

Allaitement maternel : Modalités du sevrage et risque de dépression post-partum

Mémoire de Master 1 de Psychologie

Soutenu le 26 mai 2016 par :

Hanna CHENE 21300975

Dirigé par : Pr. Stacey CALLAHAN

Membres du jury :

Stacey CALLAHAN, Professeur de Psychologie Clinique et Psychopathologie

Natalène SÉJOURNÉ, Docteur en Psychopathologie

Année Universitaire 2015 – 2016

Université Toulouse II Jean Jaurès – UFR de Psychologie

Département de Psychopathologie, Psychologie de la Santé et Neurosciences

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier le Professeur Stacey Callahan, d'avoir accepté de diriger ce projet de recherche qui me tenait particulièrement à cœur. Je la remercie également pour ses conseils, qui m'ont orientée et permis de mener à bien cette étude.

Je voudrais ensuite remercier Madame Maja Becker pour son aide, notamment dans l'analyse statistique des données.

Un grand merci également à ma famille et à mes amis pour le soutien qu'ils m'apportent depuis toutes ces années.

Merci aussi à mes collègues de Master pour leur enthousiasme et leur solidarité.

Enfin, je remercie les participantes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire et grâce à qui cette étude a pu être réalisée.

Résumé

La dépression postnatale est un enjeu de santé publique majeur, puisque qu'elle concerne de 10 à 18% des femmes. De nombreuses études ont fait le lien entre dépression et allaitement maternel, mais peu d'entre elles font référence aux modalités du sevrage de l'allaitement. L'objectif de la présente étude est donc de déterminer si la précocité et la durée du sevrage influencent le risque de dépression postnatale. Pour cela, nous avons recruté 93 femmes primipares ayant sevré leur enfant depuis moins d'un mois, et avons mesuré l'intensité de leur symptomatologie dépressive post-partum à l'aide de l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Les résultats des analyses de régression montrent que la durée du sevrage et sa précocité expliquent de manière significative 28% de la variabilité des scores à l'EPDS (R^2 ajusté = .28, $p < .05$). L'analyse des coefficients de régression indique que plus la durée du sevrage augmente et plus le score de dépression diminue ($\beta = -.49$, $p < .001$). De même, plus le sevrage est tardif et plus le score de dépression diminue ($\beta = -.24$, $p < .05$). Il serait donc intéressant de réaliser des études supplémentaires à plus grande échelle, afin de mieux comprendre l'influence des modalités du sevrage sur le risque de dépression postpartum.

Mots-clés : sevrage, allaitement, dépression, post-partum, durée, précocité.

Abstract

Post-partum depression is a major public health issue, since it concerns 10 to 18% of women. Many studies have highlighted the relation between depression and breastfeeding, but few of them refer to the modalities of breastfeeding weaning. The purpose of this study is to determine if the precocity and duration of weaning influence the risk of postnatal depression. To this end, we have hired 93 primiparous women who weaned their child for less than a month, and we have measured the intensity of their depressive postpartum symptoms using the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). The results of the regression analysis show that the weaning duration and earliness explain significantly 28% of the EPDS scores variability (adjusted $R^2 = .28$, $p < .05$). The analysis of the regression coefficients indicates that the more the weaning duration increases, the more the depression score decreases ($\beta = -.49$, $p < .001$). Likewise, the later the weaning is, the more the depression score decreases ($\beta = -.24$, $p < .05$). Thus, it would be interesting to perform additional studies on a larger scale, to better understand the influence of weaning modalities on postpartum depression risk.

Keywords: weaning, breastfeeding, depression, post-partum, duration, precocity.

1. Introduction

La dépression postnatale est un enjeu de santé publique majeur, puisque qu'elle concerne de 10 à 18% des femmes (Dayan et al., 2014). Elle peut apparaître entre quatre semaines et un an après l'accouchement (Cox et al., 1993 ; Holt, 1995) et durer plusieurs mois. Ses conséquences peuvent être importantes, et affecter non seulement la relation mère-enfant (Lilja et al., 2012), mais aussi le développement psychologique, émotionnel et cognitif de ce dernier (Hays, 2001 ; Murray et al., 1999). Elle peut se manifester par un sentiment de découragement, des pleurs constants, des céphalées, une perte de confiance en soi, la peur d'être une mauvaise mère, des préoccupations excessives au sujet du bébé, de l'anxiété, ou une fatigue intense (Dayan et al., 2014). Malgré tous ces signes d'alertes qui sont aujourd'hui bien connus, la dépression post-partum reste difficile à diagnostiquer, particulièrement en raison du fait que dans notre société, la venue d'un enfant est considérée comme un événement heureux. En évoquant leur tristesse, les femmes risqueraient donc d'être vues comme de mauvaises mères (Dayan, 1999). Face à cette difficulté, la meilleure des préventions reste donc la prévention primaire, basée sur l'identification précoce des facteurs de vulnérabilité pendant la grossesse et le post-partum immédiat. Ainsi, plusieurs facteurs de risques biologiques, psychologiques et sociaux ont à ce jour été identifiés. Il s'agit par exemple d'antécédents de dépression avant ou pendant la grossesse, de la présence d'anxiété pendant la grossesse, de la survenue d'événements de vie stressants pendant la grossesse ou dans le post-partum, d'un faible niveau de soutien social, de modifications hormonales, de difficultés obstétricales, de difficultés familiales, ou encore du jeune âge de la mère (Robertson et al., 2004 ; Van Der Waerden, 2015). Pour faciliter le dépistage de ces femmes à risque de développer une dépression post-partum, les professionnels de santé ont à leur disposition plusieurs outils, parmi lesquels l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale,

Cox, 1987), traduite et validée en français par Guedeney et Fermanian (1998), qui permet d'évaluer l'intensité de la symptomatologie dépressive du post-partum.

En ce qui concerne l'effet de l'allaitement maternel sur le risque de dépression postnatale, certaines études ont montré une corrélation inverse entre la durée de l'allaitement maternel et la prévalence de la dépression post-partum (Ystrom, 2012 ; Mezzacappa et Katkin, 2002 ; Henderson et al., 2003). Un allaitement maternel exclusif et prolongé, constituerait donc un facteur de protection vis-à-vis de la dépression postnatale (Cochereau, 2011). Cela va dans le sens des recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS), qui préconise un allaitement maternel exclusif de 6 mois, afin de maximiser les effets bénéfiques de l'allaitement sur la santé de la mère et de l'enfant. En effet, chez l'enfant, l'allaitement maternel est corrélé avec une réduction du taux d'allergies et d'infections grâce au passage des anticorps maternels dans le lait (Thirion, 1999). Chez la mère, il permet notamment de réduire son risque de développer un cancer du sein (Kramer et al., 2008 ; Heuch, 2003), de perdre du poids plus rapidement dans les 6 mois post-partum, et d'avoir un effet bénéfique sur la dépression postnatale (Mezzacapa et Katkin, 2002). Malgré tous ces bénéfices aujourd'hui reconnus, les pratiques d'allaitement en France sont encore loin de ces objectifs. En 2012, 59% des nouveau-nés étaient alimentés exclusivement au sein lors du séjour à la maternité, mais seulement 10,5% l'étaient encore à 6 mois (Salavane et al., 2014). Ces chiffres sont assez préoccupants, si l'on prend en considération l'étude de Ip et al. (2009), qui a mis en évidence le fait qu'un arrêt précoce de l'allaitement était associé à un risque de dépression postnatale. Ainsi, si nous essayons de développer ce constat, nous pouvons nous demander dans quelle mesure l'arrêt précoce de l'allaitement favorise-t-il la survenue d'une dépression postnatale ? Quels sont les facteurs en jeu ? Est-ce la précocité du sevrage elle-même qui induit le risque de dépression, ou la rapidité avec laquelle le sevrage est pratiqué joue-t-elle également un rôle ?

En effet, étant donné que l'allaitement, via la sécrétion d'ocytocine, a la capacité de réduire la réaction de stress par une diminution des sécrétions de cortisol (Boutet et al., 2006), nous pouvons nous interroger sur l'effet de la vitesse du sevrage sur le psychisme des mères. Une étude a d'ailleurs mis en évidence une corrélation inverse entre les taux d'ocytocine et la gravité de l'anxiété chez des patients atteints d'une dépression sévère (Scantamburlo et al., 2007). Ainsi, nous pouvons supposer qu'une femme qui allaite son enfant à la demande, soit une dizaine de fois par jour environ, sera habituée à recevoir quotidiennement une certaine quantité d'ocytocine. Si elle arrête l'allaitement brutalement, nous pouvons donc envisager qu'elle pourrait avoir plus de difficultés à gérer son anxiété, puisque l'ocytocine ne sera plus là pour limiter la production de cortisol. En revanche, si le sevrage se fait progressivement, l'adaptation à la diminution de la sécrétion d'ocytocine se fera peut-être avec moins de difficultés de gestion de l'anxiété. Nous pouvons ainsi imaginer qu'un sevrage qui se fait du jour au lendemain n'aura pas les mêmes conséquences psychologiques, qu'un sevrage qui se fait progressivement, sur plusieurs semaines. Nous supposons donc que les modalités du sevrage, à savoir sa précocité et sa rapidité, ont une influence sur le risque de dépression post-partum. Tout cela nous amène donc à formuler nos deux hypothèses :

- Plus le début du sevrage sera tardif, plus le score de dépression postnatale des mères sera faible.
- Plus la durée du sevrage sera longue, plus le score de dépression postnatale des mères sera faible.

L'objectif de la présente étude est donc d'identifier si les modalités du sevrage, à savoir sa précocité et sa durée, influencent ou non le risque de développer une dépression postnatale.

2. Matériel et méthode

2.1. Participantes

Nous avons inclus dans notre étude les femmes répondant aux critères suivants : femmes primipares ayant accouché il y a moins d'un an ; ayant débuté un allaitement maternel exclusif dès la naissance; et ayant fini de sevrer leur enfant depuis moins d'un mois. Ces critères ont été évalués grâce aux réponses qu'elles ont fournies à notre questionnaire.

Afin de limiter les biais, et à partir de la revue de la littérature et des facteurs de risque connus de dépression postnatale, nous avons exclu de notre étude les femmes répondant aux critères suivants: femmes suivant une psychothérapie ; femmes traitées par antidépresseurs ; femmes ayant un antécédent de dépression ; femmes ayant vécu un événement de vie grave pendant la grossesse ; femmes ayant accouché prématurément ; femmes dont l'enfant a été hospitalisé en service de néonatalogie ; femmes ayant de mauvaises relations avec leurs conjoints.

Ainsi, sur les 141 femmes ayant répondu au questionnaire, seules 93 d'entre elles répondaient aux critères de sélection et ont été incluses dans notre enquête.

2.2. Procédure

A partir de la revue de la littérature que nous avons effectuée, nous avons élaboré un questionnaire en ligne composé de 40 questions, grâce au logiciel d'enquête en ligne Qualtrics. Un pré-test a été réalisé, qui nous a permis de reformuler quelques questions et items.

Le questionnaire (Annexe 1) commence par une présentation de l'étude et des conditions à remplir pour pouvoir y participer, suivi d'une question permettant d'obtenir le consentement éclairé de la personne quant à sa participation. Ensuite, viennent 7 questions concernant le recueil de données sociodémographiques (âge, nationalité, situation conjugale,

profession...), 13 questions à propos des antécédents obstétricaux et psychologiques de la personne (nombre d'enfants, déroulement de la grossesse et de l'accouchement, antécédents de dépression, prise en charge psychothérapeutique...), 10 questions au sujet des modalités de déroulement du sevrage de l'allaitement maternel (date de début, durée, difficultés rencontrées...), et enfin, nous avons également ajouté à ce questionnaire, la consigne et les 10 items de l'EPDS (Cox, 1989) dans sa version traduite en français et validée (Guedeney et Fermanian, 1998). L'EPDS est un auto-questionnaire qui permet d'évaluer la présence ou l'absence, et l'intensité de la symptomatologie dépressive du post-partum ($\alpha = 0.81$). Chaque item est coté de 0 à 3 selon la sévérité des symptômes, le score global allant ainsi de 0 à 30. Le seuil prédictif d'une dépression post-partum étant généralement fixé à 11 sur 30. Ensuite, pour conclure le questionnaire, nous avons laissé la possibilité aux participantes de pouvoir s'exprimer librement et de pouvoir laisser un commentaire si elles le désiraient. Cela nous permettra peut-être d'obtenir des informations complémentaires intéressantes auxquelles nous n'aurions pas pensé, et pourra éventuellement être utile pour la réalisation d'une étude ultérieure.

Le questionnaire a ensuite été administré en ligne afin de toucher un maximum de personnes via les réseaux sociaux, et de faciliter le recueil ainsi que le traitement des données. Il nécessite environ 10 minutes pour être complété.

Une fois les résultats recueillis, les caractéristiques de l'échantillon ont été évaluées par des analyses descriptives. Ensuite, afin de vérifier nos hypothèses, nous avons réalisé deux analyses de régression simples prédisant l'intensité des symptômes dépressifs des mères moins d'un mois après avoir sevré leur enfant. Les prédicteurs étaient l'âge de l'enfant lors du début du sevrage (en semaines) d'une part, et la durée de la période de sevrage (en semaines) d'autre part. Enfin, nous avons réalisé une régression multiple en vue d'observer les relations entre les différentes variables. La variable dépendante étant le score obtenu à l'EPDS, et les

variables indépendantes étant la durée de la période de sevrage de l'allaitement maternel ainsi que l'âge de l'enfant lors du début du sevrage.

3. Résultats

Toutes les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 23.

3.1. Analyses descriptives

Notre étude porte sur 93 mères françaises âgées de 19 à 49 ans ($M = 31.4$; $ET = 4.8$), qui ont amorcé un allaitement maternel exclusif à la naissance de leur enfant (Tableau 1). Les sevrages les plus précoces ont débuté lors de la 1^{ère} semaine d'allaitement, et les plus tardifs à la 53^{ème} semaine ($M = 21.70$; $ET = 16.50$). La durée de la période de sevrage dans cette population va de 0 semaine, c'est-à-dire quelques jours, à 24 semaines ($M = 3.44$; $ET = 4.30$). Enfin, dans le mois suivant l'arrêt de l'allaitement, les scores obtenus à l'échelle EPDS vont de 3 à 21 ($M = 10.35$; $ET = 3.84$). 41% des femmes présentent un score supérieur à 11, indiquant une probable dépression post-partum.

95.7% des femmes interrogées sont actuellement en couple, et 86% ont accouché par voie basse. La répartition socioprofessionnelle (Tableau 2) nous montre que 43% des mères sont employées, 28% sont cadres, 12.9% sont mères au foyer, 7.4% exercent une profession libérale. Les 8.6% restants sont artisans, ouvrières, étudiantes ou sans profession. Il semble donc que l'échantillon soit relativement représentatif des femmes de la population française. De plus, nous observons que 80% des mères interrogées ont pris un congé maternité à la naissance de leur enfant (Tableau 3), ces congés maternité allant de 7 à 52 semaines ($M = 14.85$; $ET = 9.73$) (Tableau 1).

Nous remarquons aussi que 67.3% des femmes ayant un score de dépression inférieur ou égal à 11 et 53.7% des femmes ayant un score supérieur à 11 n'ont rencontré aucune

difficulté lors du sevrage, soit la majorité d'entre elles (Tableau 4). Les difficultés principales chez les deux groupes ont été le refus du biberon par l'enfant, puis le sentiment d'échec ressenti par la mère, surtout chez les femmes ayant une forte symptomatologie dépressive. Enfin, nous observons que 56.1% des femmes ayant une forte symptomatologie dépressive ont fait en sorte de sevrer leur enfant sur une durée plutôt courte, contre 38.5% des femmes n'ayant pas de symptômes dépressifs (Tableau 5).

3.2. Analyses de régression

Les résultats des régressions simples (Tableau 6) indiquent que 4.8% de la variance de la variable dépendante est expliquée par la variable « début du sevrage » (R^2 ajusté = .048, $p < .05$) et que 22.9% de la variance de la variable dépendante est expliquée par la variable « durée du sevrage » (R^2 ajusté = .229, $p < .001$). Les résultats de la régression multiple montrent que 28% de la variance du score de dépression est expliquée par les variables « début du sevrage » et « durée du sevrage » (R^2 ajusté = .280, $p < .001$). Nous remarquons alors qu'entre la première et la deuxième étape de l'analyse de régression multiple, le R^2 augmente de 23.7% (variation de $R^2 = .237$), ce qui est significatif ($F(1,90) = 30.27$, $p < .001$). Ainsi, l'ajout de la variable « durée du sevrage » est pertinent et améliore significativement la prédiction du score de dépression post-partum.

Les coefficients de régression standardisés (Tableau 6) indiquent que la variable « durée du sevrage » a une influence négative significative de taille moyenne sur la variable EPDS ($\beta = -.49$; $t = -5.32$, $p < .001$). Ainsi, plus la durée du sevrage augmente, et plus le score de dépression diminue. De même, la variable « début du sevrage » a une influence négative significative de petite taille sur la variable EPDS ($\beta = -.24$; $t = -2.37$, $p < .05$), donc plus le sevrage est tardif, plus le score de dépression diminue.

Enfin, les dispersions simples des scores à l'EPDS en fonction des variables « début du sevrage » et « durée du sevrage », ainsi que les droites de régression correspondantes, ont été représentées graphiquement (Figures 1 et 2) afin de mieux visualiser le lien entre l'EPDS et les variables explicatrices.

4. Discussion

De nombreuses études ont fait le lien entre dépression et allaitement maternel, mais peu d'entre elles font référence aux modalités du sevrage de l'allaitement, c'est pourquoi nous avons choisi de nous intéresser à cette problématique. Notre recherche avait ainsi pour objectif d'identifier si la précocité et la durée du sevrage de l'allaitement maternel exclusif influencent le risque de développer une dépression postnatale dans le mois suivant le sevrage.

Dans notre étude, la durée moyenne d'allaitement des femmes interrogées (21.7 semaines), n'est pas trop éloignée des 24 semaines recommandées par l'OMS. Par ailleurs, la prévalence des cas probables de dépression s'élève à 44,1 % des mères dans le mois suivant l'arrêt de l'allaitement. Ce taux relativement élevé par rapport aux études antérieures (Dayan et al., 2014), peut être attribué à la taille de notre échantillon, mais aussi à un biais dans le recrutement de notre population. En effet, les femmes se sentant les plus concernées par la dépression postnatale, ont peut-être été plus motivées que les autres pour répondre à notre questionnaire.

Les résultats des analyses de régression effectuées montrent que le modèle prédictif rend compte de 28% de la variance de la variable EPDS. La durée du sevrage et l'âge de début de sevrage, sont donc deux variables qui permettent d'expliquer la variabilité de l'intensité de la symptomatologie dépressive dans le mois suivant l'arrêt de l'allaitement maternel exclusif. La variable « durée du sevrage » étant le meilleur prédicteur.

Ainsi, notre première hypothèse semble validée. Plus le début du sevrage est tardif, plus le score de dépression postnatale des mères diminue ($\beta = -.24$; $t = -2.37$, $p < .05$). Même si l'effet observé est faible, ces résultats corroborent ceux observés dans la littérature, notamment par Cochereau (2011), selon qui un allaitement maternel exclusif prolongé constituerait un facteur de protection vis-à-vis de la dépression postnatale.

De même, notre seconde hypothèse semble également validée. Plus la durée du sevrage est longue, plus le score de dépression postnatale des mères est faible ($\beta = -.49$; $t = -5.32$, $p < .001$). Nous avons d'ailleurs observé ce résultat dans les réponses à notre questionnaire. En effet, la majorité des femmes ayant une forte symptomatologie dépressive (56,1%) ont dit avoir fait en sorte de sevrer leur enfant sur une durée plutôt courte, contre 38,5% des femmes ayant peu de symptômes dépressifs. Cette relation entre durée du sevrage et score à l'EPDS, pourrait être expliquée par le fait qu'une femme qui arrête d'allaiter son enfant sur une période de temps brève, aurait une chute relativement brutale de sa production d'ocytocine. Elle pourrait donc avoir plus de difficultés à gérer son anxiété, puisque l'ocytocine serait moins présente pour limiter la production de cortisol. Cela va dans le sens des résultats obtenus par Scantamburlo et al. (2007), qui ont mis en évidence une corrélation inverse entre les taux d'ocytocine et la gravité de l'anxiété chez des sujets atteints de dépression sévère. Cependant, même si une durée de sevrage plus longue semble diminuer l'intensité de la symptomatologie dépressive, cette hypothèse explicative reste à vérifier par des études médicales.

Par ailleurs, outre l'hypothèse hormonale que nous venons d'évoquer, nous pouvons également avancer une hypothèse explicative psychologique. En effet, dans le cas de l'allaitement maternel exclusif, le sevrage met un terme à une relation privilégiée entre la mère et son enfant. Comme cela a été évoqué par Bumgarner (2006), la mère a « un besoin émotionnel d'allaiter » car l'allaitement crée « une relation symbiotique ». Or, lors du

sevrage, les mères peuvent rencontrer des difficultés et vivre des émotions intenses comme la tristesse, la colère, la culpabilité, ou comme nous l'avons observé, le sentiment d'échec. Ces émotions peuvent faire penser à celles ressenties lors d'un processus de deuil (Kübler-Ross, 2002). Ainsi, nous pouvons supposer que c'est de cette relation privilégiée avec son enfant que la mère devra faire le deuil au moment du sevrage. Et cela sera d'autant plus difficile que ce dernier sera rapide et précoce, car la mère n'aura pas eu le temps de s'y préparer. Il serait donc intéressant pour une étude ultérieure, d'observer les éventuelles phases du processus de deuil traversées par les mères suite à l'arrêt de l'allaitement maternel exclusif. Cela pourrait peut-être permettre de distinguer la dépression post-partum d'une éventuelle dépression « post-sevrage », qui serait davantage liée à un processus de deuil de la relation fusionnelle que permet l'allaitement.

La limite la plus importante de notre travail est probablement due à la taille de l'échantillon à partir duquel il est difficile de généraliser les résultats obtenus à l'ensemble de la population. Néanmoins, ces résultats nous apportent des informations intéressantes sur l'influence de la précocité et de la durée du sevrage sur la symptomatologie dépressive de la mère. La réalisation d'études à plus grande échelle semblerait donc pertinente afin de mieux comprendre le lien entre les modalités du sevrage et l'intensité de la symptomatologie dépressive des mères.

Une seconde limite peut être le fait que nous n'ayons pas mesuré le niveau de dépression au même moment pour toutes les femmes. En effet, nous avons choisi de recruter les mères ayant fini de sevrer leur enfant depuis moins d'un mois. Certaines ont donc pu répondre le lendemain du sevrage et d'autres quatre semaines plus tard. Or, nous pouvons supposer que l'impact des modalités du sevrage sur la symptomatologie dépressive s'atténue au fil des semaines, laissant plus facilement la possibilité à d'autres facteurs extérieurs de

venir interférer dans les résultats. Il serait donc pertinent pour une prochaine étude, d'interroger des femmes ayant cessé d'allaiter depuis la même période de temps.

Une autre limite de notre étude est que, selon les cas, le sevrage a été initié soit par la mère, soit par l'enfant. Cela peut constituer un biais car dans ces deux situations, les femmes ont dû vivre des émotions relativement différentes. Il serait donc intéressant pour une étude ultérieure, de prendre en compte cet élément afin d'étudier le lien entre le sevrage naturel ou le sevrage induit par la mère, et le risque de dépression post-partum.

Une dernière limite à notre travail concerne la définition de la durée du sevrage que nous avons choisie. Pour nous, la période de sevrage débute avec l'introduction du tout premier aliment autre que le lait maternel et se termine lorsque l'enfant tète le sein de sa mère pour la dernière fois. Or, nous n'avons pas pris en compte le fait que pour certaines mères, cette période corresponde à une transition entre allaitement maternel et allaitement artificiel, et que pour d'autres elle corresponde à la période de diversification alimentaire. Il serait donc pertinent pour une prochaine recherche de prendre en compte ce paramètre.

5. Conclusion

Les résultats de notre étude, bien que n'étant pas généralisables, montrent une influence des modalités du sevrage sur le risque de dépression postnatale. Il apparaît que la durée du sevrage de l'allaitement maternel exclusif, joue un rôle modéré dans la survenue d'une dépression post-partum, et que la précocité du sevrage y joue un rôle faible. Un sevrage plutôt long et tardif semble donc être un facteur de protection modéré vis-à-vis de la dépression post-partum.

Suite à ces résultats, nous pensons qu'il serait intéressant que les professionnels de la périnatalité et du soutien à l'allaitement améliorent la prévention primaire sur ce sujet, en

informant davantage les mères de l'influence des modalités du sevrage de l'allaitement sur leur santé psychique. A ce propos, des recommandations officielles existent concernant la durée de l'allaitement (au moins six mois pour l'OMS), mais nous avons remarqué qu'il n'en existe pas pour la durée du sevrage. Ainsi, les professionnels de santé conseillent généralement aux mères de sevrer leur enfant sur deux à trois semaines, mais ils centrent essentiellement leur discours sur la prévention des engorgements mammaires ou sur le temps nécessaire à l'enfant pour accepter de s'alimenter autrement. Or, nous pensons qu'il serait également pertinent de sensibiliser les mères aux conséquences psychiques d'un sevrage trop précoce ou trop brutal. Cela pourrait d'une part prévenir ces sevrages à risque de favoriser une dépression postnatale; et d'autre part, cela pourrait aider les mères à oser parler de leurs difficultés, et améliorerait ainsi la qualité de leur prise en charge.

Enfin, suite aux différentes limites évoquées précédemment, des études plus approfondies et auprès d'un échantillon plus important semblent nécessaires, afin d'avoir une meilleure compréhension du rôle des variables étudiées dans l'émergence des symptômes dépressifs survenant suite au sevrage de l'allaitement maternel exclusif.

Références

- Boutet, C., Vercueil, L., Schelstraete, C., Buffin, A., Legros, J.J. (2006). Ocytocine et stress de la mère au cours de la lactation en post-partum: L'ocytocine est-elle impliquée dans la confiance en soi de la mère allaitante? Revue de la littérature. *Annales d'endocrinologie*, 67(3), 214-223.
- Bumgarner, N.J. (2006). *La mère, le bambin et l'allaitement*. Montréal, Québec : Ligue La Leche.
- Cochereau, A. (2011). L'allaitement, facteur de prévention de la dépression maternelle. *Soins Pédiatrie-Puériculture*, 260(32), 7.
- Cox, J.L., Holden, J.M., Sagowsky, R. (1987). Direction of postnatal depression, development of the ten item Edinburgh post-natal depression scale. *The British Journal of Psychiatry*, (150), 782–6.
- Cox, J.L., Murray, D., Chapman, G. (1993). A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *The British Journal of Psychiatry*, (163), 27-31.
- Dayan, J., Andro, G., Dugnat, M. (1999.) *Psychopathologie de la personnalité*. Paris : Masson.
- Dayan, J., Andro, G., Dugnat, M. (2014). *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Paris: Masson.
- Guedeney, N., Fermanian, J. (1998). Validation of the French version of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): New results about use and psychometric properties. *European Psychiatry*, (13), 83–9.
- Hays, D.F. (2001). Intellectual problems shown by 11-years old children whose mothers had postnatal depression. *Journal Child Psychological Psychiatry*, 42(7), 871–89.
- Henderson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A.Y., Priest, S.R., Hagan, R. (2003). Impact of Postnatal Depression on Breastfeeding Duration. *Birth*, (30), 175–180.
- Heuch, I. (2003). Breast cancer and breastfeeding. *The Lancet North American Edition*, 361(9352), 176.

Holt, W.J. (1995). The detection of postnatal depression in general practice using the Edinburgh postnatal depression scale. *The New Zealand medical journal*, 108(994), 57-59.

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*, 4(S1), S-17.

Kramer, M.S., Fombonne, E., Igumnov, S., et al. (2008). Effects of prolonged and exclusive breast-feeding on child behavior and maternal adjustment: evidence from a large, randomized trial. *Pediatrics*, (121), 435-40

Kübler-Ross, E. (2002) *Accueillir la mort*. Éditeur : Pocket

Lilja, G., Edhborg, M., Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, (26), 245–253.

Mezzacappa, E.S., Katkin, E.S. (2002). Breast-feeding is associated with reductions in perceived stress and negative mood in mothers. *Health Psychology*, (21), 187–193.

Murray, L., Sinclair, D., Cooper, P., et al. (1999). The socioemotional development of 5-year-old children of postnatally depressed mothers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, (40)1259–71.

Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., Stewart, D.E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *General hospital psychiatry*, 26(4), 289-295.

Salanave, B., De Launay, C., Castetbon, K. (2014). Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012). *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 62 (S1), 82.

Scantamburlo, G., Hansenne, M., Fuchs, S., et al. (2007). Plasma oxytocin levels and anxiety in patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, (32), 407-10.

Thirion, M. (1999). *L'allaitement*. Paris: Albin Michel.

Van Der Waerden, J., Sutter-Dallay, A. L., Dugravier, R., Bales, M., Barandon, S., Charles, M. A., Melchior, M. (2015). Dépression maternelle: facteurs de risque, conséquences sur le développement des enfants et interventions de prévention. *European Psychiatry*, 30(8), 33-34.

Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12 (1), 36.

Bibliographie Générale

Alder, E.M., Cox, J.L. (1983). Breast feeding and post-natal depression. *Journal of Psychosomatic Research*. 27 (2), 139–144

Arevalo, M. (2014). Vécu de l'allaitement maternel chez les femmes allaitantes : étude qualitative réalisée auprès de patientes et de professionnelles de la PMI de Wattrelos. (Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université Lille 2, 2014).

Bell, L., Lacombe, M., Gallagher, F., Ferland, M., Couture, M. E. (2012). Les facteurs impliqués dans l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. *Soins Pédiatrie-Puériculture*. (269), 39-45.

Callahan, S. (2003). Un soutien psychologique pour les femmes qui allaitent: quels apports pour quels intérêts? *Spirale*. (27), 121–132.

Chabrol, H., Teissedre, F. (2004). Relation between Edinburgh Postnatal Depression Scale scores at 2-3 days and 4-6 weeks postpartum. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 22(1), 33-39.

Dayan, J. (2004). Les dépressions du postpartum: un concept pertinent?. *L'Information Psychiatrique*. 80(8), 635-643.

Dayan, J. (2007). Clinical approach and epidemiological aspects of mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum. Review and synthesis. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*. 36(6), 549-561.

Delegay-Siksou, J. (1988). Le sevrage. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 1(6), 365-374.

Dennis, C.L, McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*. 96 (4), 590–594.

Devergne-Clement, B. (2006). Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement maternel au cours du premier mois. (Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Nantes, 2006).

Dias, C.C., Figueiredo, B. (2015). Breastfeeding and depression: A systematic review of the literature. *Journal of affective disorders*. (171), 142-154.

Gallot-Sabbagh, V. (2012). L'allaitement maternel en médecine générale : Représentations, vécu des mères, et perception du suivi par le médecin généraliste. (Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Claude Bernard de Lyon, 2012).

Gelder, M., (1978). Hormones and postpartum depression. *Mental illness in Pregnancy and the Puerperium*. 80-90

Gregory, E.F., Butz, A.M., Ghazarian, S.R., Gross, S.M., Johnson, S.B. (2015). Are unmet breastfeeding expectations associated with maternal depressive symptoms? *Academic pediatrics*, 15(3), 319-325.

Harris, B., Johns, S., Fung, H., Thomas, R., Walker, R., Read, G., Riadfahmy, D. (1989). The hormonal environment of post-natal depression. *British Journal of Psychiatry*. (154), 660-667.

Loras-Duclaux, I. (2001). Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 14(1), 41-48.

Lorenzi, A. (2013). Motivations des femmes à poursuivre l'allaitement maternel malgré les complications. (Thèse en vue de l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université Toulouse III, 2013).

Masmoudi, J., Trabelsi, S., Charfeddine, F., Jaoua, A. (2006). La dépression du post partum. *JIM Sfax*. 11-12.

Noirhomme-Renard, F., & Noirhomme, Q. (2009). Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois: une revue de la littérature. *Journal de pédiatrie et de puériculture*. 22(3), 112-120.

Schmied, V., Barclay, L. (1999). Connection and pleasure, disruption and distress: women's experience of breastfeeding. *Journal of Human Lactation*. 15(4), 325-334.

Teissedre, F., Chabrol, H. (2004). Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum: une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 52(5), 266-273.

Teissedre, F., Chabrol, H. (2004). Étude de l'EPDS (Échelle postnatale d'Edinburgh) chez 859 mères: dépistage des mères à risque de développer une dépression du post-partum. *L'Encéphale*. 30(4), 376-381.

Walburg, V., Conquet, M., Callahan, S. (2009). Effet d'une interruption précoce de l'allaitement sur le vécu maternel. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 22(6), 264-268.

Walburg, V., Conquet, M., Callahan, S., Chabrol, H., Schölmerich, A. (2007). Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares. *Journal de Pédiatrie et de Puériculture*. 20(3), 114-117.

Walburg, V., Pierre, A., Callahan, S., Chabrol, H. (2006). Effet d'une intervention prénatale de soutien et d'information sur la durée et le vécu de l'allaitement maternel. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*. 16(3), 103-107.

Watkins, S., Meltzer-Brody, S., Zolnoun, D., Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*. 118(2, Part 1), 214-221.

Zauderer, C. (2011). Postpartum depression and breastfeeding: what should a new mother do? *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 40(s1), S131-S131.

Zubaran, C., Foresti, K. (2013). The correlation between breastfeeding self-efficacy and maternal postpartum depression in southern Brazil. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 4(1), 9-15.

Table des illustrations

Tableau 1: Statistiques descriptives..... 24

Tableau 2: Répartition socioprofessionnelle 25

Tableau 3: Fréquence des congés maternité..... 26

Tableau 4: Difficultés rencontrées lors du sevrage selon le score à l'EPDS..... 27

Tableau 5: Durée souhaitée de la période de sevrage selon le score à l'EPDS..... 28

Tableau 6: Résultats des trois analyses de régression prédisant la variable EPDS dans le mois suivant le sevrage (N = 93) 29

Figure 1: Dispersion simple des scores à l'EPDS en fonction de la variable "Début du sevrage", et droite de régression (N=93)..... 30

Figure 2: Dispersion simple des scores à l'EPDS en fonction de la variable "Durée du sevrage", et droite de régression (N=93)..... 31

Tableau 1: *Statistiques descriptives*

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
Age	93	19	49	31.40	4.81
Début du sevrage	93	0	53	21.69	16.50
Fin du sevrage	93	0	54	25.03	17.08
Durée du sevrage	93	0	24	3.44	4.29
EPDS	93	3	21	10.35	3.84
Durée congé maternité	71	3	52	14.85	9.73

Tableau 2: Répartition socioprofessionnelle

Profession		
	Fréquence	Pourcentage
Artisan. commerçant. chef d'entreprise	3	3.2
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	26	28.0
Profession libérale	7	7.4
Employé	40	43.0
Ouvrier	1	1.1
Etudiant	2	2.2
Sans profession	2	2.2
Mère au foyer	12	12.8
Total	93	100.0

Tableau 3: Fréquence des congés maternité

		Congé maternité	
		Fréquence	Pourcentage valide
Valide	Oui	74	79.6
	Non	19	20.4
	Total	93	100.0

Tableau 4: Difficultés rencontrées lors du sevrage selon le score à l'EPDS

			Difficultés du sevrage	
EPDS			Fréquence	Pourcentage
=< 11	Valide	Aucune	35	67.3
		Refus du biberon par l'enfant	8	15.4
		Sentiment d'échec	6	11.5
		Engorgements mammaires	3	5.8
		Total	52	100.0
		> 11	Valide	Aucune
		Refus du biberon par l'enfant	10	24.4
		Sentiment d'échec	6	14.6
		Quantité de lait insuffisante	2	4.9
		Engorgements mammaires	1	2.4
		Total	41	100.0

Tableau 5: *Durée souhaitée de la période de sevrage selon le score à l'EPDS*

Durée souhaitée de la période de sevrage				
EPDS			Fréquence	Pourcentage
=< 11	Valide	Plutôt longue	32	61.5
		Plutôt courte	20	38.5
		Total	52	100.0
> 11	Valide	Plutôt longue	18	43.9
		Plutôt courte	23	56.1
		Total	41	100.0

Tableau 6: Résultats des trois analyses de régression prédisant la variable EPDS dans le mois suivant le sevrage ($N = 93$)

Prédiction du score de dépression	B	β	t	p
<i>Première analyse : régression simple</i>				
$F(1,91) = 5.61 ; p < .05 ; R^2$ ajusté = .048				
Début du sevrage	-.056	-.241	-2.37	.02*
<i>Deuxième analyse : régression simple</i>				
$F(1,91) = 28.25 ; p < .001 ; R^2$ ajusté = .229				
Durée du sevrage	-.435	-.487	-5.32	.000**
<i>Troisième analyse : régression multiple</i>				
$F(1,90) = 18.85 ; p < .001 ; R^2$ ajusté = .280				
Début du sevrage	-.056	-.241	-2.72	.008*
Durée du sevrage	-.435	-.487	-5.50	.000**

* $p < .05$

** $p < .001$

Figure 1: Dispersion simple des scores à l'EPDS en fonction de la variable "Début du sevrage", et droite de régression (N=93)

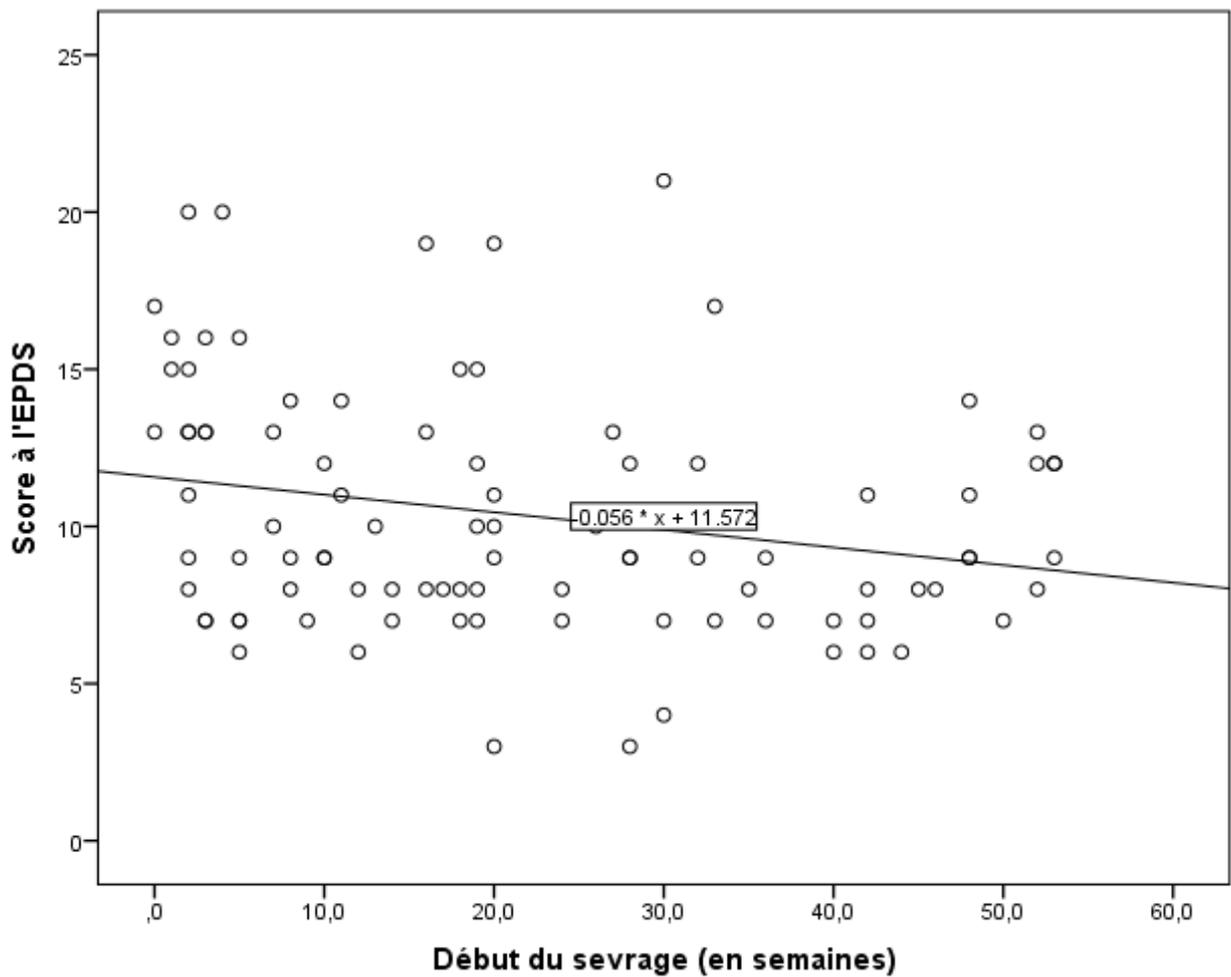
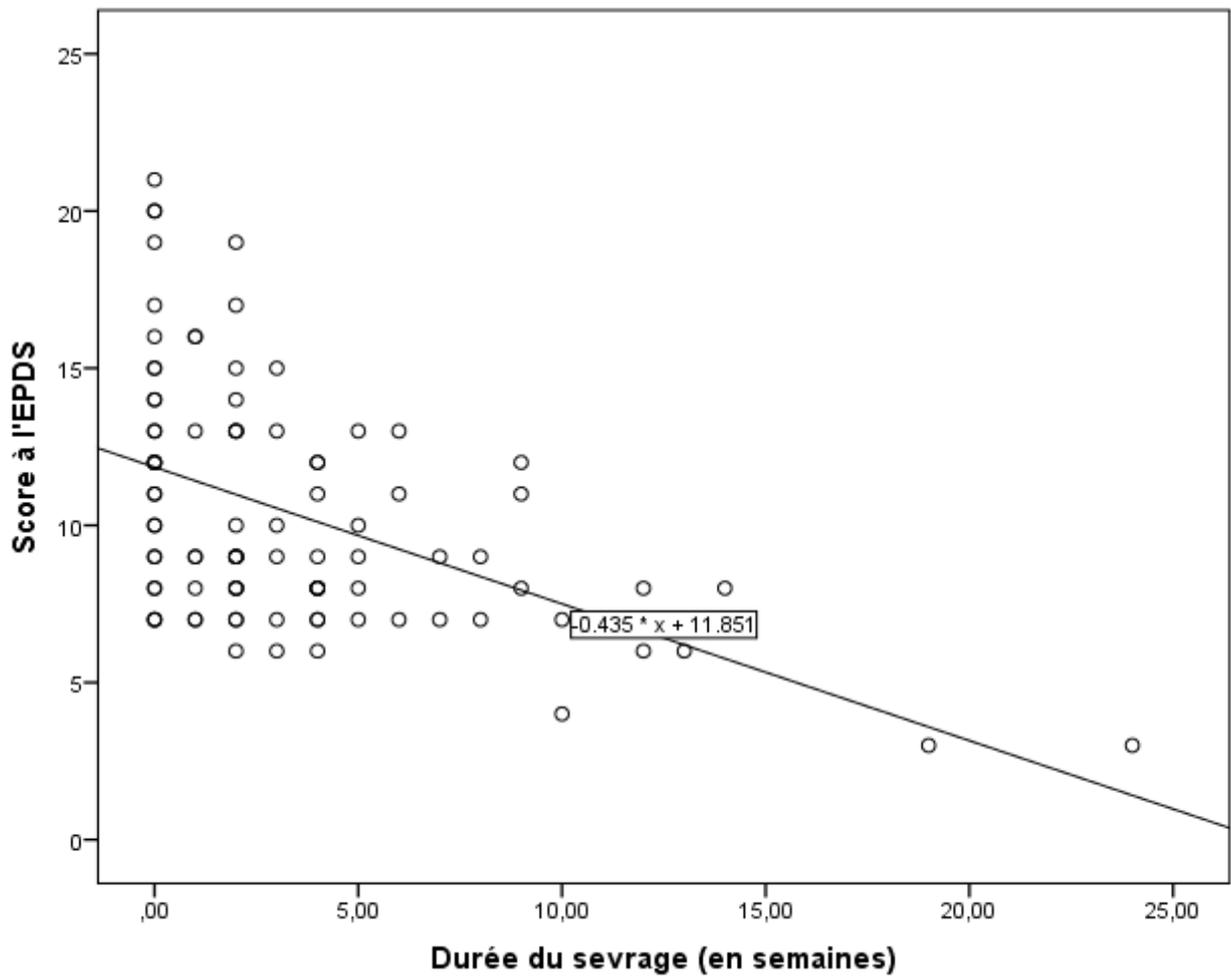


Figure 2: Dispersion simple des scores à l'EPDS en fonction de la variable "Durée du sevrage", et droite de régression (N=93)



Annexes

Annexe 1: Questionnaire



Mademoiselle, Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de recherche en psychologie, réalisé sous la direction du Professeur Stacey CALLAHAN, je réalise une étude dont le but est de mieux comprendre le lien entre le sevrage de l'allaitement maternel et le risque de dépression post-partum.

Cette étude peut vous concerner si vous remplissez les conditions suivantes:

- Vous avez accouché de votre premier enfant il y a moins d'un an
- Vous avez débuté un allaitement maternel exclusif à la naissance de votre enfant
- Vous avez fini de sevrer votre enfant depuis moins d'un mois

Vous aurez besoin d'environ 10 minutes pour répondre à ce questionnaire. Les réponses que vous donnerez resteront strictement confidentielles et anonymes, et seront analysées uniquement dans un but scientifique. Répondez-y le plus sincèrement possible, car il n'existe pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Sachez également que vous pouvez à tout moment, et sans justification, interrompre votre participation à cette étude. Pour tout renseignement, n'hésitez pas à me contacter à l'adresse suivante: hanna.chene@etu.univ-tlse2.fr

Merci d'avance pour votre participation!

Bien cordialement,

Hanna CHÊNE

Etudiante en Master 1

UFR de Psychologie

Université Toulouse II – Jean JAURES

Consentement éclairé :

J'ai lu les informations ci-dessus et j'ai compris le but de l'étude. En cliquant sur "oui, je veux participer" ci-dessous, je confirme que j'ai 18 ans ou plus, et j'accepte de participer à cette étude.

- Oui, je veux participer
- Non, je ne veux pas participer

Fiche de renseignements:

Quel âge avez-vous?

- 18-25 ans
- 26-36 ans
- 37 ans et plus

Quel est votre nationalité?

Quelle est votre profession?

- Agriculteur exploitant
- Artisan, Commerçant, Chef d'entreprise
- Cadre ou Profession intellectuelle supérieure
- Profession libérale
- Employé
- Ouvrier
- Etudiant
- Sans profession

Si vous avez une profession, l'exercez-vous actuellement?

- Oui
- Non

Quel est votre situation matrimoniale?

- Célibataire
- En couple
- Mariée / Pacsée
- Divorcée / Séparée
- Veuve

Si vous êtes en couple, avez-vous de bonnes relations avec votre conjoint?

- Oui
- Non

Combien d'enfants avez-vous?

- 1
- 2 ou plus

Quel âge a votre enfant actuellement? (en semaines)

Modalités du sevrage et risque de dépression post-partum

Avez-vous pris un congé maternité après la naissance de votre enfant?

- Oui
- Non

Si oui, pendant combien de semaines après l'accouchement?

A quel terme est né votre enfant? (en semaines d'aménorrhée)

- 25-36 SA (prématuré)
- 37-41 SA

A la naissance de votre enfant, l'avez-vous allaité exclusivement au sein pendant au moins une semaine?

- Oui
- Non

Allaitez-vous encore votre enfant exclusivement au sein en ce moment?

- Oui
- Non, je suis en période de sevrage
- Non, mon enfant est sevré

Votre enfant est né:

- Par voie basse
- Par voie basse avec utilisation de spatules ou de ventouse
- Par césarienne programmée
- Par césarienne en urgence

Y a-t-il eu des complications pendant la grossesse ou l'accouchement ? Si oui, veuillez les citer brièvement.

Avez-vous vécu un événement de vie grave pendant votre grossesse? (perte d'emploi, séparation, décès d'un proche...)

- Oui
- Non

Votre enfant est-il atteint d'une pathologie néonatale?

- Oui
- Non

Modalités du sevrage et risque de dépression post-partum

Avez-vous déjà été atteinte d'une dépression?

- Oui avant la grossesse
- Oui pendant ou après la grossesse
- Non

Prenez-vous des antidépresseurs ou des anxiolytiques en ce moment?

- Oui
- Non

Suivez-vous une psychothérapie en ce moment?

- Oui
- Non

Le Sevrage de votre enfant:

Quel âge avait votre enfant quand vous lui avez donné le premier biberon de lait artificiel ?
(en Semaines)

Quel âge avait votre enfant quand il a tété votre sein pour la dernière fois? (en semaines)

Depuis combien de temps avez-vous fini de sevrer votre enfant ? (en semaines)

Pour quelles raisons principales avez-vous décidé de sevrer votre enfant ? (classez-les de la plus importante à la moins importante)

Par rapport à ce que vous aviez envisagé, vous avez sevré votre enfant :

- Plus tôt que ce que vous aviez prévu.
- Au moment que vous aviez prévu
- Plus tard que ce que vous aviez prévu

Auriez-vous aimé allaiter votre enfant plus longtemps si cela avait été possible?

- Oui
- Non

Pour quelle(s) raison(s)?

Modalités du sevrage et risque de dépression post-partum

Lorsque vous avez commencé le sevrage, vous diriez plutôt que votre quantité de lait était:

- Très importante
- Plutôt importante
- Plutôt normale
- Plutôt faible
- Très faible

Vous avez fait en sorte que la période de sevrage soit:

- Plutôt longue
- Plutôt courte

Pour quelle(s) raison(s)?

Avez-vous rencontré des difficultés lors du sevrage? Si oui, pouvez-vous les citer ?

Pour les 10 prochaines questions: Veuillez cocher la réponse la plus proche de ce que vous avez ressenti durant les 7 derniers jours (pas seulement aujourd'hui).

J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :

- Aussi souvent que d'habitude
- Pas tout à fait autant
- Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
- Absolument pas

Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir :

- Autant que d'habitude
- Plutôt moins que d'habitude
- Vraiment moins que d'habitude
- Pratiquement pas

Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal :

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

Modalités du sevrage et risque de dépression post-partum

Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :

- Non, pas du tout
- Presque jamais
- Oui, parfois
- Oui, très souvent

Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :

- Oui, vraiment souvent
- Oui, parfois
- Non, pas très souvent
- Non, pas du tout

J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :

- Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
- Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
- Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
- Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :

- Oui, la plupart du temps
- Oui, parfois
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Pas très souvent
- Non, pas du tout

Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

- Oui, la plupart du temps
- Oui, très souvent
- Seulement de temps en temps
- Non, jamais

Modalités du sevrage et risque de dépression post-partum

Il m'est arrivé de penser à me faire mal :

- Oui, très souvent
- Parfois
- Presque jamais
- Jamais

Le questionnaire est maintenant terminé. Je vous remercie sincèrement de votre participation et du temps que vous avez bien voulu accorder à cette étude. Si vous désirez ajouter une remarque, un avis, approfondir un point ou tout autre chose, n'hésitez pas à laisser un commentaire dans le cadre suivant.

Si vous souhaitez être tenue informée des résultats de cette étude, merci d'indiquer votre adresse e-mail ci-dessous. (Celle-ci restera confidentielle et ne sera pas transmise)