couple.</p>	<p>Les données ont été collectées à 48 h, un, trois et six mois de vie de l'enfant. Les instruments de mesure utilisés sont l'<i>Échelle de sensibilité maternelle</i>, le l'inventaire d'anxiété situationnelle du <i>STAI</i> de même que l'<i>Échelle de soutien social</i>. À noter que des données sociodémographiques ont été collectées à partir du dossier médical de la mère et du bébé de même que part un questionnaire de renseignement.</p>	<p>Il semble que les mères ayant un niveau d'anxiété plus élevé étaient moins nombreuses à allaiter à six mois ($p=0,009$). De plus, les mères qui étaient moins sensibles à 48 h étaient moins nombreuses à allaiter à six mois ($p=0,016$). Les mères qui étaient moins sensibles dans la composante de la communication ($p=0,035$) et l'engagement à 48h ($p=0,024$) de même que celles qui avaient l'intention d'allaiter à 48 h ($p=0,001$) étaient moins nombreuses à allaiter à six mois.</p>
<p>OBJECTIF</p>		
<p><u>Objectif de l'étude</u> : Décrire l'influence des facteurs sociodémographiques, émotionnels et relationnels sur la poursuite de l'allaitement maternel à 48 h, un mois, 3 mois et 6 mois de vie de l'enfant.</p>	<p><u>Échelle de sensibilité maternelle</u> : Évalue la sensibilité maternelle selon cinq composantes : la découverte, le contact affectif, la proximité physique, la communication et l'engagement.</p> <p><u>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</u> : Permet d'évaluer l'anxiété situationnelle.</p> <p><u>Échelle de soutien social</u> : Évalue le soutien social</p>	<p>Pour ce qui est des résultats de l'analyse de régression logistique, cette dernière a permis de démontrer que l'anxiété maternelle ($p=0,002$) de même que la composante de l'engagement à 48 h ($p=0,030$) et le fait d'être déterminée à allaiter ($p=0,044$) sont des facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement à six mois.</p> <p><u>Conclusion</u> : L'aspect relationnel est une avenue prometteuse pour mieux comprendre les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel.</p>

Hyunjeong, S., Young-Joo, P., Hosihn, R., & Gyeong-Ae, S. (2008). Maternal sensitivity: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 304-314.

ÉCHANTILLON	VARIABLES ET INSTRUMENTS	RÉSULTATS
54 articles ont été recueillis et analysés		<p>Cette synthèse des écrits a permis d'identifier trois facteurs qui affectent positivement la sensibilité maternelle (le soutien social, l'attachement maternel et une bonne estime de soi) et trois facteurs qui affectent négativement la sensibilité maternelle (l'anxiété, le stress et la dépression maternelle).</p> <p><u>Avenue de recherche</u> : Les auteurs recommandent de clarifier le concept de la sensibilité maternelle afin de favoriser le développement de techniques pour pouvoir l'augmenter. Une telle clarification serait également utile pour permettre de mesurer certaines dimensions de la sensibilité maternelle.</p>
BUT ET MÉTHODOLOGIE		
<p><u>But</u> : Le but de cette synthèse des écrits était de présenter une analyse de concept portant sur la sensibilité maternelle.</p> <p>La recherche d'articles s'est effectuée sur les CINAHL, Ovid MEDLINE entre 1981 et 2007. Les mots-clés utilisés sont « maternal sensitivity », « maternal responsiveness » et « sensitive mothering ».</p>		

ANNEXE VI
AUTORISATION D'UTILISATION DE LA BASE DE DONNÉES DE L'ÉTUDE
PRINCIPALE

Lévis, le 22 février 2010

À l'intention de Marie-Estelle Couture, Étudiante à la maîtrise en Sciences Infirmières à l'UQAR,
Campus de Lévis
Université du Québec à Rimouski (UQAR), Campus de Lévis
1595,Bvld-Alphonse-Desjardins
Lévis (Québec) Canada G6V0A6

Objet : Autorisation pour l'utilisation de données à partir d'une base de données d'une étude principale

Mme Couture,

C'est avec un grand plaisir que je vous autorise à utiliser des données pour votre projet de recherche à la maîtrise provenant de l'étude principale : Évaluation d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel chez les mères primipares vivant dans le territoire du Grand Littoral. Les données ne pourront être utilisées que pour l'étude sur les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois de vie de l'enfant principalement l'anxiété de la mère et la sensibilité maternelle. Les données devront respecter les considérations éthiques soumises pour l'étude principale.

Si vous désirez des renseignements ou des documents supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec la soussignée. Veuillez agréer, Madame Couture, mes plus sincères salutations.

Marie Lacombe

Marie Lacombe, Ph. D.
Professeure Département des sciences infirmières
Université du Québec à Rimouski, Campus de Lévis
1595,Bvld-Alphonse-Desjardins
Lévis (Québec) Canada G6V0A6
Téléphone : (418) 833-8800 poste 3298

Courriel : marie_lacombe@uqar.qc.ca

ANNEXE VII
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DE L'ÉTUDE PRINCIPALE



Centre de santé et de services sociaux
du Grand Littoral



Numéro de dossier :

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Titre du projet de recherche

Évaluation d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel chez les mères primipares vivant dans le territoire du Grand Littoral.

Chercheuse principale

Dre Marie Lacombe, professeure, Département des Sciences Infirmières, Université du Québec à Rimouski, Campus de Lévis.

Responsable du projet de recherche à l'Hôtel-Dieu de Lévis

Marie Lacombe

Collaborateurs au projet de recherche

M. Carl Lacharité, Ph.D. UQTR.

Mme Linda Bell, Ph. D. Université de Sherbrooke.

M. Pamphile Nkogho Mengue, M. Sc. Ph. D (c). UQAR.

Commanditaire au projet de recherche ou organisme subventionnaire

Agence de santé de la région Chaudière-Appalaches et UQAR.

Introduction

Vous êtes invité à participer à un projet de recherche. Avant d'accepter d'y participer, il est important de prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire de consentement décrit le but de ce projet de recherche, les procédures, les avantages et inconvénients. Il précise votre droit de mettre fin à votre participation en

tout temps. Finalement, il présente les coordonnées des personnes avec qui communiquer au besoin.

Le présent document peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. N'hésitez pas à communiquer avec la responsable du projet de recherche ou son représentant pour obtenir des explications supplémentaires ou pour toute autre information que vous jugerez utile.

Description et but du projet de recherche

Le but de l'étude est d'évaluer l'efficacité d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel chez les mères qui font le choix d'allaiter. L'intervention vise à soutenir la mère dans son choix. Votre participation à ce projet demeure très importante tout au long de l'étude pour bien comprendre les facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement.

Nature et durée de la participation au projet de recherche

Nous sollicitons votre participation à l'étude parce que vous avez décidé d'allaiter votre enfant. Deux groupes de participants seront formés. Vous appartenez soit au groupe expérimental ou au groupe témoin. Le groupe expérimental sera divisé en deux sous-groupes. Vous serez choisi par hasard pour être inclus dans cette étude.

Groupe expérimental

Le premier sous-groupe du groupe expérimental sera exposé à une intervention de soutien à l'allaitement par l'infirmière lors de la visite postnatale dans les jours suivant le retour à la maison.

Le second sous-groupe du groupe expérimental sera exposé à une intervention de soutien à l'allaitement par l'infirmière lors de la visite postnatale dans les jours suivant le retour à la maison et à 15 jours de vie de l'enfant.

Lors de l'intervention de soutien, vous avez l'opportunité d'être observée avec votre enfant lors d'une tétée d'une durée maximale de 30 minutes pour vous soutenir dans votre vécu avec l'enfant. L'intervention prend ses fondements à partir du modèle de la relation mère-enfant dont la sensibilité de la mère est au cœur de cette intervention. Pour ce qui est du terme sensibilité maternelle, ce terme fait référence à l'interaction mère-enfant et ne juge pas de votre relation affectueuse avec l'enfant. Par la suite, vous et l'infirmière discutez des observations relevées chez la dyade mère-enfant dans le contexte de l'allaitement. Finalement des pistes d'intervention sont suggérées et discutées avec vous.

Groupe contrôle

Les participantes appartenant au groupe contrôle recevront l'intervention de routine pour l'allaitement maternel dans le cadre de la visite postnatale dans les jours suivant le retour à la maison. Concernant cette visite, l'intervention fait référence à ce que l'infirmière vous questionne sur les particularités de votre allaitement, de vos difficultés et de répondre à vos questions. Il est aussi possible que l'infirmière regarde la mise au sein de votre enfant lors de l'allaitement.

Toutes les participantes

N.B. Peu importe l'appartenance à l'un ou l'autre des groupes, il est possible que l'infirmière retourne vous rencontrer à la maison dans les jours qui suivent la première visite dépendamment des difficultés rencontrées pour vous soutenir dans votre allaitement. Le nombre de rencontres peut varier selon la situation, en moyenne 2 à 3 visites.

Votre contribution à la présente étude que vous soyez dans le groupe expérimental ou le groupe contrôle consiste à compléter, un questionnaire sur des données sociodémographiques, sur votre expérience d'allaitement, sur votre anxiété associée à votre nouveau rôle, sur l'interaction entre vous et votre enfant (sensibilité maternelle) et le soutien social de votre conjoint et de votre entourage ainsi que la satisfaction de l'intervention pour le groupe expérimental. Vous devez prévoir environ 20 minutes pour le compléter. Le premier questionnaire vous sera transmis avant votre sortie de

l'hôpital et vous avez la possibilité de le compléter avec l'aide de l'assistante de recherche. Par la suite, le même questionnaire à compléter vous sera envoyé par la poste lorsque votre bébé sera âgé de 1 mois, 2 mois, 4 mois et 6 mois.

EN RESUME :

Moment	Groupe visé	Votre implication
Avant la sortie de l'hôpital	Toutes les participantes	Compléter le questionnaire avec l'assistante de recherche d'une durée d'environ 20 minutes.
Au cours des jours suivant votre retour à la maison	Groupe expérimental	Visite de l'infirmière et soutien à l'allaitement.
Lorsque votre bébé est âgé de 15 jours	Groupe expérimental, sous-groupe 2	Visite de l'infirmière et soutien à l'allaitement.
Lorsque votre bébé est âgé de 1 mois	Toutes les participantes	Compléter un questionnaire envoyé par la poste d'une durée d'environ 20 minutes.
Lorsque votre bébé est âgé de 2 mois	Toutes les participantes	Compléter un questionnaire envoyé par la poste d'une durée d'environ 20 minutes.
Lorsque votre bébé est âgé de 4 mois	Toutes les participantes	Compléter un questionnaire envoyé par la poste d'une durée d'environ 20 minutes.
Lorsque votre bébé est âgé de 6 mois	Toutes les participantes	Compléter un questionnaire envoyé par la poste d'une durée d'environ 20 minutes.

Cependant, si vous faites le choix de cesser d'allaiter au cours de l'intervention, l'infirmière vous apportera le soutien nécessaire. Dans ce cas, vous devez quand même continuer à compléter les questionnaires aux moments prévus de l'étude.

Avantages pouvant découler de la participation au projet de recherche

Votre participation à cette étude ne comporte pas davantage particulier pour vous. Cependant, plusieurs mères ayant participé à des projets semblables ont le sentiment de contribuer au développement de la connaissance sur l'allaitement.

Inconvénients pouvant d'écouler de la participation au projet de recherche

Les principaux inconvénients sont le temps requis pour compléter les questionnaires et l'observation de la tétée par l'infirmière qui pourrait causer une certaine gêne chez certaines mères.

Compensation financière

Aucune indemnisation n'est prévue pour votre participation à cette étude.

Retrait de la participation au projet de recherche

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous avez le droit de vous retirer en tout temps et de ne pas remettre votre questionnaire ou encore de ne pas répondre à certaines questions avec lesquelles vous auriez un malaise. Le retrait de la participation au projet peut se faire par un simple avis verbal.

Arrêt du projet de recherche

Votre participation se terminera lorsque votre bébé sera âgé de six mois.

Accès au dossier médical

Nous vous demandons votre accord pour recueillir des données dans votre dossier médical et celui de votre bébé afin de collecter les informations suivantes :

Mère	Bébé
Nom de la mère : Dossier obstétrical : Âge : Antécédents médicaux : Médecin de famille : Nationalité : Nombre de semaines de gestation : Type d'accouchement : Analgésie et analgésie avec épidurale : Problèmes particuliers à l'accouchement :	Date de la naissance : Sexe : Poids : Apgar 1 minute et 5 minutes : Est-ce que le bébé a reçu un complément?
Déclaration de naissance vivante : État civil : Nombre d'années de scolarité :	

Accès aux données de recherche

Les données recueillies dans cette étude pourraient être réutilisées dans les cinq prochaines années pour des études sur l'allaitement maternel. Ces données seront utilisées de façon codée et non identifiable. Il s'agit de données dénominalisées. Les personnes qui auront accès aux données de recherche sont les chercheurs et les assistantes de recherche. À la fin

des cinq années les données seront détruites de façon confidentielle et légale. Un refus à la conservation des données pendant les cinq prochaines années n'empêche d'aucune façon la participation à l'étude actuelle.

J'accepte que les données que je fournirai pour cette étude puissent être réutilisées pour des études ultérieures dans les cinq prochaines années soit jusqu'en septembre 2014. Cependant, ce consentement ne donne pas accès au dossier médical de la mère et de l'enfant pour les cinq prochaines années.

Oui Non

Signature de la participante

Autorisation de communiquer les résultats

Aucun rapport publié à la suite de cette étude ne vous identifiera par votre nom.

Confidentialité

Les assistantes de recherche s'engagent à signer un formulaire de confidentialité afin de ne pas divulguer les données de la recherche. Les questionnaires seront complétés de manière à préserver la confidentialité des participantes. Les questionnaires sont numérotés et aucun nom ne figure sur le questionnaire.

De plus, par mesure de sécurité, les questionnaires seront conservés sous clé au Département des sciences infirmières de l'UQAR au Campus de Lévis pendant une durée de cinq ans. Les formulaires de consentement seront également conservés sous clé dans un fichier distinct de celui regroupant les questionnaires. Suite à ces 5 ans, les données seront détruites de façon confidentielle.

Registre

Conformément à la mesure 9 du Plan d'action ministériel en éthique de la recherche et en intégrité scientifique qui concerne l'identification des personnes qui prêtent leur concours à des activités de recherche en respectant la confidentialité, vos coordonnées seront inscrites au registre des participants qui est tenu par le responsable du projet de recherche.

Accès à la chercheuse et procédure d'urgence

Si vous avez des questions, quelles qu'elles soient concernant cette étude, vous pouvez rejoindre la chercheuse principale Dre Marie Lacombe au numéro de téléphone suivant : (418)-833-8800 (3298).

En cas de plainte

Pour tout problème concernant les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet de recherche, vous pouvez, après en avoir discuté avec la personne responsable du projet, expliquer vos préoccupations au commissaire local aux plaintes et à

la qualité des services de l'Hôtel-Dieu de Lévis, M. André Roy, que vous pouvez joindre au numéro (418)- 835-7284.

Surveillance éthique du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche de l'Hôtel-Dieu de Lévis a approuvé ce projet de recherche et s'assure du respect des règles éthiques durant tout son déroulement.

Pour toute information, vous pouvez joindre madame Jenny Kaeding, secrétaire-trésorière du comité d'éthique de la recherche, ou son représentant, au (418) 835-7121, poste 1360.

Déclaration de la chercheuse ou de sa représentante

Par la présente, je certifie que le participant pressenti à ce projet de recherche a été informé de la nature du projet de recherche, des exigences, des avantages et inconvénients relatifs à ce projet de recherche, ainsi que des autres traitements possibles dans son cas. Aucun problème de santé, aucune barrière linguistique, ni aucun problème au niveau de l'instruction ne semble l'avoir empêché de comprendre ses implications en tant que participants à ce projet de recherche.

« Je, soussigné, _____, certifie :

- a) avoir expliqué au signataire intéressé les termes du présent formulaire;
- b) avoir répondu aux questions qu'il m'a posées à cet égard;
- c) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au projet de recherche décrit ci-dessus. »

Consentement du participant

En signant ce formulaire de consentement, je ne renonce aucunement à mes droits ni ne libère la chercheure responsable du projet de recherche de leurs responsabilités légales et professionnelles.

Je déclare avoir lu et pris connaissance du projet de recherche, de la nature et de l'ampleur de ma participation. Une copie sera également déposée dans mon dossier médical.

Je, soussigné, consens, par la présente, à participer à ce projet de recherche.

Nom du participant

Signature du participant

Nom d'un témoin

Signature du témoin

Fait à _____,

le _____

ANNEXE VIII
CODIFICATION DES VARIABLES

Variable dépendante

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

Variables indépendantes principales

Variables indépendantes	Variables catégorielles ou continues
Sensibilité maternelle	Selon l'Échelle de sensibilité maternelle
Anxiété maternel	Selon l'Inventaire d'anxiété situationnel

Variables indépendantes secondaires

Variables indépendantes	Variables catégorielles ou continues
Âge	Nombre d'années
État civil	1= marié 2= union libre 3= séparée 4= veuve 5= célibataire
Scolarité	Nombre d'années
Revenu familial annuel	1= Inférieur à 55 000\$ 2= 55 000\$ et plus

Variables indépendantes secondaires (suite)

Variables indépendantes	Variable catégorielle ou continue
Tabagisme	0= Non 1= Oui
Intention d'allaiter	1= Déterminée à allaiter 2= Désire essayer 3= Indécise face à l'allaitement 4= Autre
Type d'accouchement	1= Vaginal 2= Césarienne
Analgésie	0= Non 1= Oui
Chirurgie mammaire	0= Non 1= Oui
Contact peau à peau	0= Non 1= Oui
Cohabitation	0= Non 1= Oui
Durée de la cohabitation	1= Moins de 12 heures 2= De 12 à 18 heures 3= Plus de 18 heures
Difficultés d'allaitement	0= Non 1= Oui
Cours prénataux	0= Non 1= Oui
Information sur l'allaitement lors des cours prénataux	0= Non 1= Oui
Objectif d'allaitement	1= 3 mois et moins 2= Entre 4 et 6 mois 3= 6 mois et plus 4= Non déterminé
Soutien du conjoint	Valeur
Soutien de l'entourage	Valeur
Satisfaction du soutien des infirmières	1= Non satisfaisant 2= Peu satisfaisant 3= Satisfaisant 4= Très satisfaisant

Variables indépendantes secondaires (suite)

Variables indépendantes	Variables catégorielles ou continues
Âge gestationnel	Valeurs en nombre de semaines
Poids de l'enfant	Valeurs en grammes
Apgar à 5 minutes	1= 10 2= 9 3= moins de 9
Sexe du bébé	1= Garçon 2= Fille
Complément	0= Non 1= Oui

ANNEXE IX
FORMULAIRE DE COLLECTE DES DONNÉES AU DOSSIER

Formulaire de collecte de données au dossierMère

Âge : _____

Antécédents médicaux : _____

Médecin de famille : _____

Nationalité : _____

Nombre de semaines de gestation : _____

Type d'accouchement : _____

Analgésie ou anesthésie avec péridurale : _____

Problèmes particuliers à l'accouchement : _____

Déclaration de naissance vivante

État civil : _____

Nombre d'années de scolarité : _____

Bébé

Date de la naissance : _____

Sexe : _____

Poids : _____

Apgar 1 minute : _____

Apgar 5 minutes : _____

Est-ce que le bébé a reçu un complément : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Tél. : _____

ANNEXE X
QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE-48 HEURES

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE
SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL
CHEZ LES MÈRES AYANT DONNÉ
NAISSANCE À UN PREMIER BÉBÉ

Temps 1 [48 heures]



CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT ANONYME. IL VOUS FAUDRA ENVIRON 15 MINUTES POUR LE COMPLÉTER. S.V.P. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER DANS L'ENVELOPPE PRÉ AFFRANCHIE FOURNIE À CET EFFET.

Merci de votre précieuse collaboration.

A RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT.
IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.
COCHEZ LA RÉPONSE QUI RÉPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

Q1. Quelle était votre intention face à l'allaitement avant la naissance de votre bébé ?

- J'étais déterminée à allaiter mon bébé quoi qu'il arrive
- Je voulais essayer d'allaiter et me disais que si cela allait bien je pourrais continuer
- J'étais encore indécise face à l'allaitement au moment de l'accouchement
- Autre précisez _____

Q2. Avez-vous subi une chirurgie aux seins au cours des 5 dernières années ?

- oui
- non

Q3. Avez-vous suivi des cours prénataux ?

- oui
- non

Q4. A. Si vous n'avez pas suivi des cours prénataux, avez-vous reçu de l'information au sujet de l'allaitement ?

- oui
- non

B. Si vous avez suivi des cours prénataux, est-ce que l'animatrice vous a donné de l'information au sujet de l'allaitement ?

- oui
- non

Q5. Actuellement, avez-vous des problèmes d'allaitement ?

- Douleur aux mamelons
- Phlyctène (ampoule de lait)
- Gerçure et/ou crevasse
- Aucun problème

Q6. Quelle est la ou les réponses qui décrivent le mieux comment votre bébé boit actuellement au sein ?

- Besoin de stimulation
- Boit bien
- Dort au sein
- Pleure au sein
- Incapable de téter
- Difficulté à prendre le sein

Q7. Combien de temps prévoyez-vous allaiter ?

- moins d'une semaine
- une semaine
- 1 moi
- 2 mois
- 3 mois
- 4 mois
- 5 mois
- 6 mois
- 6 mois et plus
- Non déterminé

Q8. Quelle est votre degré de satisfaction du soutien reçu par les infirmières pour votre allaitement ?

1 – Non satisfaisant 2 – peu satisfaisant 3 – satisfaisant 4 – très satisfaisant

Expliquez brièvement votre réponse :

Q9. Avez-vous vécu une période de contact peau à peau avec votre bébé immédiatement après la naissance ?

- oui
- non

Q10. Si oui, combien de temps ?

- moins de 5 minutes
- 5 à 10 minutes
- 10 à 20 minutes
- plus de 20 minutes

Q11. Lors de votre séjour autre que le moment de la naissance, combien de fois avez-vous expérimenté le contact peu à peu avec votre bébé ?

- 1 foi
- 2 fois
- 3 fois
- 4 fois
- plus de 4 fois

Q12. Avez-vous cohabité avec votre bébé ?

- jour
- soir
- nuit
- le jour et la nuit
- le jour et le soir
- le soir et la nuit
- le jour, le soir et la nuit

Q13. Combien de temps avez-vous cohabité pendant la première journée (premier 24 heures) ?

- moins de 6 heures
- de 6 à 12 heures
- de 12 heures à 18 heures
- plus de 18 heures sur 24 heures

Q14. Combien de temps avez-vous cohabité pendant la deuxième journée (48 heures de vie) ?

- moins de 6 heures
- de 6 à 12 heures
- de 12 heures à 18 heures
- plus de 18 heures sur 24 heures

Q15. Combien de temps avez-vous cohabité pendant la troisième journée (72 heures de vie) ?

- moins de 6 heures
- de 6 à 12 heures
- de 12 heures à 18 heures
- plus de 18 heures sur 24 heures

B

DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Q16. Quel est votre revenu familial annuel (avant déductions)?

- inférieur à 15,000 \$
- 15,000 à 25,000 \$
- 25,000 à 35,000 \$
- 35,000 à 45,000 \$
- 45,000 à 55,000 \$
- plus de 55,000 \$

Q17. Fumez-vous?

- oui, moins de 15 cigarettes
- oui, plus de 15 cigarettes
- non

ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI INDIQUE COMMENT VOUS VOUS SENTEZ À CE MOMENT PRÉCIS À CHACUN DES ÉNONCÉS. NE PAS TROP VOUS ATTARDEZ ET DONNER LA RÉPONSE QUI SEMBLE MIEUX DÉCRIRE VOS SENTIMENTS EN CE MOMENT. IL N'A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.

1. Je me sens calme.

- 1
- 2
- 3
- 4

2. Je me sens en sécurité.

- 1
- 2
- 3
- 4

3. Je suis tendue.

- 1
- 2
- 3
- 4

4. Je suis triste.

- 1
- 2
- 3
- 4

5. Je me sens tranquille.

- 1
- 2
- 3
- 4

6. Je me sens bouleversée.

- 1
- 2
- 3
- 4

7. Je suis préoccupée actuellement par des contrariétés possibles.

- 1
- 2
- 3
- 4

8. Je me sens reposée.

- 1
- 2
- 3
- 4

9. Je me sens anxieuse.

- 1
- 2
- 3
- 4

10. Je me sens à l'aise.

- 1
- 2
- 3
- 4

11. Je me sens sûre de moi.

- 1
- 2
- 3
- 4

12. Je me sens nerveuse.

- 1
- 2
- 3
- 4

13. Je suis affolée.

- 1
- 2
- 3
- 4

14. Je me sens sur le point d'éclater.

- 1
- 2
- 3
- 4

15. Je suis détendue.

- 1
- 2
- 3
- 4

16. Je suis heureuse.

- 1
- 2
- 3
- 4

17. Je suis préoccupée.

- 1
- 2
- 3
- 4

18. Je me sens surexcitée et fébrile.

- 1
- 2
- 3
- 4

19. Je me sens joyeuses.

- 1
- 2
- 3
- 4

20. Je me sens bien.

- 1
- 2
- 3
- 4

CI-DESSOUS, VOUS TROUVerez UNE LISTE DE COMPORTEMENTS QUE DES PERSONNES FONT LES UNES POUR LES AUTRES. SVP, POUR CHAQUE COMPORTEMENT, INDIQUER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION FACE AU SOUTIEN QUE VOUS RECEVEZ DE LA PART DE VOTRE CONJOINT ET DE VOTRE ENTOURAGE (FAMILLE, AMI(E)S) EN INDIQUANT LE CHIFFRE CORRESPONDANT QUI VARIE DE TRÈS SATISFAITE (1) À TRÈS INSATISFAITE (6).

1 : Très satisfaite

2 : Satisfaite

3 : Peu satisfaite

4 : Peu insatisfaite

5 : Insatisfaite

6 : Très insatisfaite

	Mon conjoint	Mon entourage
Participe aux activités reliées au bébé (visites chez le médecin, cours, soins du bébé etc.).		
M'aide à garder un bon moral		
M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde.		
S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant au bébé)		
S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou me rendre service.		
Me permet de discuter de choses personnelles.		
Me fait voir qu'il apprécie ce que je fais pour lui/eux.		
Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels.		
Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes.		
Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre.		
Me rassure qu'il sera disponible si j'ai besoin d'aide.		

ENCERCLE LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS VIVEZ EN CE MOMENT AVEC VOTRE BEBE. IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE REPONSE.

1 : Tout à fait d'accord

2 : D'accord

3 : Assez d'accord

4 : Pas d'accord

5 : Tout à fait en désaccord

6 : Ne s'applique pas

1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gêner.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je n'étais pas faite pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6
22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6

23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

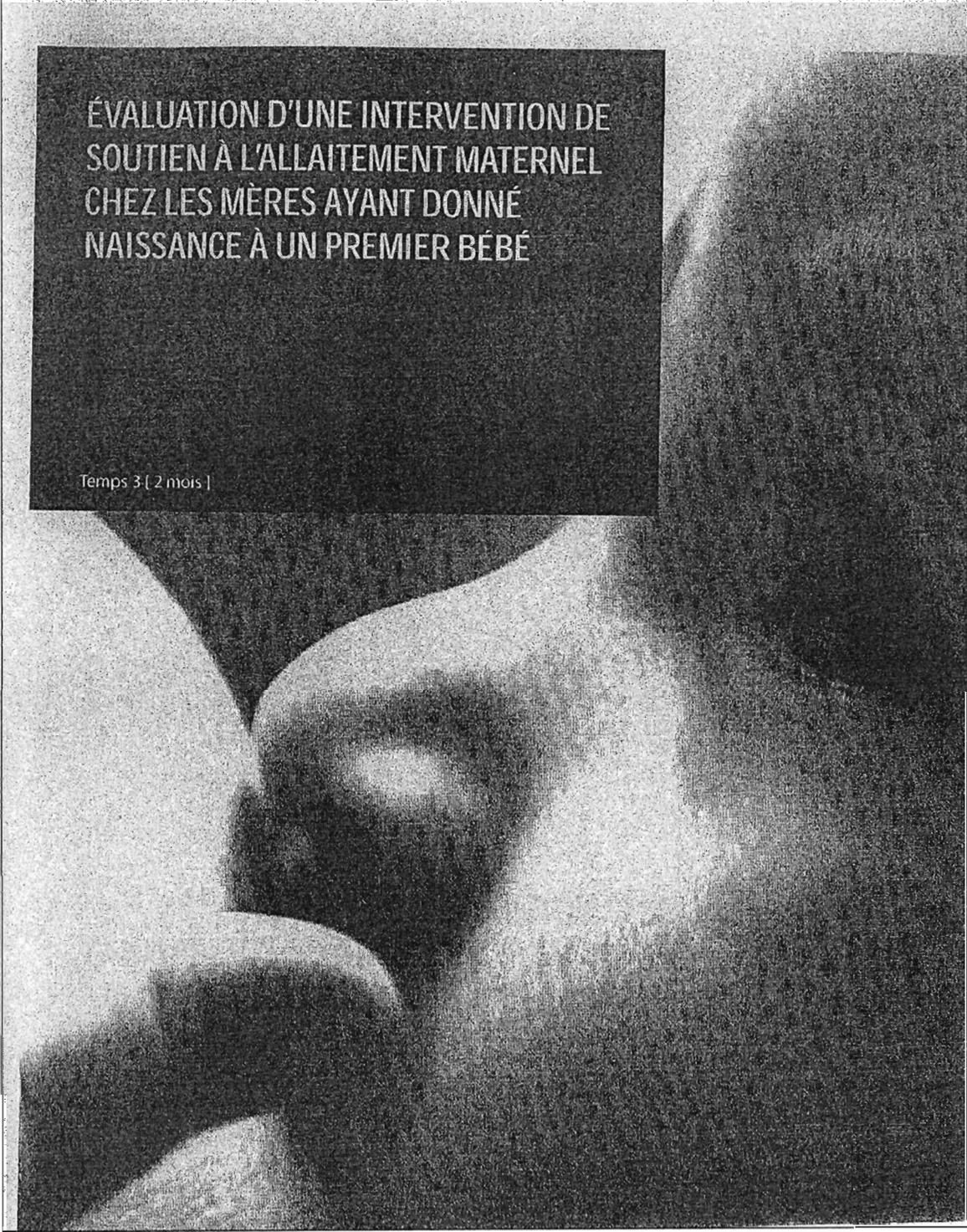
Commentaires

Merci une fois de plus d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

UQAR

Tous droits réservés © 2008 à 2011

ANNEXE XI
QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE-2 MOIS



ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE
SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL
CHEZ LES MÈRES AYANT DONNÉ
NAISSANCE À UN PREMIER BÉBÉ

Temps 3 [2 mois]

CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT
ANONYME. IL VOUS FAUDRA ENVIRON
15 MINUTES POUR LE COMPLÉTER.
S.V.P. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER
DANS L'ENVELOPPE PRÉ AFFRANCHIE
FOURNIE À CET EFFET.

Merci de votre précieuse collaboration.

A RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT.
IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.
COCHEZ LA RÉPONSE QUI RÉPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

Q1. Allaitiez-vous encore votre bébé ?

- oui (Allez à la question #4 ci-dessous)
 non

Q2. Si non, combien de temps avez-vous allaité votre bébé ?

- Entre 1 mois et 6 semaines
 Entre 6 semaines et 2 mois

Q3. Si non, pourquoi avez-vous cessé d'allaiter ?

Choisissez un maximum de 3 réponses et indiquez l'ordre de priorité (soit 1, 2 ou 3)

- Problèmes d'allaitement (ex. les gerçures, engorgement, mastite)
 Lait pas assez nourrissant pour mon bébé
 Bébé buvait trop souvent ou trop longtemps
 Bébé avait de la difficulté à boire
 Bébé difficile
 Manque de temps
 Problèmes de santé de la mère (spécifiez) _____
 Problèmes de santé chez le bébé (spécifiez) _____
 Fatigue, découragement chez la mère
 Absence de plaisir à allaiter ou allaitement inconfortable
 But atteint en terme de durée d'allaitement
 Sentiment de privation de ce que j'aime(ex.café, chocolat, cigarette, alcool, autres)
 Nervosité, stress ou dépression
 Pressions de mon entourage (ex. mère, amie, autres)
 Manque de soutien de mon conjoint
 Retour au travail ou aux études
 Autre(s) enfant (s) à la maison
 Bébé ne voulait plus boire au sein
 Bébé semblait avoir encore faim après le boire
 Manque de sommeil chez la mère
 Bébé hospitalisé
 Autre, spécifiez _____

Q4. Votre objectif concernant la durée de votre allaitement a-t-il été atteint ?

- oui
 non

Q5. Quelle est la ou les réponses qui décrivent le mieux comment votre bébé boit actuellement au sein ?

- Besoin de stimulation
 Boit bien
 Dort au sein
 Pleure au sein
 Incapable de téter
 Difficulté à prendre le sein

Q6. Quel âge avait votre bébé la première fois que vous lui avez donné :

	Âge du bébé
De l'eau	_____
Du jus	_____
Du lait commercial pour bébé	_____
Des céréales	_____

B DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

- Q7. Quel est votre état civil
- Mariée ou vivant avec un conjoint de fait
 - Célibataire
 - Séparée ou divorcée
 - Veuve

- Q8. Fumez-vous ?
- oui, moins de 15 cigarettes
 - oui, plus de 15 cigarettes
 - non

- Q9. Êtes-vous retournée au travail ou à l'école ?
- oui
 - non

- Q10. Si oui, travaillez-vous 20 heures et plus ?
- oui
 - non

ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX A CE QUE VOUS VIVEZ EN CE MOMENT AVEC VOTRE BÉBÉ. IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.

1 : Tout à fait d'accord

2 : D'accord

3 : Assez d'accord

4 : Pas d'accord

5 : Tout à fait en désaccord

6 : Ne s'applique pas

1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gâter.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je n'étais pas faite pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6

22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6
23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

CI-DESSOUS, VOUS TROUVEREZ UNE LISTE DE COMPORTEMENTS QUE DES PERSONNES FONT LES UNES POUR LES AUTRES. SVP, POUR CHAQUE COMPORTEMENT, INDIQUER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION FACE AU SOUTIEN QUE VOUS RECEVEZ DE LA PART DE VOTRE CONJOINT ET DE VOTRE ENTOURAGE (FAMILLE, AMI(E)S) EN INDIQUANT LE CHIFFRE CORRESPONDANT QUI VARIE DE TRÈS SATISFAITE (1) À TRÈS INSATISFAITE (6).

1 : Très satisfaite

2 : Satisfaite

3 : Peu satisfaite

4 : Peu insatisfaite

5 : Insatisfaite

6 : Très insatisfaite

	Mon conjoint	Mon entourage
Participe aux activités reliées au bébé (visites chez le médecin, cours, soins du bébé etc.).		
M'aide à garder un bon moral		
M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde.		
S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant au bébé).		
S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou me rendre service.		
Me permet de discuter de choses personnelles.		
Me fait voir qu'il apprécie ce que je fais pour lui/eux.		
Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels.		
Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes.		
Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre.		
Me rassure qu'il sera disponible si j'ai besoin d'aide.		

Commentaires

Merci une fois de plus d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

UQAR

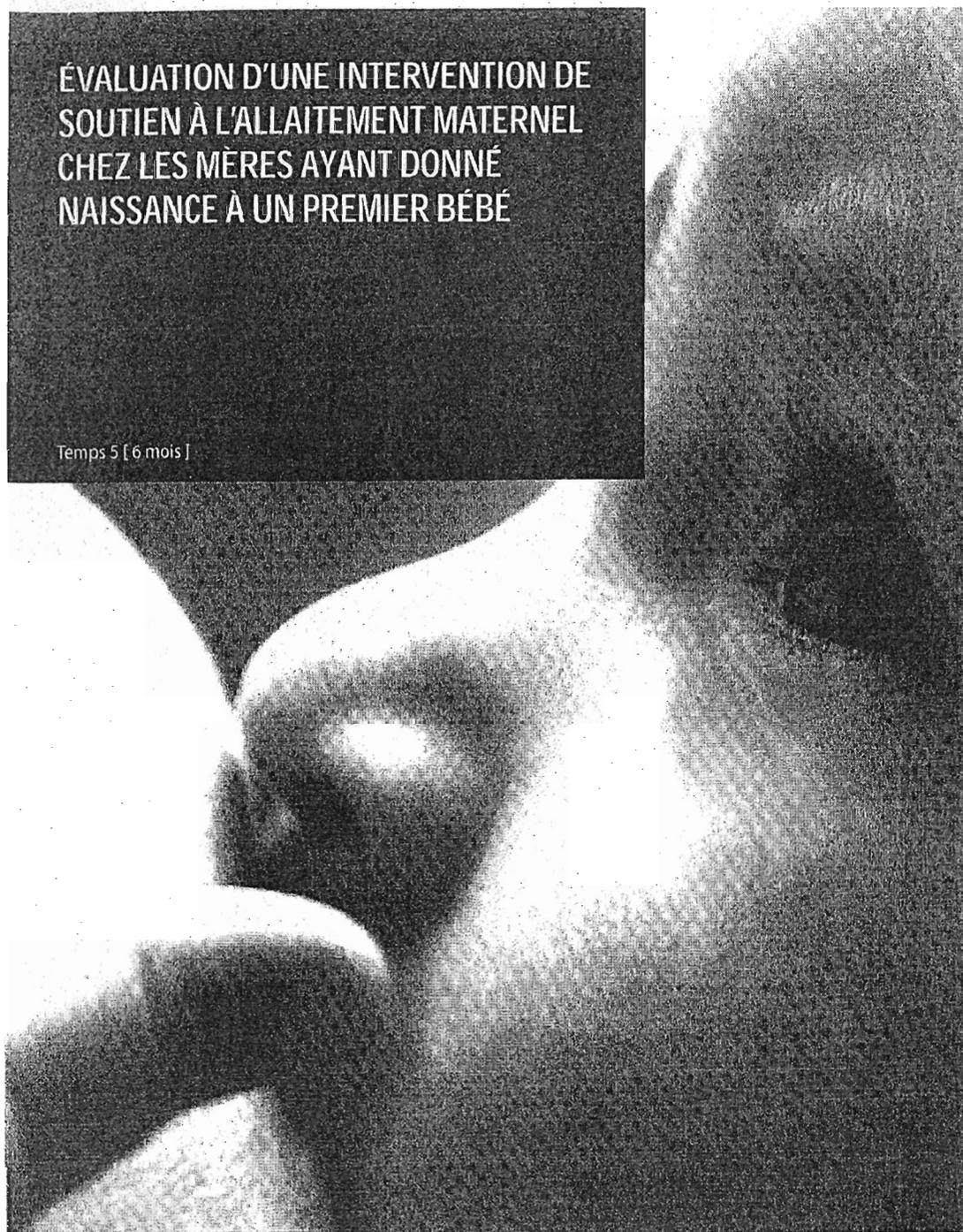


Tous droits réservés © 2008 à ???

ANNEXE XII
QUESTIONNAIRE DE L'ÉTUDE PRINCIPALE - 6 MOIS

ÉVALUATION D'UNE INTERVENTION DE
SOUTIEN À L'ALLAITEMENT MATERNEL
CHEZ LES MÈRES AYANT DONNÉ
NAISSANCE À UN PREMIER BÉBÉ

Temps 5 [6 mois]



CE QUESTIONNAIRE EST STRICTEMENT ANONYME. IL VOUS FAUDRA ENVIRON 15 MINUTES POUR LE COMPLÉTER. S.V.P. VEUILLEZ NOUS LE RETOURNER DANS L'ENVELOPPE PRÉ AFFRANCHIE FOURNIE À CET EFFET.

Merci de votre précieuse collaboration.

A RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ALLAITEMENT.
IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.
COCHEZ LA RÉPONSE QUI RÉPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

Q1. Allaitiez-vous encore votre bébé ?

- oui (Allez à la question #4 ci-dessous)
 non

Q2. Si non, combien de temps avez-vous allaité votre bébé ?

- Entre 4 mois et 5 mois
 Entre 5 mois et 6 mois

Q3. Si non, pourquoi avez-vous cessé d'allaiter ?

Choisissez un maximum de 3 réponses et indiquez l'ordre de priorité (soit 1, 2 ou 3)

- Problèmes d'allaitement (ex. les gerçures, engorgement, mastite)
 Lait pas assez nourrissant pour mon bébé
 Bébé buvait trop souvent ou trop longtemps
 Bébé avait de la difficulté à boire
 Bébé difficile
 Manque de temps
 Problèmes de santé de la mère (spécifiez) _____
 Problèmes de santé chez le bébé (spécifiez) _____
 Fatigue, découragement chez la mère
 Absence de plaisir à allaiter ou allaitement inconfortable
 But atteint en terme de durée d'allaitement
 Sentiment de privation de ce que j'aime(ex.café, chocolat, cigarette, alcool, autres)
 Nervosité, stress ou dépression
 Pressions de mon entourage (ex. mère, amie, autres)
 Manque de soutien de mon conjoint
 Retour au travail ou aux études
 Autre(s) enfant (s) à la maison
 Bébé ne voulait plus boire au sein
 Bébé semblait avoir encore faim après le boire
 Manque de sommeil chez la mère
 Bébé hospitalisé
 Autre, spécifiez _____

Q4. Votre objectif concernant la durée de votre allaitement a-t-il été atteint ?

- oui
 non

Q5. Quelle est la ou les réponses qui décrivent le mieux comment votre bébé boit actuellement au sein ?

- Besoin de stimulation
 Boit bien
 Dort au sein
 Pleure au sein
 Incapable de téter
 Difficulté à prendre le sein

Q6. Quel âge avait votre bébé la première fois que vous lui avez donné :

	Âge du bébé
De l'eau	_____
Du jus	_____
Du lait commercial pour bébé	_____
Des céréales	_____

B DONNÉES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Q7. Quel est votre état civil

- Mariée ou vivant avec un coinjoint de fait
- Célibataire
- Séparée ou divorcée
- Veuve

Q8. Fumez-vous?

- oui, moins de 15 cigarettes
- oui, plus de 15 cigarettes
- non

Q9. Êtes-vous retournée au travail ou à l'école?

- oui
- non

Q10. Si oui, travaillez-vous 20 heures et plus?

- oui
- non

ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI INDIQUE COMMENT VOUS VOUS SENTEZ À CE MOMENT PRÉCIS À CHACUN DES ÉNONCÉS. NE PAS TROP VOUS ATTARDEZ ET DONNER LA RÉPONSE QUI SEMBLE MIEUX DÉCRIRE VOS SENTIMENTS EN CE MOMENT. IL N'A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.

1 : Pas du tout

3 : Modérément

2 : Un peu

4 : Beaucoup

1. Je me sens calme.	1	2	3	4
2. Je me sens en sécurité.	1	2	3	4
3. Je suis tendue.	1	2	3	4
4. Je suis triste.	1	2	3	4
5. Je me sens tranquille.	1	2	3	4
6. Je me sens bouleversée.	1	2	3	4
7. Je suis préoccupée actuellement par des contrariétés possibles.	1	2	3	4
8. Je me sens nerveuse.	1	2	3	4
9. Je me sens anxieuse.	1	2	3	4
10. Je me sens à l'aise.	1	2	3	4
11. Je suis affolée.	1	2	3	4
12. Je me sens sur le point d'éclater.	1	2	3	4
13. Je me sens bien.	1	2	3	4
14. Je suis triste.	1	2	3	4
15. Je suis détendue.	1	2	3	4
16. Je suis heureuse.	1	2	3	4
17. Je suis préoccupée.	1	2	3	4
18. Je me sens surexcitée et fébrile.	1	2	3	4
19. Je me sens joyeuse.	1	2	3	4
20. Je me sens reposée.	1	2	3	4

ENCERCLEZ LE CHIFFRE QUI CORRESPOND LE MIEUX À CE QUE VOUS VIVEZ EN CE MOMENT AVEC VOTRE BÉBÉ. IL N'Y A PAS DE BONNE OU DE MAUVAISE RÉPONSE.

1 : Tout à fait d'accord
2 : D'accord
3 : Assez d'accord

4 : Pas d'accord
5 : Tout à fait en désaccord
6 : Ne s'applique pas

1. J'évite de trop prendre mon bébé de peur de le gâter.	1	2	3	4	5	6
2. Il m'arrive souvent d'être émerveillée par mon bébé.	1	2	3	4	5	6
3. Je parle beaucoup à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
4. Mon bébé et moi nous nous regardons souvent les yeux dans les yeux.	1	2	3	4	5	6
5. Je sais quand mon bébé a besoin d'attention.	1	2	3	4	5	6
6. Mon bébé est généralement de bonne humeur.	1	2	3	4	5	6
7. Je parle souvent de mon bébé aux membres de ma famille / à mes amies.	1	2	3	4	5	6
8. Mon bébé se sent en sécurité avec moi.	1	2	3	4	5	6
9. Je prends souvent mon bébé pour l'endormir.	1	2	3	4	5	6
10. Je n'étais pas faite pour être mère.	1	2	3	4	5	6
11. Je me sens dépassée dans mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
12. Il m'arrive souvent de prendre mon bébé juste pour le plaisir.	1	2	3	4	5	6
13. Je fais de mon mieux avec mon bébé et il semble bien.	1	2	3	4	5	6
14. Mon bébé essaie d'imiter les sons que je fais.	1	2	3	4	5	6
15. Il m'arrive de regarder longuement mon bébé même lorsqu'il dort.	1	2	3	4	5	6
16. J'ai tendance à caresser mon bébé.	1	2	3	4	5	6
17. Je m'adapte bien à mon rôle de mère.	1	2	3	4	5	6
18. Même si je suis occupée à faire autre chose, je reste attentive à mon bébé.	1	2	3	4	5	6
19. Je pense que je suis une bonne mère pour mon bébé.	1	2	3	4	5	6
20. Lorsque mon bébé chigne, il est facile pour moi d'identifier ce qu'il veut.	1	2	3	4	5	6
21. Mon bébé se colle sur moi lorsque je le prends.	1	2	3	4	5	6

22. Lorsque je parle à mon bébé, il me regarde et il me sourit.	1	2	3	4	5	6
23. Mon bébé communique avec moi.	1	2	3	4	5	6
24. En présence de mon bébé je me sens joyeuse.	1	2	3	4	5	6
25. Je trouve ça dur que mon bébé soit si dépendant de moi.	1	2	3	4	5	6
26. Je passe beaucoup de temps à regarder mon bébé.	1	2	3	4	5	6
27. Mon bébé est irritable.	1	2	3	4	5	6
28. Je me sens plus triste depuis la naissance de mon bébé.	1	2	3	4	5	6
29. J'arrive à calmer rapidement mon bébé.	1	2	3	4	5	6
30. La plupart du temps je comprends ce que mon bébé veut.	1	2	3	4	5	6
31. Quand mon bébé fait des petits sons, je jase avec lui.	1	2	3	4	5	6
32. J'arrive la plupart du temps à consoler mon bébé.	1	2	3	4	5	6
33. Être mère est la plus belle chose qui m'est arrivée dans la vie.	1	2	3	4	5	6

CI-DESSOUS, VOUS TROUVEREZ UNE LISTE DE COMPORTEMENTS QUE DES PERSONNES FONT LES UNES POUR LES AUTRES. SVP, POUR CHAQUE COMPORTEMENT, INDIQUER VOTRE DEGRÉ DE SATISFACTION FACE AU SOUTIEN QUE VOUS RECEVEZ DE LA PART DE VOTRE CONJOINT ET DE VOTRE ENTOURAGE (FAMILLE, AMI(E)S) EN INDIQUANT LE CHIFFRE CORRESPONDANT QUI VARIE DE TRÈS SATISFAITE (1) À TRÈS INSATISFAITE (6).

1 : Très satisfaite
2 : Satisfaite
3 : Peu satisfaite

4 : Peu insatisfaite
5 : Insatisfaite
6 : Très insatisfaite

	Mon conjoint	Mon entourage
Participe aux activités reliées au bébé (visites chez le médecin, cours, soins du bébé etc.).		
M'aide à garder un bon moral		
M'aide quand je suis rendue au bout de ma corde.		
S'intéresse à mes problèmes et à mes activités quotidiennes (autres que ceux se rapportant au bébé).		
S'efforce pour faire des choses spéciales pour moi ou me rendre service.		
Me permet de discuter de choses personnelles.		
Me fait voir qu'il apprécie ce que je fais pour lui/eux.		
Supporte mes sautes d'humeur et mes comportements inhabituels.		
Me prend au sérieux quand j'ai des inquiétudes.		
Me dit des choses qui rendent ma situation plus claire et facile à comprendre.		
Me rassure qu'il sera disponible si j'ai besoin d'aide.		

Commentaires

Merci une fois de plus d'avoir pris le temps de compléter ce questionnaire.

UQAR



ANNEXE XIII
APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE À
LA RECHERCHE DE L'UQAR

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Titulaire du projet :	Marie Lacombe
Unité de recherche :	Sciences infirmières
Titre du projet :	Évaluation d'un programme de soutien à l'allaitement maternel chez les mères primipares vivant dans le territoire du Grand Littoral
Organismes subventionnaires ou autre (s'il y a lieu) :	Agence de santé de la région Chaudière Appalaches l'Université du Québec à Rimouski
Commentaire (s) :	---

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que les êtres humains, sujets d'expérimentation, pour ce projet seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi que les normes et principes en vigueur de la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-52-212
Période de validité :	Du 25 septembre 2008 au 25 septembre 2009
Durée de l'expérimentation :	Du 01 septembre 2008 au 30 avril 2009



Bruno Leclerc, président du CÉR-UQAR

ANNEXE XIV
APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE DE L'HÔTEL-DIEU DE LÉVIS



CENTRE HOSPITALIER AFFILIÉ UNIVERSITAIRE



Le 28 mai 2009

Docteure Marie Lacombe
 Département des sciences infirmières
 UQAR – Campus de Lévis
 1595, boulevard Alphonse-Desjardins
 Lévis (Québec) G6V 0A6

Objet : **Projet de recherche : « Évaluation d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel chez les mères primipares vivant dans le territoire du Grand Littoral » - CER-0910-004**

Madame,

Après analyse des documents transmis, vous répondez aux conditions du comité d'éthique de la recherche formulées lors de sa rencontre du 13 mai 2009.

Les documents suivants sont donc approuvés :

- > Formulaire de consentement daté du 26 mai 2009 ;
- > Protocole d'intervention ;
- > Questionnaire à remplir pour l'approbation d'un projet de recherche en expérimentation humaine ;
- > Protocole de recherche daté du mois d'avril 2009 ;
- > Échelle de sensibilité maternelle ;
- > Inventaire d'anxiété situationnelle ;
- > Fiche de suivi pour l'allaitement ;
- > Fiche de suivi pour la période de rodage ;
- > Échelle des pratiques de soutien (version brève).

C'est avec plaisir que nous vous informons que le comité d'éthique de la recherche est favorable à la réalisation de ce projet de recherche.

Toutefois, avant de débiter votre projet, veuillez prendre note que la Direction de l'enseignement et de la recherche devra également vous avoir transmis son avis final dont une copie conforme sera adressée au comité d'éthique de la recherche. Ce n'est qu'au terme de l'obtention de cet avis que vous pourrez débiter les activités liées à votre projet de recherche.

Veuillez agréer, Madame, l'expression de nos sentiments distingués.

La secrétaire-trésorière du comité d'éthique
 de la recherche,

Jenny Kaeding, Ph. D.
 JK/šg

c.c. Mme Guylaine Marineau, directrice de l'enseignement et de la recherche

SITE PRINCIPAL
 141, rue Wolfe
 Lévis (Québec) G6V 0Z1
 Téléphone : 418 835-7121

SITE CENTRE PAUL-GILBERT
 9300, boul. du Centre Hospitalier
 Charly (Québec) G6X 1L6
 Téléphone : 418 835-7300

ANNEXE XV
APPROBATION DE L'ÉTUDE PRINCIPALE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE
DE LA RECHERCHE DU CSSS DE LA VIEILLE-CAPITALE

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

Le 2 juin 2011

Madame Marie Lacombe
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Rimouski
Campus de Lévis
1595, boul. Alphonse-Desjardins
Lévis (Québec) G6V 0A6

COPIE

**OBJET : Renouvellement d'approbation éthique
Projet de recherche 2008-2009-24 « Évaluation d'une intervention de soutien à
l'allaitement maternel chez les mères primipares vivant dans le territoire de Grand-
Littoral »**

Madame,

Le comité d'éthique de la recherche des Centres de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale, de Québec-Nord, de Grand Littoral, de Portneuf, et de la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale a reçu votre demande de renouvellement d'approbation du projet de recherche cité en objet, demande datée du 16 mai dernier.

Ayant jugé le tout conforme, le comité autorise le renouvellement de ce projet pour une année supplémentaire, soit **du 3 juin 2011 au 3 juin 2012**.

Nous vous rappelons que ce renouvellement est conditionnel aux points suivants :

1. Le comité d'éthique devra être informé et devra réévaluer le projet advenant toute modification au protocole ou toute nouvelle information modifiant les risques encourus, le contenu du consentement des participants ou la manière dont il est obtenu.
2. Le comité devra par ailleurs être informé de tout incident ou effet secondaire imprévu qui surviendrait dans le cadre de votre recherche. Le chercheur s'engage à ce titre à faire un rapport incident/accident, comme prévu aux politiques de l'établissement.
3. Nous vous rappelons que vous avez la responsabilité de tenir à jour la liste des participants à votre projet de recherche pendant un an après la fin du projet, dans un répertoire à part. En cas de problème, et afin de s'assurer de la protection des participants à la recherche, l'établissement pourra en effet exiger du chercheur la liste des participants à son projet de recherche.

En vous souhaitant bonne continuité dans vos recherches, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

La coordonnatrice du comité d'éthique de la recherche,

Béatrice Eysermann

Enseignement et Recherche
Téléphone : 418 681-8787
Télécopieur : 418 687-9594

Édifice Père-Marquette
880, rue Père-Marquette, 3^e étage
Québec (Québec) G1S 2A4

Centre administratif
1, avenue du Sacré-Cœur
Québec (Québec) G1N 2W1
Téléphone : 418 529-4777

www.csssvc.qc.ca

ANNEXE XVI
APPROBATION DE LA PRÉSENTE ÉTUDE PAR LE COMITÉ D'ÉTHIQUE DE
LA RECHERCHE DE L'UQAR



CERTIFICAT D'ÉTHIQUE ÉTUDIANT

Titulaire (s) du projet :	Marie-Estelle Couture
Nom du programme :	Maîtrise en sciences infirmières
Nom de la directrice :	Marie Lacombe
Titre du projet :	La sensibilité et l'anxiété maternelle sont-ils associés à la poursuite de l'allaitement
Organisme subventionnaire ou autre (s'il y a lieu) :	---
Titre du cours (s'il y a lieu) :	---

Le CÉR de l'Université du Québec à Rimouski certifie, conjointement avec le titulaire du certificat, que les êtres humains, sujets d'expérimentation, pour ce projet seront traités conformément aux principes de l'Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains ainsi que les normes et principes en vigueur de la Politique d'éthique avec les êtres humains de l'UQAR (C2-D32).

Réservé au CÉR

N° de certificat :	CÉR-67-384
Période de validité du certificat:	Du 3 novembre 2011 au 2 novembre 2012

Bruno Leclerc, président du CÉR-UQAR

Date de la réunion : Sur courriel

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abrahams, S. W., & Labbok, M. H. (2011). Breastfeeding and otitis media: a review of recent evidence. *Current Allergy And Asthma Reports*, 11(6), 508-512. doi: 10.1007/s11882-011-0218-3
- Agence de la santé publique du Canada. (2013). Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne et Stratégies pour la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. (2003). Allaitement maternel: mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. *Gynécologie Obstétrique et Fertilité*, 31, 481-490.
- Ainsworth, M. D., & Bell, S. M. (1969). Some contemporary patterns of mother-infant interaction in the feeding situation *Dans: Stimulation in early infancy* (pp. 133-170): London: Academic Press.
- Ainsworth, M. D., Bell, S. M., & Stayton, D. (1974). Infant mother attachment and social development: "socialization" as a product of reciprocal responsiveness to signal. Dans Richards MPM (Éd.), *The integration of a child into a Social World* (pp. 99-135). London: Cambridge University Press.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, : Hillsdale: Erlbaum.
- Akman, I., Kuscu, K., Ozdemir, N., Yurdakul, Z., Solakoglu, M., Orhan, L., . . . Ozek, E. (2006). Mothers' postpartum psychological adjustment and infantile colic. *Archives Of Disease In Childhood*, 91(5), 417-419.

- Akman, I., Kuscu, M. K., Yurdakul, Z., Ozdemir, N., Solakoglu, M., Orhon, L., . . . Ozek, E. (2008). Breastfeeding duration and postpartum psychological adjustment: role of maternal attachment styles. *Journal of Paediatrics & Child Health*, 44(6), 369-373.
- Al-Kohji, S., Said, H. A., & Selim, N. A. (2012). Breastfeeding practice and determinants among Arab mothers in Qatar. *Saudi Medical Journal*, 33(4), 436-443.
- Alves, J. G. B., Figueiroa, J. N., Meneses, J., & Alves, G. V. (2012). Breastfeeding protects against type 1 diabetes mellitus: a case-sibling study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, 7(1), 25-28.
- Amankwaa, L. C., Pickler, R. H., & Boonmee, J. (2007). Maternal responsiveness in mothers of preterm infants. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 7(1), 25-30.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-e841.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5*. Arlington, Virg.
- Association Canadienne des Troubles Anxieux. (2005). Les troubles anxieux durant la grossesse et le post-partum Page consultée le 12 février 2013, à <http://www.anxietycanada.ca/french/pdf/brochures/lire/Grossess.pdf>
- Association des médecins psychiatres du Québec. (2013). Troubles anxieux Page consultée le 14 février 2013, à <http://www.ampq.org/index.cfm?p=page&id=5&mark=troubles%20anxieux>
- Awatef, M., Olfà, G., Imed, H., Kacem, M., Imen, C., Rim, C., . . . Slim, B. A. (2010). Breastfeeding reduces breast cancer risk: a case-control study in Tunisia. *Cancer Causes & Control: CCC*, 21(3), 393-397.
- Bahadori, B., Riediger, N. D., Farrell, S. M., Uitz, E., & Moghadasian, M. F. (2013). Hypothesis: smoking decreases breast feeding duration by suppressing prolactin secretion. *Medical Hypotheses*, 81(4), 582-586. doi: 10.1016/j.mehy.2013.07.007

- Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin, 129*(2), 195-215.
- Barnard, K., Hammond, M., Booth, C., Bee, H., Mitchell, S., & Spieker, S. (1989). Measurement and meaning of parent-child interaction *Applied Developmental Psychology 3*, 39-40.
- Barriere, H., Tanguy, M., Connan, L., Baron, C., & Fanello, S. (2011). Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *18*(9), 945-954. doi: 10.1016/j.arcped.2011.06.006
- Bartick, M., & Reinhold, A. (2010). The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics, 125*(5), e1048-e1056. doi: 10.1542/peds.2009-1616
- Batan, M., Li, R., & Scanlon, K. (2013). Association of child care providers breastfeeding support with breastfeeding duration at 6 months. *Maternal And Child Health Journal, 17*(4), 708-713. doi: 10.1007/s10995-012-1050-7
- Bayley, N. (1993). *Bayley Scales of Infant Development* (2nd éd.). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Beake, S., Pellowe, C., Dykes, F., Schmied, V., & Bick, D. (2012). A systematic review of structured compared with non-structured breastfeeding programmes to support the initiation and duration of exclusive and any breastfeeding in acute and primary health care settings. *Maternal & Child Nutrition, 8*(2), 141-161. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00381.x
- Bell, L. (2008). L'établissement de la relation parents-enfant un modèle d'évaluation et d'intervention ayant pour cible la sensibilité parentale. *L'infirmière clinicienne, 5*(2). Repéré à wer.uqar.qc.ca/revue-inf
- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D., & Paul, D. (2004). Établissement du lien mère-enfant et père-enfant à la période périnatale. *Perspective Infirmière, 1*(6), 12-22.

- Bell, L., Goulet, C., St-Cyr Tribble, D. et Paul, D. (2004). L'Échelle de sensibilité maternelle. *Document inédit, Université de Sherbrooke*.
- Bertino, E., Varalda, A., Magnetti, F., Di Nicola, P., Cester, E., Occhi, L., . . . Prandi, G. (2012). Is breastfeeding duration influenced by maternal attitude and knowledge? A longitudinal study during the first year of life. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 25, 32-36. doi: 10.3109/14767058.2012.712341
- Bigelow, A. E., MacLean, K., Proctor, J., Myatt, T., Gillis, R., & Power, M. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 50-60. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.009
- Boccolini, C. S., de Carvalho, M. L., de Oliveira, M. I. C., & Pérez-Escamilla, R. (2013). Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *Jornal De Pediatria*, 89(2), 131-136. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.03.005
- Bodner, K., Wierrani, F., Grünberger, W., & Bodner-Adler, B. (2011). Influence of the mode of delivery on maternal and neonatal outcomes: a comparison between elective cesarean section and planned vaginal delivery in a low-risk obstetric population. *Archives Of Gynecology And Obstetrics*, 283(6), 1193-1198.
- Bonet, M., Marchand, L., Kaminski, M., Fohran, A., Betoko, A., Charles, M.-A., & Blondel, B. (2013). Breastfeeding duration, social and occupational characteristics of mothers in the French 'EDEN mother-child' cohort. *Maternal And Child Health Journal*, 17(4), 714-722. doi: 10.1007/s10995-012-1053-4
- Bouanene, I., ElMhamdi, S., Sriha, A., Bouslah, A., & Soltani, M. (2010). Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 16(8), 879-885.
- Boulanger, J., & Goulet, C. (1994). Mieux faire connaissance dès la naissance. *L'infirmière canadienne* 90(4), 44-48.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss* (Vol. 2). New York: Basic Books.

- Bramson, L., Lee, J. W., Moore, E., Montgomery, S., Neish, C., Bahjri, K., & Melcher, C. L. (2010). Effect of early skin-to-skin mother--infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *Journal of Human Lactation*, *26*(2), 130-137. doi: 10.1177/0890334409355779
- Brew, B. K., Kull, I., Garden, F., Almqvist, C., Bergström, A., Lind, T., . . . Marks, G. B. (2012). Breastfeeding, asthma, and allergy: a tale of two cities. *Pediatric Allergy & Immunology*, *23*(1), 75-82. doi: 10.1111/j.1399-3038.2011.01229.x
- Bridou, M., & Aguerre, C. (2012). L'anxiété envers la santé : définition et intérêt clinique d'un concept novateur et heuristique. *170*(6), 375-381. doi: 10.1016/j.amp.2010.11.017
- Britton, J. R. (2007). Postpartum anxiety and breast feeding. *Journal of Reproductive Medicine*, *52*(8), 689-695.
- Britton, J. R., Britton, H. L., & Gronwaldt, V. (2006). Breastfeeding, sensitivity, and attachment. *Pediatrics*, *118*(5), e1436-e1443.
- Brown, A. E., & Jordan, S. (2013). Impact of birth complications on breastfeeding duration: an internet survey. *Journal of Advanced Nursing*, *69*(4), 828-839. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06067.x
- Brown, A. E., Raynor, P., Benton, D., & Lee, M. D. (2010). Indices of Multiple Deprivation predict breastfeeding duration in England and Wales. *European Journal of Public Health*, *20*(2), 231-235. doi: 10.1093/eurpub/ckp114
- Brown, M. A. (1986). Social support during pregnancy: A unidimensional or multidimensional construct? *Nursing Research*, *35*(1), 4-9.
- Brownell, E., Howard, C. R., Lawrence, R. A., & Dozier, A. M. (2012). Delayed Onset Lactogenesis II Predicts the Cessation of Any or Exclusive Breastfeeding. *The Journal Of Pediatrics*, *161*(4), 608-614. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.03.035
- Burns, N., & Grove, S. K. (2009). *The practice of nursing research : appraisal, synthesis, and generation of evidence, sixth edition*. St. Louis, Missouri: St. Louis, Missouri : Saunders Elsevier.

- Bystrova, K., Widström, A.-M., Matthiesen, A.-S., Ransjö-Arvidson, A.-B., Welles-Nyström, B., Vorontsov, I., & Uvnäs-Moberg, K. (2007). Early lactation performance in primiparous and multiparous women in relation to different maternity home practices. A randomised trial in St. Petersburg. *International Breastfeeding Journal*, 2, 9-9.
- Campbell, S. B., Brownell, C. A., Hungerford, A., Spieker, S. I., Mohan, R., & Blessing, J. S. (2004). The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Development And Psychopathology*, 16(2), 231-252.
- Cara, C., & O'Reilly, L. (2008). S'appropriier la théorie du *Human Caring* de Jean Watson par la pratique réflexive lors d'une situation clinique. *Recherche en Soins Infirmiers*(95), 37-45.
- Cardwell, C. R., Stene, L. C., Ludvigsson, J., Rosenbauer, J., Cinek, O., Svensson, J., . . . Patterson, C. C. (2012). Breast-Feeding and Childhood-Onset Type 1 Diabetes: a pooled analysis of individual participant data from 43 observational studies. *Diabetes Care*, 35(11), 2215-2225. doi: 10.2337/dc12-0438
- Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Breastfeeding Report Card-United States Repéré à <http://www.cdc.gov/breastfeeding/data/reportcard.htm>
- Cernadas, J. M. C., Noceda, G., Barrera, L., Martinez, A. M., & Garsd, A. (2003). Maternal and perinatal factors influencing the duration of exclusive breastfeeding during the first 6 months of life. *Journal of Human Lactation*, 19(2), 136-144.
- Chelmos, D. (2008). Postpartum haemorrhage: prevention. *Clinical Evidence*, 2008.
- Chen, P. G., Johnson, L. W., & Rosenthal, M. S. (2012). Sources of Education About Breastfeeding and Breast Pump Use: What Effect do they Have on Breastfeeding Duration? An Analysis of the Infant Feeding Practices Survey II. *Maternal And Child Health Journal*, 16(7), 1421-1430.
- Çiftçi, E. K., & Arikan, D. (2012). The effect of training administered to working mothers on maternal anxiety levels and breastfeeding habits. *Journal of Clinical Nursing*, 21(15/16), 2170-2178. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03957.x

- Clark, R. (1999). The Parent-Child Early Relational Assessment: A Factorial Validity Study. *Educational & Psychological Measurement*, 59(5), 821.
- Claussen, A. H., & Crittenden, P. M. (2000). Maternal sensitivity the organization of attachment relationships: Maturation, culture, and context. *Royaume-Uni: Cambridge University Press*.
- Clifford, T. J., Campbell, M. K., Speechley, K. N., & Gorodzinsky, F. (2006). Factors influencing full breastfeeding in a Southwestern Ontario community: assessments at 1 week and at 6 months postpartum. *Journal of Human Lactation*, 22(3), 292-304.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed. éd.): Hillsdale, N.J.L. Erlbaum Associates.
- Colaizy, T. T., Saftlas, A. F., & Morriss, F. H., Jr. (2012). Maternal intention to breast-feed and breast-feeding outcomes in term and preterm infants: Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS), 2000-2003. *Public Health Nutrition*, 15(4), 702-710.
- Courtois, E., Lacombe, M., & Tysio, D. (2012). Les facteurs prédictifs de la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie du nourrisson, en région parisienne. *5e Congrès mondial des infirmières et des infirmiers francophones*.
- Crenshaw, J. (2007). Care practice #6: no separation of mother and baby, with unlimited opportunities for breastfeeding. *Journal of Perinatal Education*, 16(3), 39-43.
- Crouch, S., Lightfoot, T., Simpson, J., Smith, A., Ansell, P., & Roman, E. (2012). Infectious Illness in Children Subsequently Diagnosed With Acute Lymphoblastic Leukemia: Modeling the Trends From Birth to Diagnosis. *American Journal of Epidemiology*, 176(5), 402-408.
- Davis, A. M., Dickey, S. B., & Segal, J. (2007). Early infant temperament is related to food intake but not weight gain in 3-month old formula-fed infants. *FASEB Journal*, 21(5), A677-A677.

- de Montigny, F. (2002). *Perception sociales des parents d'un premier enfant: Évènements critiques de la période postnatale immédiate, pratiques d'aides des infirmières et efficacité parentale.*, Université du Québec à Trois-Rivières, Thèse doctorale en psychologie sous la direction de Carl Lacharité.
- de Montigny, F., Devault, A., Miron, J. M., Lacharité, C., Goudreau, J., Brin, M., & Groulx, A.-P. (2007). L'expérience des pères de l'Outaouais de l'allaitement maternel et de la relation père-enfant. *UQO, Gatineau, Qc.*
- De Wolff, M. S., & van Ijzendoorn, M. H. (1997). Sensitivity and attachment: A meta-analysis on parental antecedents of infant attachment. *Child Development, 68*(4), 571. doi: 10.1111/1467-8624.ep9710021672
- Deggau Hegeto de Souza, S. N., Migoto, M. T., Rossetto, E. G., & Falleiros de Mello, D. (2012). Prevalence of breastfeeding and associated factors in the municipality of Londrina (PR, Brazil). *Acta Paulista de Enfermagem, 25*(1), 29-35.
- Dennis, C., & McQueen, K. (2009). The relationship between infant-feeding outcomes and postpartum depression: a qualitative systematic review. *Pediatrics, 123*(4), e736-751. doi: 10.1542/peds.2008-1629
- Di Napoli, A., Di Lallo, D., Pezzotti, P., Forastiere, F., & Porta, D. (2006). Effects of parental smoking and level of education on initiation and duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica, 95*(6), 678-685. doi: 10.1080/08035250600580578
- Doherty, T., Sanders, D., Jackson, D., Swanevelder, S., Lombard, C., Zembe, W., . . . Tylleskär, T. (2012). Early cessation of breastfeeding amongst women in South Africa: an area needing urgent attention to improve child health. *BMC Pediatrics, 12*, 105-105.
- Donaldson-Myles, F. (2011). Postnatal depression and infant feeding: A review of the evidence. *British Journal of Midwifery, 19*(10), 619-624.
- Donaldson-Myles, F. (2012). Can hormones in breastfeeding protect against postnatal depression? *British Journal of Midwifery, 20*(2), 88-93.

- Doyon, M. (2010). *Étude pilote d'un programme préventif d'activités physiques sur les symptômes dépressifs postpartum et la sensibilité maternelle*. Université de Sherbrooke.
- Dozier, A., Howard, C., Brownell, E., Wissler, R., Glantz, J., Ternullo, S., . . . Lawrence, R. (2013). Labor Epidural Anesthesia, Obstetric Factors and Breastfeeding Cessation. *Maternal & Child Health Journal*, *17*(4), 689-698. doi: 10.1007/s10995-012-1045-4
- Drake, E. E., Humenick, S. S., Amankwaa, L., Younger, J., & Roux, G. (2007). Predictors of maternal responsiveness. *Journal of Nursing Scholarship*, *39*(2), 119-125. doi: 10.1111/j.1547-5069.2007.00156.x
- Duijts, L., Jaddoe, V. W. V., Hofman, A., & Moll, H. A. (2010). Prolonged and exclusive breastfeeding reduces the risk of infectious diseases in infancy. *Pediatrics*, *126*(1), e18-e25.
- Dykes, F., & Flacking, R. (2010). Encouraging breastfeeding: A relational perspective. *Early Human Development*, *86*(11), 733-736. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.08.004
- Else-Quest, N. M., Hyde, J. S., & Clark, R. (2003). Breastfeeding, Bonding, and the Mother-Infant Relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, *49*(4), 495-521.
- Eshel, N., Daelmans, B., de Mello, M. C., & Martines, J. (2006). Responsive parenting: interventions and outcomes. *Bulletin of the World Health Organization*, *84*(12), 991-998.
- Februhartanty, J., Wibowo, Y., Fahmida, U., & Roshita, A. (2012). Profiles of eight working mothers who practiced exclusive breastfeeding in Depok, Indonesia. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, *7*(1), 54-59.
- Feldens, C., Vitolo, M., Rauber, F., Cruz, L., & Hilgert, J. (2012). Risk Factors for Discontinuing Breastfeeding in Southern Brazil: A Survival Analysis. *Maternal & Child Health Journal*, *16*(6), 1257-1265. doi: 10.1007/s10995-011-0885-7

- Feldman, R. (Éd.). (1998). *Mother-newborn coding system manual*. Tel Aviv, Israel: Bar-Ilan University, University Press.
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal Of The American Academy Of Child And Adolescent Psychiatry*, 48(9), 919-927.
- Fenwick, J., Barclay, L., & Schmied, V. (2008). Craving closeness: a grounded theory analysis of women's experiences of mothering in the Special Care Nursery. *Women & Birth*, 21(2), 71-85.
- Ferland, M. (2011). *Les facteurs associés à l'arrêt de l'allaitement maternel avant trois mois chez les mères de la région de Chaudière-Appalaches*. Mémoire de maîtrise inédit présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé Sherbrooke.
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., . . . Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior & Development*, 33(1), 23-29. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.10.004
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., Yando, R., & Bendell, D. (2003). Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: Effects on the fetus and neonate. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 17, 140-151.
- Field, T., Hernandez-Reif, M., Vera, Y., Gil, K., Diego, M., Bendell, D., & Yando, R. (2005). Anxiety and anger effects on depressed mother-infant spontaneous and imitative interactions. *Infant Behavior & Development*, 28(1), 1-9. doi: 10.1016/j.infbeh.2004.06.003
- Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Conde, A., & Teixeira, C. (2010). Mother's anxiety and depression during the third pregnancy trimester and neonate's mother versus stranger's face/voice visual preference. *Early Human Development*, 86(8), 479-485. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.06.008
- Fisk, C. M., Crozier, S. R., Inskip, H. M., Godfrey, K. M., Cooper, C., Roberts, G. C., & Robinson, S. M. (2011). Breastfeeding and reported morbidity during infancy:

findings from the Southampton Women's Survey. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 61-70. doi: 10.1111/j.1740-8709.2010.00241.x

Gagnon, A. J., Leduc, G., Waghorn, K., Yang, H., & Platt, R. W. (2005). In-hospital formula supplementation of healthy breastfeeding newborns. *Journal of Human Lactation*, 21(4), 397-405.

Garcia, M. V., Azevedo, M. F. d., Testa, J. R. G., & Luiz, C. B. L. (2012). The influence of the type of breastfeeding on middle ear conditions in infants. *Brazilian Journal Of Otorhinolaryngology*, 78(1), 8-14.

Gates, M. A., Rosner, B. A., Hecht, J. L., & Tworoger, S. S. (2010). Risk Factors for Epithelial Ovarian Cancer by Histologic Subtype. *American Journal of Epidemiology*, 171(1), 45-53. doi: 10.1093/aje/kwp314

Gauthier, J., & Bouchard, S. (1993). Adaptation canadienne-française de la forme révisée du State-Trait Anxiety Inventory de Spielberger. *Revue canadienne des sciences du comportement*, 25(4), 559-578.

Gerd, A.-T., Bergman, S., Dahlgren, J., Roswall, J., & Alm, B. (2012). Factors associated with discontinuation of breastfeeding before 1 month of age. *Acta Paediatrica*, 101(1), 55-60. doi: 10.1111/j.1651-2227.2011.02405.x

Giakoumaki, O., Vasilaki, K., Lili, L., Skouroliakou, M., & Liosis, G. (2009). The role of maternal anxiety in the early postpartum period: screening for anxiety and depressive symptomatology in Greece. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 30(1), 21-28. doi: 10.1080/01674820802604839

Giglia, R. C., Binns, C. W., & Alfonso, H. S. (2006). Which women stop smoking during pregnancy and the effect on breastfeeding duration. *BMC Public Health*, 6, 195-198. doi: 10.1186/1471-2458-6-195

Glasheen, C., Richardson, G. A., & Fabio, A. (2010). A systematic review of the effects of postnatal maternal anxiety on children. *Archives of Women's Mental Health*, 13(1), 61-74. doi: 10.1007/s00737-009-0109-y

- Glintborg, D., Mumm, H., Hougaard, D. M., Ravn, P., & Andersen, M. (2012). Smoking is associated with increased adrenal responsiveness, decreased prolactin levels and a more adverse lipid profile in 650 white patients with polycystic ovary syndrome. *Gynecological Endocrinology*, 28(3), 170-174. doi: 10.3109/09513590.2011.589926
- Goulet, C., Polomeno, V., Laizner, A. M., Marcil, I., & Lang, A. (2003). Translation and validation of a French version of Brown's Support Behaviors Inventory in perinatal health... including commentary by Davis GC and Schepp KG with author response. *Western Journal of Nursing Research*, 25(5), 561-592.
- Gouveri, E., Papanas, N., Hatzitolios, A. I., & Maltezos, E. (2011). Breastfeeding and diabetes. *Current Diabetes Reviews*, 7(2), 135-142.
- Grant, K.-A., McMahon, C., & Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: a prospective study. *Journal Of Affective Disorders*, 108(1-2), 101-111.
- Grant, K.-A., McMahon, C., Reilly, N., & Austin, M.-P. (2010). Maternal sensitivity moderates the impact of prenatal anxiety disorder on infant mental development. *Early Human Development*, 86(9), 551-556. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.07.004
- Gribble, K. D., McGrath, M., MacLaine, A., & Lhotska, L. (2011). Supporting breastfeeding in emergencies: protecting women's reproductive rights and maternal and infant health. *Disasters*, 35(4), 720-738. doi: 10.1111/j.1467-7717.2010.01239.x
- Grigoriadis, S., Vonderporten, E. H., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Dennis, C.-L., Koren, G., . . . Ross, L. E. (2013). The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *The Journal Of Clinical Psychiatry*, 74(4), e321-e341. doi: 10.4088/JCP.12r07968
- Groer, M. W., Jevitt, C. M., Sahebzamani, F., Beckstead, J. W., & Keefe, D. L. (2013). Breastfeeding Status and Maternal Cardiovascular Variables Across the Postpartum. *Journal of Women's Health (15409996)*, 22(5), 453-459. doi: 10.1089/jwh.2012.3981

- Gubler, T., Krähenmann, F., Roos, M., Zimmermann, R., & Ochsenbein-Kölble, N. (2013). Determinants of successful breastfeeding initiation in healthy term singletons: a Swiss university hospital observational study. *Journal of Perinatal Medicine, 41*(3), 331-339. doi: 10.1515/jpm-2012-0102
- Guillemette, A., & Badlissi, D. (2001). L'allaitement maternel : une contribution à la réduction des coûts de santé durant la première année de vie des nouveau-nés. *Regard sur la santé publique lanauoise, 8*(1), 8p.
- Hamdan, A., & Tamim, H. (2012). The relationship between postpartum depression and breastfeeding *International Journal of Psychiatry in Medicine, 43*(3), 243-259.
- Hammarberg, K., Fisher, J. R. W., Wynter, K. H., & Rowe, H. J. (2011). Breastfeeding after assisted conception: a prospective cohort study. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992), 100*(4), 529-533. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.02095.x
- Hannula, L., Kaunonen, M., & Tarkka, M.-T. (2008). A systematic review of professional support interventions for breastfeeding. *Journal of Clinical Nursing, 17*(9), 1132-1143. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02239.x
- Hauck, F. R. D., Tanabe, K. O., Moon, R. Y., & Vennemann, M. M. (2011). Breastfeeding and Reduced Risk of Sudden Infant Death Syndrome: A Meta-analysis. *Pediatrics, 128*(1), 103-110. doi: 10.1542/peds.2010-3000
- Hauck, Y. L., Fenwick, J., Dhaliwal, S. S., & Butt, J. (2011). A Western Australian Survey of Breastfeeding Initiation, Prevalence and Early Cessation Patterns. *Maternal & Child Health Journal, 15*(2), 260-268. doi: 10.1007/s10995-009-0554-2
- Haughton, J., Gregorio, D., & Pérez-Escamilla, R. (2010). Factors associated with breastfeeding duration among Connecticut Special Supplemental Nutrition Program for Women, Infants, and Children (WIC) participants. *Journal of Human Lactation, 26*(3), 266-273. doi: 10.1177/0890334410365067
- Henderson, J. J., & Redshaw, M. (2011). Midwifery factors associated with successful breastfeeding. *Child: Care, Health & Development, 37*(5), 744-753. doi: 10.1111/j.1365-2214.2010.01177.x

- Hernandez-Martinez, C., Arija, V., Balaguer, A., Cavallé, P., & Canals, J. (2008). Do the emotional states of pregnant women affect neonatal behaviour? *Early Human Development*, *84*(11), 745-750. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2008.05.002
- Hernandez-Martinez, C., Arija, V., Escribano, J., & Canals, J. (2010). Does maternal anxiety affect neonatal behaviour differently in boys and girls? *Early Human Development*, *86*(4), 209-211.
- Higgins, T. M., Higgins, S. T., Heil, S. H., Badger, G. J., Skelly, J. M., Bernstein, I. M., . . . Preston, A. M. (2010). Effects of cigarette smoking cessation on breastfeeding duration. *Nicotine & Tobacco Research*, *12*(5), 483-488. doi: 10.1093/ntr/ntq031
- Horn, M. G., Galloway, A. T., Webb, R. M., & Gagnon, S. G. (2011). The role of child temperament in parental child feeding practices and attitudes using a sibling design. *Appetite*, *57*(2), 510-516. doi: 10.1016/j.appet.2011.06.015
- Hundalani, S. G., Irigoyen, M., Braitman, L. E., Matam, R., & Mandakovic-Falconi, S. (2013). Breastfeeding among inner-city women: from intention before delivery to breastfeeding at hospital discharge. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, *8*(1), 68-72. doi: 10.1089/bfm.2012.0004
- Huong Nguyen, T., Eriksson, B., Toan Tran, K., Petzold, M., Bondjers, G., Chuc Nguyen Thi, K., . . . Ascher, H. (2012). Breastfeeding practices in urban and rural Vietnam. *BMC Public Health*, *12*(1), 964-971. doi: 10.1186/1471-2458-12-964
- Hyunjeong, S., Young-Joo, P., Hosihn, R., & Gyeong-Ae, S. (2008). Maternal sensitivity: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, *64*(3), 304-314. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04814.x
- Insaf, T. Z., Fortner, R. T., Pekow, P., Dole, N., Markenson, G., & Chasan-Taber, L. (2011). Prenatal Stress, Anxiety, and Depressive Symptoms as Predictors of Intention to Breastfeed Among Hispanic Women. *Journal of Women's Health (15409996)*, *20*(8), 1183-1192. doi: 10.1089/jwh.2010.2276
- Institut de la statistique du Québec. (2006). Enquête sur l'allaitement maternel au Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/sante/allaitement/tableau1.html.htm>

- Institut de la statistique du Québec. (2010). Bulletin statistique régional: Édition 2010 Chaudière-Appalaches. (25 janvier 2012). Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/bulletins/12_Chaudiere_Appalaches.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2011). Le portail d'information prénatale: Au sujet de la santé mentale pendant la période périnatale Page consultée le 25 février 2013, à <http://infoprenatale.inspq.qc.ca/sante-mentale.aspx?skin=fichecomplete>
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Chew, P., Magula, N., DeVine, D., . . . Lau, J. (2007). Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evidence Report/Technology Assessment*(153), 1-186.
- Ip, S., Chung, M., Raman, G., Trikalinos, T. A., & Lau, J. (2009). A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, 4 Suppl 1, S17-S30.
- Izard, C. E., Haynes, O. M., Chisholm, G., & Baak, K. (1991). Emotional Determinants of Infant-Mother Attachment. *Child Development*, 62(5), 906. doi: 10.1111/1467-8624.ep9112161636
- Jaafar, S. H., Lee, K. S., & Ho, J. J. (2012). Separate care for new mother and infant versus rooming-in for increasing the duration of breastfeeding. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, 9, CD006641. doi: 10.1002/14651858.CD006641.pub2
- Jaffari-Bimmel, N., Juffer, F., van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Mooijaart, A. (2006). Social Development from Infancy to Adolescence: Longitudinal and Concurrent Factors in an Adoption Sample. *Developmental Psychology*, 42(6), 1143-1153.
- Jansen, J., de Weerth, C., & Riksen-Walraven, J. M. (2008). Breastfeeding and the Mother-Infant Relationship--A Review. *Developmental Review*, 28(4), 503-521.
- Jedrychowski, W., Perera, F., Jankowski, J., Butscher, M., Mroz, E., Flak, E., . . . Sowa, A. (2012). Effect of exclusive breastfeeding on the development of children's cognitive

- function in the Krakow prospective birth cohort study. *European Journal Of Pediatrics*, 171(1), 151-158.
- Jin, M. K., Jacobvitz, D., Hazen, N., & Jung, S. H. (2012). Maternal sensitivity and infant attachment security in Korea: Cross-cultural validation of the Strange Situation. *Attachment & Human Development*, 14(1), 33-44. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616734.2012.636656>
- Jonas, W., Mileva-Seitz, V., Girard, A. W., Bisceglia, R., Kennedy, J. L., Sokolowski, M., . . . Steiner, M. (2013). Genetic variation in oxytocin rs2740210 and early adversity associated with postpartum depression and breastfeeding duration. *Genes, Brain & Behavior*, 12(7), 681-694. doi: 10.1111/gbb.12069
- Jones, J. R., Kogan, M. D., Singh, G. K., Dee, D. L., & Grummer-Strawn, L. M. (2011). Factors Associated With Exclusive Breastfeeding in the United States. *Pediatrics*, 128(6), 1117-1125. doi: 10.1542/peds.2011-0841
- Jordan, S., Emery, S., Watkins, A., Evans, J. D., Storey, M., & Morgan, G. (2009). Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(12), 1622-1632. doi: 10.1111/j.1471-0528.2009.02256.x
- Jordan, S., Siskind, V., Green, A., Whiteman, D. C., & Webb, P. M. (2010). Breastfeeding and risk of epithelial ovarian cancer. *Cancer Causes & Control: CCC*, 21(1), 109-116.
- Kafouri, S., Kramer, M., Leonard, G., Perron, M., Pike, B., Richer, L., . . . Paus, T. (2013). Breastfeeding and brain structure in adolescence. *International Journal of Epidemiology*, Vol. 42(1), 150-159.
- Kaplan, L. A., Evans, L., & Monk, C. (2008). Effects of mothers' prenatal psychiatric status and postnatal caregiving on infant biobehavioral regulation: can prenatal programming be modified? *Early Human Development*, 84(4), 249-256.
- Karlström, A., Lindgren, H., & Hildingsson, I. (2013). Maternal and infant outcome after caesarean section without recorded medical indication: findings from a Swedish case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(4), 479-486.

- Kehler, H. L., Chaput, K. H., & Tough, S. C. (2009). Risk factors for cessation of breastfeeding prior to six months postpartum among a community sample of women in Calgary, Alberta. *Canadian Journal of Public Health, 100*(5), 376-380.
- Kellner, R. (1987). A symptom questionnaire. *The Journal Of Clinical Psychiatry, 48*(7), 268-274.
- Kemppinen, K. K. H. J. I. H. (2006). The continuity of maternal sensitivity from infancy to toddler age. *Journal of Reproductive & Infant Psychology, 24*(3), 199-212. doi: 10.1080/02646830600821249
- Kendzor, D. E., Businelle, M. S., Costello, T. J., Castro, Y., Reitzel, L. R., Vidrine, J. I., . . . Wetter, D. W. (2010). Breast feeding is associated with postpartum smoking abstinence among women who quit smoking due to pregnancy. *Nicotine & Tobacco Research, 12*(10), 983-988. doi: 10.1093/ntr/ntq132
- Kertz, S. J., Smith, C. L., Chapman, L. K., & Woodruff-Borden, J. (2008). Maternal Sensitivity and Anxiety: Impacts on Child Outcome. *Child & Family Behavior Therapy, 30*(2), 153-171.
- Khan, F., Green, F. C., Forsyth, J. S., Newton, D. J., & Belch, J. J. F. (2009). The beneficial effects of breastfeeding on microvascular function in 11- to 14-year-old children. *Vascular Medicine, 14*(2), 137-142.
- Kim, J. H., & Froh, E. B. (2012). What Nurses Need To Know Regarding Nutritional and Immunobiological Properties of Human Milk. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 41*(1), 122-137. doi: 10.1111/j.1552-6909.2011.01314.x
- Kim, P., Feldman, R., Mayes, L. C., Eicher, V., Thompson, N., Leckman, J. F., & Swain, J. E. (2011). Breastfeeding, Brain Activation to Own Infant Cry, and Maternal Sensitivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(8), 907-915.
- Kim, P., Mayes, L., Feldman, R., Leckman, J., & Swain, J. (2013). Early postpartum parental preoccupation and positive parenting thoughts : relationship with parent-infant interaction *Infant Mental Health Journal, 34*(2), 104-116.

- Kornides, M., & Kitsantas, P. (2013). Evaluation of breastfeeding promotion, support, and knowledge of benefits on breastfeeding outcomes. *Journal Of Child Health Care: For Professionals Working With Children In The Hospital And Community*.
- Kotsopoulos, J., Lubinski, J., Salmena, L., Lynch, H. T., Kim-Sing, C., Foulkes, W. D., . . . Narod, S. A. (2012). Breastfeeding and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Breast Cancer Research: BCR*, *14*(2), R42-R42.
- Kramer, M. S., Aboud, F., Mironova, E., Vanilovich, I., Platt, R. W., Matush, L., . . . Shapiro, S. (2008). Breastfeeding and child cognitive development: new evidence from a large randomized trial. *Archives Of General Psychiatry*, *65*(5), 578-584.
- Kramer, M. S., & Kakuma, R. (2012). Optimal duration of exclusive breastfeeding. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, *8*, CD003517. doi: 10.1002/14651858.CD003517.pub2
- Krause, K. M. (2010). Breastfeeding mothers retain less pregnancy weight gain. *Nursing Standard*, *24*(46), 16-16.
- Ku, C., & Chow, S. K. (2010). Factors influencing the practice of exclusive breastfeeding among Hong Kong Chinese women: a questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(17/18), 2434-2445. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03302.x
- Kusunoki, T., Morimoto, T., Nishikomori, R., Yasumi, T., Heike, T., Mukaida, K., . . . Nakahata, T. (2010). Breastfeeding and the prevalence of allergic diseases in schoolchildren: Does reverse causation matter? *Pediatric Allergy & Immunology*, *21*(1), 60-66. doi: 10.1111/j.1399-3038.2009.00982.x
- Lacombe, M., & Bell, L. (2010). Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à six mois de vie de l'enfant: symptômes dépressifs et sensibilité maternelle. *21e conférence d'AWHONN*.
- Lacombe, M., Bell, L., & Lacharité, C. (2011). *Évaluation d'une intervention de soutien à l'allaitement maternel chez les primipares vivant dans le territoire du Grand Littoral*. Document inédit.

- Lacombe, M., Tyzio, S., Courtois, É., & Thibeault, P. (2012). Les facteurs impliqués dans la poursuite de l'allaitement maternel: expériences Françaises et Québécois. *Réseau mère-enfant de la Francophonie*.
- Ladomenou, F., Kafatos, A., & Galanakis, E. (2007). Risk factors related to intention to breastfeed, early weaning and suboptimal duration of breastfeeding. *Acta Paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 96(10), 1441-1444.
- Landry, S. H., Smith, K. E., & Swank, P. R. (2006). Responsive Parenting: Establishing Early Foundations for Social, Communication, and Independent Problem-Solving Skills. *Developmental Psychology*, 42(4), 627-642.
- Langellier, B., Pia Chaparro, M., & Whaley, S. (2012). Social and Institutional Factors that Affect Breastfeeding Duration Among WIC Participants in Los Angeles County, California. *Maternal & Child Health Journal*, 16(9), 1887-1895. doi: 10.1007/s10995-011-0937-z
- Larose, L., & Veilleux, S. (2007). L'allaitement maternel en Chaudières-Appalaches. *Agence de la santé et des services sociaux en Chaudière-Appalaches*. Repéré à <http://www.rsss12.gouv.qc.ca/documents/DSPElarlucallaitement.pdf>
- Leerkes, E. M., Blankson, A. N., & O'Brien, M. (2009). Differential Effects of Maternal Sensitivity to Infant Distress and Nondistress on Social-Emotional Functioning. *Child Development*, 80(3), 762-775.
- Leerkes, E. M., Nayena Blankson, A., & O'Brien, M. (2009). Differential Effects of Maternal Sensitivity to Infant Distress and Nondistress on Social-Emotional Functioning. *Child Development*, 80(3), 762-775. doi: 10.1111/j.1467-8624.2009.01296.x
- Lemelin, J.-P., Tarabulsky, G. M., & Provost, M. A. (2006). Predicting Preschool Cognitive Development from Infant Temperament, Maternal Sensitivity, and Psychosocial Risk. *Merrill-Palmer Quarterly*, 52(4), 779-806.
- Li, J., Kendall, G. E., Henderson, S., Downie, J., Landsborough, L., & Oddy, W. H. (2008). Maternal psychosocial well-being in pregnancy and breastfeeding duration. *Acta Paediatrica*, 97(2), 221-225. doi: 10.1111/j.1651-2227.2007.00602.x

- Lin, C., Kuo, S., Lin, K., & Chang, T. (2008). Evaluating effects of a prenatal breastfeeding education programme on women with caesarean delivery in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(21), 2838-2845. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02289.x
- Liu, B., Jorm, L., & Banks, E. (2010). Parity, breastfeeding, and the subsequent risk of maternal type 2 diabetes. *Diabetes Care*, *33*(6), 1239-1241. doi: 10.2337/dc10-0347
- Liu, Y.-Q., Zhao, Y., Liu, M.-M., Wang, D., Ren, W.-H., Gao, F., & Dong, G.-H. (2012). The effects of breastfeeding on asthma and asthma related symptoms among children. *Chinese Journal Of Preventive Medicine*, *46*(8), 718-721.
- Lovibond, S. H., Lovibond, P.F.,. (1995). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales. *Psychology Foundation Monograph, Sydney*.
- Lumbiganon, P., Martis, R., Laopaiboon, M., Festin, M. R., Ho, J. J., & Hakimi, M. (2012). Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*, *9*, CD006425.
- MacArthur, C., Jolly, K., Ingram, L., Freemantle, N., Dennis, C.-L., Hamburger, R., . . . Khan, K. (2009). Antenatal peer support workers and initiation of breast feeding: cluster randomised controlled trial. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, *338*, b131-b131. doi: 10.1136/bmj.b131
- Mahmood, I., Jamal, M., & Khan, N. (2011). Effect of mother-infant early skin-to-skin contact on breastfeeding status: a randomized controlled trial. *Journal Of The College Of Physicians And Surgeons--Pakistan: JCPSP*, *21*(10), 601-605.
- Mandal, B., Roe, B. E., & Fein, S. B. (2010). The differential effects of full-time and part-time work status on breastfeeding. *Health Policy*, *97*(1), 79-86.
- Mannan, I., Rahman, S. M., Sania, A., Seraji, H. R., Arifeen, S. E., Winch, P. J., . . . Baqui, A. (2008). Can early postpartum home visits by trained community health workers improve breastfeeding of newborns? *Journal of Perinatology*, *28*(9), 632-640. doi: 10.1038/jp.2008.64

- Mannion, C. A., Hobbs, A. J., McDonald, S. W., & Tough, S. C. (2013). Maternal perceptions of partner support during breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*, 8(1), 4-4. doi: 10.1186/1746-4358-8-4
- Marin Gabriel, M. A., Llana Martín, I., López Escobar, A., Fernández Villalba, E., Romero Blanco, I., & Touza Pol, P. (2010). Randomized controlled trial of early skin-to-skin contact: effects on the mother and the newborn. *Acta Paediatrica*, 99(11), 1630-1634. doi: 10.1111/j.1651-2227.2009.01597.x
- Matias, S. L., Nommsen-Rivers, L. A., Creed-Kanashiro, H., & Dewey, K. G. (2010). Risk factors for early lactation problems among Peruvian primiparous mothers. *Maternal & Child Nutrition*, 6(2), 120-133.
- Maycock, B., Binns, C. W., Dhaliwal, S., Tohotoa, J., Hauck, Y., Burns, S., & Howat, P. (2013). Education and Support for Fathers Improves Breastfeeding Rates: A Randomized Controlled Trial. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*.
- McCrory, C., & Layte, R. (2012). Breastfeeding and risk of overweight and obesity at nine-years of age. *Social Science & Medicine*, 75(2), 323-330. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.048
- McDonald, S. D., Pullenayegum, E., Chapman, B., Vera, C., Giglia, L., Fusch, C., & Foster, G. (2012). Prevalence and Predictors of Exclusive Breastfeeding at Hospital Discharge. *Obstetrics & Gynecology*, 119(6), 1171-1179. doi: 10.1097/AOG.0b013e318256194b
- McElwain, N. L., & Booth-LaForce, C. (2006). Maternal Sensitivity to Infant Distress and Nondistress as Predictors of Infant-Mother Attachment Security. *Journal of Family Psychology*, 20(2), 247-255. doi: 10.1037/0893-3200.20.2.247
- Meedya, S., Fahy, K., & Kable, A. (2010). Factors that positively influence breastfeeding duration to 6 months: A literature review. *Women & Birth*, 23(4), 135-145. doi: 10.1016/j.wombi.2010.02.002
- Mehta, U. J., Siega-Riz, A. M., Herring, A. H., Adair, L. S., & Bentley, M. E. (2012). Pregravid body mass index, psychological factors during pregnancy and

breastfeeding duration: is there a link? *Maternal & Child Nutrition*, 8(4), 423-433. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00335.x

Mellin, P. S., Poplawski, D. T., DeFrest, N., Massler, K., & Gole, A. (2012). Does Skin-to-Skin Contact at Birth Really Make a Difference in Exclusive Breastfeeding Rates at Discharge? *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 41, S141-142. doi: 10.1111/j.1552-6909.2012.01362_33.x

Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36(3), 226-232. doi: 10.1111/j.1547-5069.2004.04042.x

Michel, M. P., Gremmo-Féger, G., Oger, E., & Sizun, J. (2007). Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité: incidence et facteurs de risque. *I4(5)*, 454-460. doi: 10.1016/j.arcped.2007.01.005

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec. (2008). La politique en périnatalité 2008-2018. *Québec : MSSS*.

Ministère de la Santé et des Services Soiaux du Québec. (2001). L'allaitement maternel au Québec. *Québec: MSSS*.

Miranda-Wood, C., & Morelos, J. (2010). Promoting Early Breastfeeding and Attachment: Our Journey to SOFT. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, S31-S31. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01119_16.x

Monteiro da Silva, M. d. C., Marlúcia Oliveira, A., Magalhães de Oliveira, L. P., dos Santos Fonseca, D. N. S., Portela de Santana, M. L., Góes Neto, E. d. A., & Porto da Cruz, T. R. (2013). Determinants of postpartum weight variation in a cohort of adult women: a hierarchical approach. *28(3)*, 660-670.

Moore, G. A., Hill-Soderlund, A. L., Propper, C. B., Calkins, S. D., Mills-Koonce, W. R., & Cox, M. J. (2009). Mother–Infant Vagal Regulation in the Face-To-Face Still-Face Paradigm Is Moderated by Maternal Sensitivity. *Child Development*, 80(1), 209-223. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01255.x

Moran, G., & Pederson, D. R. (2000). Les représentations maternelles jusqu'à la première relation par l'entremise de la sensibilité maternelle: une révision du modèle

développemental Dans : *Attachement et développement : le rôle des premières relations dans le développement humain* (pp. 237-266): Presses de l'université du Québec.

Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior & Development*, 30(1), 161-167. doi: 10.1016/j.infbeh.2006.08.005

Nishioka, E., Haruna, M., Ota, E., Matsuzaki, M., Murayama, R., Yoshimura, K., & Murashima, S. (2011). A prospective study of the relationship between breastfeeding and postpartum depressive symptoms appearing at 1-5 months after delivery. *Journal Of Affective Disorders*, 133(3), 553-559. doi: 10.1016/j.jad.2011.04.027

O'Brien, M., Buikstra, E., & Hegney, D. (2008). The influence of psychological factors on breastfeeding duration. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 397-408.

O'Reilly, L., & Cara, C. (2010). Être avec » la personne soignée en réadaptation : une rencontre humaine profonde thérapeutique et transformatrice. *Recherche En Soins Infirmiers*(103), 46-66.

Ogunlesi, T. A. (2010). Maternal Socio-Demographic Factors Influencing the Initiation and Exclusivity of Breastfeeding in a Nigerian Semi-Urban Setting. *Maternal & Child Health Journal*, 14(3), 459-465. doi: 10.1007/s10995-008-0440-3

Olenick, P. L. (2010). The Effect of Structured Group Prenatal Education on Breastfeeding Confidence, Duration, and Exclusivity to 12 Weeks Postpartum. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 39, S104-105. doi: 10.1111/j.1552-6909.2010.01127_3.x

Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (1999). Prise de position- Allaitement maternel. Repéré à <http://www.oiiq.org/sites/default/files/150-allaitement.pdf>

Organisation mondiale de la Santé. (1989). Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Repéré à http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_french.pdf

- Organisation mondiale de la Santé. (1991). Indicateurs servant à évaluer les modes d'allaitement maternel. *WHO/CDD/SER/91.14, Corr. 1. e.* Repéré à http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/cdd_ser_91_14/fr/index.html.
- Organisation mondiale de la Santé. (2011). Déclaration: alimentation au sein exclusive pendant les six premiers mois pour les nourrissons du monde entier. *WHO/CDD/SER/91.14, Corr. 1.* Repéré à http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2011/breastfeeding_20110115/fr/
- Organisation mondiale de la Santé, & Fonds des Nations unies pour l'enfance. (1989). Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: Le rôle spécial des services liés à la maternité. *Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF.*
- Orr, S. T., Reiter, J. P., Blazer, D. G., & James, S. A. (2007). Maternal prenatal pregnancy-related anxiety and spontaneous preterm birth in Baltimore, Maryland. *Psychosomatic Medicine, 69*(6), 566-570.
- Paavola, L., Kunnari, S., & Moilanen, I. (2005). Maternal responsiveness and infant intentional communication: implications for the early communicative and linguistic development. *Child: Care, Health & Development, 31*(6), 727-735.
- Page, M., Wilhelm, M. S., Gamble, W. C., & Card, N. A. (2010). A comparison of maternal sensitivity and verbal stimulation as unique predictors of infant social-emotional and cognitive development. *Infant Behavior & Development, 33*(1), 101-110. doi: 10.1016/j.infbeh.2009.12.001
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M., & Nyström, M. (2012). Severe breastfeeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal Of Qualitative Studies On Health And Well-Being, 7*. doi: 10.3402/qhw.v7i0.10846
- Papinczak, T. A., & Turner, C. T. (2000). An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeeding Review, 8*(1), 25-33.

- Paquette-Desjardins, D., & Sauvé, J. (Éds.). (2008). *Modèle conceptuel et démarche clinique: Outils de soutien aux prises de décision*. Montréal: Montréal: Beauchemin: Chenelière Éducation.
- Parkerson, G. R., Jr., Broadhead, W. E., & Tse, C. K. (1990). The Duke Health Profile. A 17-item measure of health and dysfunction. *Medical Care*, *28*(11), 1056-1072.
- Patelarou, E., Girvalaki, C., Brokalaki, H., Patelarou, A., Androulaki, Z., & Vardavas, C. (2012). Current evidence on the associations of breastfeeding, infant formula, and cow's milk introduction with type 1 diabetes mellitus: a systematic review. *Nutrition Reviews*, *70*(9), 509-519. doi: 10.1111/j.1753-4887.2012.00513.x
- Pearson, R. M., Lightman, S. L., & Evans, J. (2011). The impact of breastfeeding on mothers' attentional sensitivity towards infant distress. *Infant Behavior & Development*, *34*(1), 200-205. doi: 10.1016/j.infbeh.2010.12.009
- Pereira, J., Vickers, K., Atkinson, L., Gonzalez, A., Wekerle, C., & Levitan, R. (2012). Parenting Stress Mediates between Maternal Maltreatment History and Maternal Sensitivity in a Community Sample. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, *36*(5), 433-437.
- Persad, M. D., & Mensinger, J. L. (2008). Maternal Breastfeeding Attitudes: Association with Breastfeeding Intent and Socio-demographics Among Urban Primiparas. *Journal of Community Health*, *33*(2), 53-60. doi: 10.1007/s10900-007-9068-2
- Prior, E., Santhakumaran, S., Gale, C., Philipps, L. H., Modi, N., & Hyde, M. J. (2012). Breastfeeding after cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis of world literature. *American Journal of Clinical Nutrition*, *95*(5), 1113-1135. doi: 10.3945/ajcn.111.030254
- Radwan, H. (2013). Patterns and determinants of breastfeeding and complementary feeding practices of Emirati Mothers in the United Arab Emirates. *BMC Public Health*, *13*, 171-171. doi: 10.1186/1471-2458-13-171
- Ramchandani, P. G., Stein, A., Hotopf, M., & Wiles, N. J. (2006). Early Parental and Child Predictors of Recurrent Abdominal Pain at School Age: Results of a Large Population-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(6), 729-736.

- Ravn, I. H., Smith, L., Smeby, N. A., Kynoe, N. M., Sandvik, L., Bunch, E. H., & Lindemann, R. (2012). Effects of early mother–infant intervention on outcomes in mothers and moderately and late preterm infants at age 1 year: A randomized controlled trial. *Infant Behavior & Development*, 35(1), 36-47. doi: 10.1016/j.infbeh.2011.09.006
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., . . . Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 459-468.
- Redondo, C. M., Gago-Domínguez, M., Ponte, S. M., Castelo, M. E., Xuejuan, J., García, A. A., . . . Esteban Castela, J. (2012). Breast Feeding, Parity and Breast Cancer Subtypes in a Spanish Cohort. *PLoS ONE*, 7(7), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0040543
- Regan, J., Thompson, A., & DeFranco, E. (2013). The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, 8, 181-186. doi: 10.1089/bfm.2012.0049
- Rempel, L. A., & Rempel, J. K. (2011). The breastfeeding team: the role of involved fathers in the breastfeeding family. *Journal Of Human Lactation: Official Journal Of International Lactation Consultant Association*, 27(2), 115-121. doi: 10.1177/0890334410390045
- Rennick Salone, L., Vann Jr, W. F., & Dee, D. L. (2013). Breastfeeding An overview of oral and general health benefits. *Journal of the American Dental Association (JADA)*, 144(2), 143-151.
- Riley, H. (2011). Weight management before, during and after pregnancy - what are the 'rules'? *Nutrition Bulletin*, 36(2), 212-215. doi: 10.1111/j.1467-3010.2011.01891.x
- Rosen, I. M., Krueger, M. V., Carney, L. M., & Graham, J. A. (2008). Prenatal breastfeeding education and breastfeeding outcomes. *MCN. The American Journal Of Maternal Child Nursing*, 33(5), 315-319.

- Roy-Matton, N., Moutquin, J.-M., Brown, C., Carrier, N., & Bell, L. (2011). The impact of perceived maternal stress and other psychosocial risk factors on pregnancy complications. *Journal Of Obstetrics And Gynaecology Canada: JOGC = Journal D'obstétrique Et Gynécologie Du Canada: JOGC*, 33(4), 344-352.
- Rutherford, M. E., Dockerty, J. D., Jasseh, M., Howie, S. R. C., Herbison, P., Jeffries, D. J., . . . Hill, P. C. (2009). Preventive measures in infancy to reduce under-five mortality: a case-control study in The Gambia. *Tropical Medicine & International Health*, 14(2), 149-155. doi: 10.1111/j.1365-3156.2008.02204.x
- Sandra, S., & Ana, D. O. (2011). Temporal structure of maternal sensitive experience: Its effect on infant cognitive and emotional development. *Infancia y Aprendizaje*, 34(4), 481-493.
- Santé Canada. (2012a). Choix de l'allaitement au Canada : statistiques et graphiques clés Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/initiation-fra.php#a2>
- Santé Canada. (2012b). Principes et recommandations sur l'alimentation du nourrisson de la naissance à six mois Page consultée le 2013/02/07, à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/infant-nourisson/recom/index-fra.php>
- Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes, F. (2011). Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding Support: A Metasynthesis. *Birth: Issues in Perinatal Care.* , Vol. 38 (1), p49-60.
- Schnatz, P. F., Barker, K. G., Marakovits, K. A., & O'Sullivan, D. M. (2010). Effects of age at first pregnancy and breast-feeding on the development of postmenopausal osteoporosis. *Menopause (10723714)*, 17(6), 1161-1166. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/gme.0b013e3181e0efb3>
- Schulze, P. A., & Carlisle, S. A. (2010). What research does and doesn't say about breastfeeding: a critical review. *Early Child Development & Care*, 180(6), 703-718. doi: 10.1080/03004430802263870
- Schwarz, E. B., Brown, J. S., Creasman, J. M., Stuebe, A., McClure, C. K., Van Den Eeden, S. K., & Thom, D. (2010). Lactation and maternal risk of type 2 diabetes: a population-based study. *The American Journal Of Medicine*, 123(9), 863.e861-866.

- Schwarz, E. B., Ray, R. M., Stuebe, A. M., Allison, M. A., Ness, R. B., Freiberg, M. S., & Cauley, J. A. (2009). Duration of lactation and risk factors for maternal cardiovascular disease. *Obstetrics & Gynecology*, *113*(5), 974-982. doi: 10.1097/01.AOG.0000346884.67796.ca
- Scott, J. A., Binns, C. W., Oddy, W. H., & Graham, K. I. (2006). Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics*, *117*(4), e646-e655.
- Semenic, S., Groleau, D., Rodriguez, C., Gray-Donald, K., & Bell, L. (2012). L'évaluation de la mise en oeuvre des lignes directrices en allaitement maternel au Québec. *Rapport de recherche: Programme actions concertées*. Repéré à http://www.fqrsq.gouv.qc.ca/upload/capsules_recherche/fichiers/capsule_76.pdf
- Semenic, S., Loiselle, C., & Gottlieb, L. (2008). Predictors of the duration of exclusive breastfeeding among first-time mothers. *Research in Nursing & Health*, *31*(5), 428-441.
- Senarath, U., Siriwardena, I., Godakandage, S. S. P., Jayawickrama, H., Fernando, D. N., & Dibley, M. J. (2012). Determinants of breastfeeding practices: An analysis of the Sri Lanka Demographic and Health Survey 2006-2007. *Maternal & Child Nutrition*, *8*(3), 315-329. doi: 10.1111/j.1740-8709.2011.00321.x
- Sherriff, N., Hall, V., & Pickin, M. (2009). Fathers' perspectives on breastfeeding: ideas for intervention. *British Journal of Midwifery*, *17*(4), 223-227.
- Shu-Shan, L., Li-Yin, C., Chen-Jei, T., & Ching-Fang, L. (2008). Effectiveness of a prenatal education programme on breastfeeding outcomes in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(3), 296-303. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01927.x
- Silvers, K. M., Frampton, C. M., Wickens, K., Pattermore, P. K., Ingham, T., Fishwick, D., . . . Epton, M. J. (2012). Breastfeeding protects against current asthma up to 6 years of age. *The Journal Of Pediatrics*, *160*(6), 991-996.e991.
- Sisk, P. M., Lovelady, C. A., Dillard, R. G., & Gruber, K. J. (2006). Lactation counseling for mothers of very low birth weight infants: effect on maternal anxiety and infant intake of human milk. *Pediatrics*, *117*(1), e67-e75.

- Sisk, P. M., Lovelady, C. A., Dillard, R. G., Gruber, K. J., & O'Shea, T. M. (2009). Maternal and infant characteristics associated with human milk feeding in very low birth weight infants. *Journal of Human Lactation*, 25(4), 412-419. doi: 10.1177/0890334409340776
- Skafida, V. (2012). Juggling Work and Motherhood: The Impact of Employment and Maternity Leave on Breastfeeding Duration: A Survival Analysis on Growing Up in Scotland Data. *Maternal & Child Health Journal*, 16(2), 519-527. doi: 10.1007/s10995-011-0743-7
- Société Canadienne de Pédiatrie. (2013). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé, de la naissance à six mois. *Paediatrics Child Health*, 18(4), 208-209. Repéré à <http://www.cps.ca/fr/documents/position/nutrition-nourrisson-ne-a-terme-en-sante-aperçu>
- Spielberger, C. D. (1983). State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). *Paolo Alto, Mind Garden*.
- Spielberger, C. D. (1988). State-Trait Anxiety Inventory (Form Y). Dans M. I. A. S. Bellack (Éd.), *Dictionary of behavioral assessment techniques* (pp. p448-450): New-York: Pergamon Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). The State Trait Anxiety Inventory. *Paolo Alto, CA: Consulting Psychologists Press*.
- St-Germain, D., Blais, R., & Cara, C. (2008). La contribution de l'approche de caring des infirmières à la sécurité des patients en réadaptation : une étude novatrice. *Recherche En Soins Infirmiers*(95), 57-69.
- Statistique Canada. (2010). Enquête sur la santé dans les collectivités canadienne. Repéré à <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/prenatal/exclusive-exclusif-fra.php>
- Strand, B. H., Dalgard, O. S., Tambs, K., & Rognerud, M. (2003). Measuring the mental health status of the Norwegian population: A comparison of the instruments SCL-25, SCL-10, SCL-5 and MHI-5 (SF-36). *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(2), 113.

- Su, D., Pasalich, M., Lee, A. H., & Binns, C. W. (2013). Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China. *The American Journal Of Clinical Nutrition*, *97*(2), 354-359. doi: 10.3945/ajcn.112.044719
- Su, L.-L., Chong, Y.-S., Chan, Y.-H., Chan, Y.-S., Fok, D., Tun, K.-T., . . . Rauff, M. (2007). Antenatal education and postnatal support strategies for improving rates of exclusive breast feeding: randomised controlled trial. *BMJ: British Medical Journal (International Edition)*, *335*(7620), 596-599.
- Suzumiya, H., Yamashita, H., & Yoshida, K. (2008). Baby care support and intervention using the self report questionnaires to the postnatal mothers. *Child Health Research*, *641-647*.
- Tamagawa, K., & Weaver, J. (2012). Analysing adverse effects of epidural analgesia in labour. *British Journal of Midwifery*, *20*(10), 704-708.
- Tan, K. L. (2011). Factors associated with exclusive breastfeeding among infants under six months of age in peninsular malaysia. *International Breastfeeding Journal*, *6*(1), 2-2.
- Tashakori, A., Behbahani, A. Z., & Irani, R. D. (2012). Comparison Of Prevalence Of Postpartum Depression Symptoms Between Breastfeeding Mothers And Non-breastfeeding Mothers. *Iranian Journal Of Psychiatry*, *7*(2), 61-65.
- Tharner, A., Luijk, M. P. C. M., Raat, H., Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Moll, H. A., . . . Tiemeier, H. (2012). Breastfeeding and its relation to maternal sensitivity and infant attachment. *Journal Of Developmental And Behavioral Pediatrics: JDBP*, *33*(5), 396-404.
- Thompson, J. F., Heal, L. J., Roberts, C. L., & Ellwood, D. A. (2010). Women's breastfeeding experiences following a significant primary postpartum haemorrhage: A multicentre cohort study. *International Breastfeeding Journal*, *5*, 5-5.
- Thorisdottir, A. V., Gunnarsdottir, I., & Thorsdottir, I. (2013). Revised infant dietary recommendations: the impact of maternal education and other parental factors on adherence rates in Iceland. *Acta Paediatrica*, *102*(2), 143-148. doi: 10.1111/apa.12081

- Thukral, A., Sankar, M. J., Agarwal, R., Gupta, N., Deorari, A. K., & Paul, V. K. (2012). Early Skin-to-Skin Contact and Breast-Feeding Behavior in Term Neonates: A Randomized Controlled Trial. *Neonatology (16617800)*, *102*(2), 114-119. doi: 10.1159/000337839
- Thulier, D., & Mercer, J. (2009). Variables associated with breastfeeding duration. *JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *38*(3), 259-268.
- Tozzi, A. E., Bisiacchi, P., Tarantino, V., Chiarotti, F., D'Elia, L., De Mei, B., . . . Salmaso, S. (2012). Effect of Duration of Breastfeeding on Neuropsychological Development at 10 to 12 Years of Age in a Cohort of Healthy Children. *Developmental Medicine & Child Neurology*, *54*(9), 843-848.
- Tronick, E. (2007). *The neurobehavioral and social emotional development of infants and children*. New York : W.W. Norton.
- Turkoz, F. P., Solak, M., Petekkaya, I., Keskin, O., Kertmen, N., Sarici, F., . . . Altundag, K. (2013). Association between common risk factors and molecular subtypes in breast cancer patients. *Breast (Edinburgh, Scotland)*, *22*(3), 344-350. doi: 10.1016/j.breast.2012.08.005
- U.S Department of Health and Human services. (2008). Breastfeeding in the United States: Findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys 1999-2006. *NCHS Data Brief*, *5*. Repéré à <http://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db05.pdf>
- Van Batenburg-Eddes, T., de Groot, L., Huizink, A. C., Steegers, E. A., Hofman, A., Jaddoe, V. W., . . . Tiemeier, H. (2009). Maternal symptoms of anxiety during pregnancy affect infant neuromotor development: the generation R study. *Developmental Neuropsychology*, *34*(4), 476-493.
- Vennemann, M. M., Bajanowski, T., Brinkmann, B., Jorch, G., Yücesan, K., Sauerland, C., & Mitchell, E. A. (2009). Does breastfeeding reduce the risk of sudden infant death syndrome? *Pediatrics*, *123*(3), e406-410.
- Watson, J. (2008). *Nursing: the philosophy and science of caring*. Boulder, Colo: University Press Colorado.

- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing* (Second éd.): Jones & Barlett Learning.
- Wen, L. M., Simpson, J. M., Rissel, C., & Baur, L. A. (2012). Awareness of breastfeeding recommendations and duration of breastfeeding: findings from the Healthy Beginnings Trial. *Breastfeeding Medicine: The Official Journal Of The Academy Of Breastfeeding Medicine*, 7, 223-229.
- Wiklund, I., Norman, M., Uvnäs-Moberg, K., Ransjö-Arvidson, A.-B., & Andolf, E. (2009). Epidural analgesia: breast-feeding success and related factors. *Midwifery*, 25(2), e31-e38.
- Wilson, M. J. A., MacArthur, C., Cooper, G. M., Bick, D., Moore, P. A. S., & Shennan, A. (2010). Epidural analgesia and breastfeeding: a randomised controlled trial of epidural techniques with and without fentanyl and a non-epidural comparison group. *Anaesthesia*, 65(2), 145-153. doi: 10.1111/j.1365-2044.2009.06136.x
- Xinxue, L., Jun, Z., Yinghui, L., Yangmei, L., & Zhu, L. (2012). The Association between Cesarean Delivery on Maternal Request and Method of Newborn Feeding in China. *PLoS ONE*, 7(5), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0037336
- Yaghini, S. O., Khameh, S., Danesh, F., Modaresi, M. R., & Saneian, H. (2011). Determinants of Exclusive Breast Milk Feeding of Infants in Isfahan, Iran. (English). *Journal of Isfahan Medical School*, 28(117), 1-14.
- Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy And Childbirth*, 12, 36-36.
- Zanardo, V., Gambina, I., Begley, C., Litta, P., Cosmi, E., Giustardi, A., & Trevisanuto, D. (2011). Psychological distress and early lactation performance in mothers of late preterm infants. *Early Human Development*, 87(4), 321-323. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2011.01.035
- Zanardo, V., Gasparetto, S., Giustardi, A., Suppiej, A., Trevisanuto, D., Pascoli, I., & Freato, F. (2009). Impact of anxiety in the puerperium on breast-feeding outcomes: role of parity. *Journal Of Pediatric Gastroenterology And Nutrition*, 49(5), 631-634.

- Zanardo, V., Pigozzo, A., Wainer, G., Marchesoni, D., Gasparoni, A., Di Fabio, S., . . . Trevisanuto, D. (2013). Early lactation failure and formula adoption after elective caesarean delivery: cohort study. *Archives of Disease in Childhood -- Fetal & Neonatal Edition*, *98*(1), 37-41.
- Zanardo, V., Savona, V., Cavallin, F., D'Antona, D., Giustardi, A., & Trevisanuto, D. (2012). Impaired lactation performance following elective delivery at term: role of maternal levels of cortisol and prolactin. *Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, *25*(9), 1595-1598. doi: 10.3109/14767058.2011.648238
- Zanardo, V., Svegliado, G., Cavallin, F., Giustardi, A., Cosmi, E., Litta, P., & Trevisanuto, D. (2010). Elective Cesarean Delivery: Does It Have a Negative Effect on Breastfeeding? *Birth: Issues in Perinatal Care*, *37*(4), 275-279. doi: 10.1111/j.1523-536X.2010.00421.x
- Ziegler, A.-G., Wallner, M., Kaiser, I., Rossbauer, M., Harsunen, M. H., Lachmann, L., . . . Hummel, S. (2012). Long-Term Protective Effect of Lactation on the Development of Type 2 Diabetes in Women With Recent Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*, *Vol. 61*(12), 3167-3171.

