



INSTITUT DE FORMATION EN ERGOTHÉRAPIE
Association pour le **D**éveloppement, l'**E**nseignement et la
Recherche en Ergothérapie
52 rue Vitruve, 75020, Paris

Maternité et schizophrénie : L'accompagnement ergothérapique de la transition occupationnelle des nouvelles mères

Mémoire d'initiation à la recherche réalisé dans le cadre de la validation de l'U.E. 6.5
S6 : Evaluation de la pratique professionnelle en recherche

Sous la direction de Mme BINTHER Carole

Session Juin 2023
GUERINON Emma

Notes aux lecteurs :

“Ce mémoire est réalisé dans le cadre d’une scolarité. Il ne peut faire l’objet d’une publication que sous la responsabilité de son auteure et de l’Institut de Formation concerné.”

REMERCIEMENTS

Pour commencer, je tiens à remercier tout particulièrement ma maîtresse de mémoire, Madame Carole BINTHER, qui m'a guidée et soutenue tout au long de ce projet. Un énorme merci pour tes conseils, ta disponibilité, ta bienveillance et ton écoute attentive.

Je remercie l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation ADERE, pour leur accompagnement, leur présence et leurs encouragements durant ces trois belles années. Merci également à tous les ergothérapeutes rencontrés au cours de ma formation, qui m'ont tant apporté.

Je remercie tous les professionnels ayant participé à la réalisation de ce projet de recherche, pour leurs réponses, leur temps et leur investissement.

Je remercie aussi ma maman, pour son soutien si précieux et ses innombrables lectures et relectures. Merci à ma famille et à Robin, pour leur présence tant importante et leurs encouragements.

Enfin, je remercie mes camarades de promotion, pour leur solidarité, leur soutien et pour avoir rendu ces trois années si belles.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	5
CADRE CONCEPTUEL.....	6
1. La schizophrénie.....	6
1. 1 Définition.....	6
1. 2 Répercussions.....	9
2. La maternité.....	12
2. 1. Définitions.....	12
2. 2. Les enjeux de la maternité.....	15
3. L'expérience de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie.....	18
3. 1. Un défi pour certaines femmes : les difficultés rencontrées.....	18
3. 2. Des enjeux majeurs.....	20
3. 3. Les facteurs pronostiques.....	22
3. 4. L'accompagnement vers la maternité : le parcours de soin.....	24
4. L'ergothérapeute : un professionnel de l'occupation.....	26
4. 1. Généralités sur l'ergothérapie.....	26
4. 2. La science de l'occupation.....	28
4. 3. La santé mentale : un champ d'intervention de l'ergothérapeute.....	31
4. 4. Etat des lieux de la pratique ergothérapique dans le domaine de la maternité..	34
QUESTION DE RECHERCHE.....	36
CADRE EXPÉRIMENTAL.....	36
1. Méthodologie de l'enquête.....	36
1. 1. Objectifs de la recherche.....	36
1. 2. Choix de la population.....	37
1. 3. Choix de la méthode et de l'outil d'enquête.....	37
1. 4. Modalités d'analyse des données.....	38
1. 5. Modalités de recrutement.....	39
1. 6. Limites de l'outil.....	40
2. Résultats et analyse de l'enquête.....	40
2. 1. Présentation des professionnels interrogés.....	40
2. 2. Synthèse des résultats.....	41
2. 3. Analyse des résultats.....	50
3. Discussion.....	59
4. Limites et intérêts de la recherche.....	68
5. Ouvertures et perspectives.....	69
CONCLUSION.....	72
BIBLIOGRAPHIE.....	73
ANNEXES.....	81

INTRODUCTION

L'expérience de la maternité des femmes souffrant de schizophrénie est un sujet d'actualité et soulève nombre de questionnements éthiques et cliniques (Cognard et Wendland, 2019). Les évolutions des idéologies concernant les potentielles transmissions génétiques de troubles psychiatriques, l'introduction des contraceptions hormonales, les progrès des traitements (Cazas, 2007), ainsi que l'émergence de structures extra-hospitalières ont permis d'améliorer leur qualité de vie, de favoriser leur autonomie et ainsi d'accéder à la parentalité (Cognard et Wendland, 2015). Toutefois, la période périnatale est une période de vulnérabilité psychique. Les risques de décompensation de la mère sont majeurs et peuvent nuire au développement de l'enfant. En effet, les enfants de mères qui souffrent de troubles psychotiques sont considérés comme étant à "haut risque" par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis 1975, nécessitant un accompagnement spécifique (Cazas, 2007). Ainsi, les besoins de soins psychiques périnataux apportés à la mère constituent une problématique de santé publique (Dugnat, 2013).

La maternité est associée à de nombreux changements, dont occupationnels, bouleversant l'équilibre de la nouvelle mère. L'accompagnement de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie s'avère complexe et nécessite une réelle collaboration pluriprofessionnelle et interinstitutionnelle (Vacheron, 2015). Je me suis alors questionnée sur le rôle de l'ergothérapeute, "spécialiste" de l'occupation (Meyer, 2013), dans cet accompagnement et j'ai formulé la question de recherche suivante : **En quoi l'ergothérapeute peut-il favoriser la transition occupationnelle des nouvelles mères souffrant de schizophrénie et stabilisées ?**

J'étudierai dans un premier temps la schizophrénie et ses répercussions sur le fonctionnement social et occupationnel des personnes qui en souffrent. Je m'intéresserai ensuite à la maternité et ses enjeux, puis à l'expérience de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie. Enfin, je me pencherai sur l'ergothérapeute, en tant que professionnel de l'occupation. Je présenterai ensuite l'enquête menée, les résultats obtenus, puis je proposerai une analyse et finirai par une discussion. Afin de conclure ce projet de recherche, je partagerai des pistes de réflexion.

CADRE CONCEPTUEL

1. La schizophrénie

1. 1 Définition

1. 1. 1 Epidémiologie

La cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM V) procure une classification internationale des troubles mentaux et psychiatriques. Cette classification assure ainsi une certaine universalité des définitions. La prévalence mondiale de la schizophrénie est d'environ 0,3% (OMS, 2022). Il est toutefois important de noter qu'il existe des variations de ce taux, selon les pays et l'origine géographique des personnes (American Psychiatric Association, 2013). Le sexe ratio varie également selon les populations et échantillons (American Psychiatric Association, 2013).

1. 1. 2 Symptomatologie

Les premiers symptômes de la schizophrénie surviennent le plus couramment entre la fin de l'adolescence et la troisième décennie. Il est rare qu'ils apparaissent plus tôt. Le début peut s'avérer brutal, mais dans la plupart des cas il est insidieux (American Psychiatric Association, 2013).

Selon le DSM V, la schizophrénie est un syndrome hétérogène et regroupe ainsi de nombreux tableaux cliniques. Des anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles, sont des symptômes caractéristiques de cette maladie. Toutefois, aucun n'est pathognomonique. Ainsi, le diagnostic repose sur le croisement de signes et symptômes, associés à une altération notable du fonctionnement professionnel ou social de la personne (American Psychiatric Association, 2013).

Nicolas Franck (2013), psychiatre français dont les travaux ont principalement porté sur la schizophrénie et la réhabilitation psychosociale, nous indique qu'il est possible de classer les différents symptômes selon trois catégories. La première concerne les **symptômes positifs**. Il s'agit des manifestations en plus n'existant pas dans un comportement dit "normal" (Franck, 2013), qui modifient le vécu de la personne en lien avec la réalité. Les principaux correspondent aux idées délirantes

et hallucinations. Sont également compris le syndrome d'influence, les pensées imposées, la diffusion de la pensée et le vol de pensée (Franck, 2013). Certains sont dits de premier rang. Ils renvoient à ceux qui sont les plus caractéristiques de la schizophrénie. Il s'agit notamment de la perte de limite entre ce qui provient de soi ou de l'extérieur. Ainsi, cela entraîne des confusions quant à l'attribution de l'auteur d'actions, de pensées ou encore de sentiments (Franck, 2013).

Les **symptômes négatifs** quant à eux, représentent les manifestations que les personnes ont "de moins par rapport à un comportement dit normal", dans les domaines émotionnel et comportemental (Franck, 2013, p.2). Ils relèvent d'un trouble de la volonté, de l'initiation, de la motivation ainsi que de l'expression émotionnelle et de ressentis (Franck, 2013). Dans la sphère comportementale, ces difficultés peuvent s'exprimer sous la forme d'une aboulie ; c'est-à-dire d'un déficit de volonté ; d'un apragmatisme ; à savoir de grandes difficultés à entreprendre des actions ; ou encore par un appauvrissement du discours. Concernant la sphère affective, elles peuvent se manifester par une froideur affective et une perte de l'empathie, une apathie ; c'est-à-dire un déficit de réaction face aux *stimuli* de l'environnement ; un retrait social ou encore par une anhédonie ; à savoir une incapacité à ressentir du plaisir (Franck, 2013).

Enfin, la troisième catégorie de symptômes comprend ceux qui témoignent d'une **désorganisation**. Ceux-ci correspondent aux incapacités à élaborer un discours cohérent et à se comporter de manière adaptée. Elle impacte la pensée, le langage, le comportement ainsi que l'affect. Ces symptômes peuvent parfois être corrélés à un trouble des fonctions exécutives, ainsi qu'à des difficultés à relever les éléments contextuels (Franck, 2013).

Selon Franck (2013) d'autres symptômes, dits **neurocognitifs**, sont fréquents dans la schizophrénie, puisque concernent 70 à 80% des personnes qui en souffrent. Du fait de leur manque de spécificité, ceux-ci sont mis à l'écart puisque ne contribuent pas au diagnostic. Toutefois, il est important de ne pas les négliger puisqu'ils impactent grandement l'autonomie des personnes (Franck, 2013). Les troubles les plus répandus sont ceux mnésiques, attentionnels, de vitesse de traitement ainsi que des fonctions exécutives (Franck, 2013). D'autre part, la schizophrénie peut être associée à des troubles de la **cognition sociale**. Celle-ci renvoie à l'ensemble des mécanismes de traitement des informations, qu'elles

relèvent de l'expression faciale, gestuelle, langagière, impliqués dans les relations interpersonnelles (Franck, 2013).

1. 1. 3 Critères diagnostiques

Le DSM V présente plusieurs critères diagnostiques. Le premier stipule que doivent être présents deux symptômes positifs parmi : des idées délirantes, des hallucinations, un discours désorganisé, un comportement désorganisé ou catatonique. Doivent également se manifester des symptômes négatifs tels qu'une aboulie ou une diminution de l'expression émotionnelle. Ces symptômes doivent s'exprimer sur une durée d'au moins un mois. Ce premier critère reste effectif même si les symptômes diminuent sous l'effet d'un traitement, si le clinicien estime que ceux-ci n'auraient probablement pas disparu sans. Le second critère correspond à un déficit marqué du niveau de fonctionnement de la personne dans un domaine majeur tel que le travail, l'hygiène personnelle, les relations sociales, depuis le début des troubles, sur une durée significative. Dans le cas où le trouble est présent depuis l'enfance ou l'adolescence, il s'agit de la non atteinte du niveau de fonctionnement attendu. Ensuite, les signes du trouble doivent persister sur une période minimum de six mois, avec l'expression des symptômes pendant au moins un mois, excepté si le traitement s'avère efficace (American Psychiatric Association, 2013).

1. 1. 4. Pronostic et évolutions possibles

Selon le DSM V, le fonctionnement social et cognitif de la personne peut se détériorer pendant les cinq années suivant les premiers symptômes. Puis, les niveaux de handicap ont tendance à se stabiliser (American Psychiatric Association, 2013). La schizophrénie peut être associée à d'autres troubles. Quatre-vingt pour cent des individus sont sujets à des épisodes dépressifs majeurs au cours de leur vie (American Psychiatric Association, 2013).

L'évolution de la schizophrénie peut s'avérer **favorable**, c'est-à-dire que les personnes connaissent une amélioration voire une presque disparition des symptômes et peuvent ainsi retrouver un fonctionnement satisfaisant. Elle peut être **intermédiaire**, se caractérisant par une amélioration notable marquée par des rechutes, ou encore **défavorable**, à savoir la persistance voire l'aggravation des

symptômes, entraînant des difficultés de fonctionnement majeures (American Psychiatric Association, 2013 ; Franck, 2013). Les probabilités de ces possibilités d'évolutions sont réparties de manière égale et concernent chacune environ un tiers des patients (American Psychiatric Association, 2013). On parle de stabilisation lorsque la personne retrouve un certain équilibre, lié à l'arrêt d'oscillation de l'expression des symptômes (Dammak et al., 2014). La stabilisation est observable au niveau de la clinique et du fonctionnement de la personne.

Le terme de "rétablissement", apparu récemment en France, a été utilisé en premier lieu par les usagers eux-mêmes afin de protester contre l'idée de dépendance et de chronicité liée à leur trouble (Koenig, 2017). Marie Koenig (2017), docteure en psychologie, nous indique que ce terme renvoie à deux perspectives. L'une, médicale ou objective, s'apparente à la diminution de la symptomatologie et à l'amélioration du fonctionnement de l'individu. De ce point de vue, 40 à 60% de ces personnes connaissent un rétablissement partiel tandis que 20 à 30% en connaissent un complet (Koenig, 2017). La seconde perspective, dite expérientielle, humaniste ou encore subjective, prend davantage en considération le point de vue des usagers. Cela renvoie à la possibilité d'une "reprise de contrôle sur leur existence, malgré la persistance de certains symptômes" (Koenig, 2017, p.8). Ainsi, les facteurs de rétablissement correspondent à l'auto-détermination, l'espoir, le soutien d'autrui, le contrôle de ses symptômes, l'acceptation d'une certaine vulnérabilité, la transformation identitaire etc. Koenig (2017), évoque aussi un rétablissement paradoxal, lorsque la perspective médicale et expérientielle ne corrèlent pas. D'autre part, l'*empowerment* semble être un facteur du rétablissement. Celui-ci se réfère aux processus par lesquels un individu prend le pouvoir et le contrôle de sa vie, acquiert du pouvoir d'agir et est impliqué dans les décisions prises à son sujet (Jouet, 2016). Selon Emmanuelle Jouet (2016), docteure en science de l'éducation et chercheuse en santé mentale, c'est "un processus d'autonomisation" (p.24). L'utilisateur est alors considéré comme un acteur de sa santé notamment.

1. 2 Répercussions

1. 2. 1. Impacts sur le fonctionnement social

Dans de nombreux cas, la schizophrénie entraîne un stress et une déficience marqués dans divers domaines importants de la vie quotidienne (OMS, 2022). Elle semble impacter de manière prépondérante le fonctionnement social et occupationnel des personnes. Ces situations sont reconnues comme relevant du **handicap psychique** depuis la loi du 11 février 2005 (ANFE, 2016). En effet, l'expression des symptômes positifs, entraînant une perte de lien avec la réalité, peut être à l'origine de comportements inadaptés aux situations rencontrées (Franck, 2013). De plus, les personnes souffrant de schizophrénie qui connaissent des troubles de la cognition sociale éprouvent des difficultés à reconnaître et ressentir leurs émotions ou celles d'autrui (Franck, 2013). Cela peut entraîner des quiproquos et compliquer les rapports aux autres et leur insertion au sein de la société. Le retrait social, marqué par un manque d'investissement du monde extérieur, engendre fréquemment un isolement social des personnes (Franck, 2013). À cela s'ajoute une forte stigmatisation sociétale, engendrant une exclusion sociale marquée et impactant grandement leurs relations interpersonnelles, notamment familiales et amicales (OMS, 2022).

Ces difficultés de fonctionnement social semblent majorées par des troubles métacognitifs. Lysaker et al. (2012), dont les travaux portent principalement sur la diminution des capacités métacognitives des personnes souffrant de schizophrénie, ont mis en évidence son impact sur le fonctionnement de ces individus. La métacognition renvoie à la capacité d'élaborer une pensée en lien avec sa propre pensée, permettant ainsi de construire et de réviser un jugement quant à ce que l'on croit, perçoit, rêve etc., mais également de concevoir et de se représenter soi-même de manière stable et continue. Elle peut être divisée en quatre composantes : la réflexivité, c'est-à-dire la capacité de qualifier et comprendre ses propres états mentaux ; la compréhension de l'activité mentale d'autrui ; la décentration, qui renvoie aux possibilités d'accepter et d'adopter différents points de vue ; et enfin l'habileté stratégique, correspondant aux capacités de mise en oeuvre de stratégies selon ses états mentaux, dans l'accomplissement de tâches cognitives ou afin d'affronter une détresse psychologique (Lysaker et al., 2012).

1. 2. 2. Impacts sur le fonctionnement occupationnel

L'altération du fonctionnement social des personnes, tout comme l'expression des symptômes négatifs notamment, entravent l'activité et peuvent ainsi entraîner une incapacité fonctionnelle majeure, liée à une certaine perte d'autonomie, tant psychique que dans l'action (Franck, 2013). Les personnes souffrant de schizophrénie rencontrent davantage de **difficultés à s'engager dans leurs activités** de vie quotidienne. Les troubles cognitifs peuvent compliquer la réalisation des tâches à accomplir. Ces activités peuvent être d'ordre social, mais également relever du domaine professionnel, des loisirs ou encore de l'entretien personnel (Yilmaz et al., 2008 ; Chapleau, 2012, cité par Ercan Dogu et Orsel, 2022). De plus, ces personnes ont d'autres besoins tels que gérer leurs traitements et être assidues aux consultations médicales par exemple, auxquels il leur est parfois difficile de répondre (Katschnig, 2000). Par ailleurs, il a été relevé par plusieurs auteurs, la plupart ergothérapeutes, que beaucoup de personnes souffrant de schizophrénies passent une grande partie de leur temps à se reposer (Urlic et Lentin, 2010 ; Bejerholm et Eklund, 2004, cité par Ercan Dogu et Orsel, 2022 ; Dominguez et al., 2018). Cela peut être lié à la manifestation de symptômes négatifs notamment, ainsi qu'aux effets secondaires de leurs traitements (Dominguez et al., 2018). Toutefois, selon les ergothérapeutes Urlic et Lentin (2010), **nombre de personnes accordent du sens à des activités hautement valorisées par la société**, telles que le travail ou la parentalité. Performer dans un rôle valorisé et être reconnu en tant que membre de la société permet d'accroître leur estime d'elles-même (Hayes et al., 1996, cité par Park, 2021). Quelques personnes peuvent connaître un certain déséquilibre entre ce qu'elles aimeraient entreprendre et ce qu'elles font concrètement, alors que l'engagement dans des activités en accord avec nos valeurs et intérêts participe au maintien de l'autonomie et permet de renforcer notre sentiment d'identité (Hvalsoe et Josephsson, 2003, cité par Yilmaz et al., 2008).

L'engagement dans certaines activités et l'incarnation de rôles valorisés socialement représente une véritable opportunité pour ces personnes de s'inscrire dans la norme sociale et ainsi de diminuer leur isolement et renforcer leur accompagnement (Cognard et Wendland, 2015). La maternité, et les occupations

maternelles qui en découlent, en font partie. Cela leur permet de changer de statut, de celui de “malade psychiatrique” à celui de mère (Coen, 2008).

2. La maternité

2. 1. Définitions

2. 1. 1. Une notion juridique et un droit

La maternité est une notion relativement difficile à définir au niveau juridique actuellement. Dans le système juridique français, la maternité est non présomptive. Elle se différencie de la paternité notamment puisqu'elle ne peut être remise en cause du fait de l'accouchement. Est aussi prise en compte la volonté individuelle d'être mère. Ainsi, pour être mère en France, il faut remplir deux critères : **avoir accouché et vouloir être mère** (Neirinck, 2005). D'un point de vue juridique, la maternité débute donc au moment de l'accouchement. Pour la suite de ce projet de recherche nous ferons abstraction des évolutions des modalités de gestation, telles que la fécondation in vitro et la gestation pour autrui qui remettent cette définition en question (Rouvière, 2020). La révision de la loi de bioéthique concernant les procréations médicales assistées en France est relativement récente, puisqu'elle a été promulguée le 02 août 2021. La gestation pour autrui demeure toujours interdite à l'heure actuelle en France. Ne sera pas non plus pris en compte la maternité adoptive. Les enjeux inhérents à cette transition diffèrent grandement et l'adoption nécessite un agrément préalable afin de s'assurer des bonnes conditions d'accueil de l'enfant adopté. **Ainsi, j'entendrai en utilisant le terme “mère”, la femme ayant accouché de son enfant.**

Au-delà de toutes les approches et définitions possibles, la maternité est un droit. Elle apparaît notamment dans l'article 16 de la Déclaration universelle des droits de l'Homme, dans l'article 23 de la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées, et enfin dans l'article 12 de la Déclaration universelle des droits sexuels. Ainsi, elle est possible pour chaque femme.

2. 1. 2. L'acquisition d'un nouveau rôle social aux larges attendus

L'entrée dans la maternité représente **l'incarnation d'un nouveau rôle social** (Dominguez et al., 2018 ; Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009). De larges attendus et représentations y sont attribués, complexifiant ainsi la construction de ce rôle (Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009). De plus, ce dernier dépasse le devoir uniquement éducatif, mais englobe également de nombreuses autres responsabilités concernant l'entretien du foyer par exemple (Blöss, 2016 ; Dominguez et al., 2018 ; Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009). Ces responsabilités sont regroupées sous le terme "d'autorité parentale", et concernent aussi bien la mère que le père. Le gouvernement français y inclut les devoirs de protection, d'entretien, d'éducation et de gestion du patrimoine de l'enfant (République française, 2022).

L'accomplissement de ce rôle est très attendu socialement (Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009 ; Dominguez et al. 2018). Blöss (2016), sociologue, emploie même le terme de "**devoirs maternels**", accentuant ainsi le caractère prescrit de ces responsabilités. De plus, l'instinct maternel, idéologie née au cours du 18ème siècle, est encore très présente et répandue de nos jours (Blöss, 2016 ; Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009). Celle-ci peut être perçue de manière culpabilisante pour certaines femmes, puisqu'elle attribue une grande responsabilité à la mère (Badinter, 1985, cité par Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009) et peut être source de pression sociale, surtout pour les mères connaissant des difficultés (Blöss, 2016).

D'autre part, Farber (2000) nous indique que la vision du rôle maternel a évolué au cours de l'histoire. Il n'est aujourd'hui plus uniquement concerné par les activités domestiques et le soin apporté aux enfants, mais s'est élargi et inclut de nos jours la vie personnelle et professionnelle de ces mères. Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho (2009) soulignent que les femmes font souvent face à **des limitations dans l'équilibre de leurs diverses fonctions**. Blöss (2016), rapporte que l'idéologie de l'individualisme, assez présente dans notre société actuelle, aspire à un meilleur équilibre individuel, laissant davantage de place au développement et à l'épanouissement personnel de chacun au sein de la famille. Toutefois, il ajoute que les déterminations et attentes sociales l'emportent majoritairement sur les aspirations et désirs personnels (Blöss, 2016). De plus, selon lui, satisfaire celles-ci nécessite

certaines ressources, telles que matérielles et économiques, mais aussi socio-psychologiques et culturelles.

Ainsi, les femmes font l'objet de nombreux attendus sociaux : l'image de la femme parfaite, en tant que bonne mère et épouse, est largement répandue. **C'est un rôle très valorisé socialement**, mais également valorisant pour les femmes qui y performant (Dominguez et al., 2018).

2. 1. 3. La fonction maternelle

D.-W. Winnicott, pédopsychiatre et psychanalyste, est l'un des principaux théoriciens de la psychanalyse britannique et nombre de ses travaux traitent de la fonction maternelle. Selon lui, à la naissance, le nourrisson est un être totalement dépendant de son environnement, et particulièrement de sa mère (Winnicott, 1992). Il est affecté par tout événement, et ne fait alors pas encore la différence entre ce qui vient de lui et ce qui lui est extérieur. La mère, pour assurer le bon développement de son nourrisson, doit passer d'un "égoïsme primaire" ; dans lequel elle s'offre à des activités personnelles et professionnelles ; à un "égoïsme secondaire" afin d'atteindre un état particulier appelé "**la préoccupation maternelle primaire**"(Winnicott, 2006). Celui-ci ne dure que quelques semaines et se réfère notamment à la capacité de la mère à s'identifier à son bébé d'une manière spécifique (Winnicott, 2006). Elle doit alors être "dévouée à autre chose qu'à elle-même" (Winnicott, 2006, p.22), mettant sa libido extérieure de côté afin d'être centrée et repliée sur elle et son bébé.

Afin qu'il se développe dans les meilleures conditions possibles, Winnicott identifie trois grandes fonctions de l'environnement du bébé pour que celui-ci soit "facilitant" : le *holding* ; qui correspond à la manière dont la mère porte et prend soin de son bébé ; le *handling* ; qui renvoie à la façon dont la mère manipule son bébé et le berce ; et enfin l'*object presenting* ; c'est-à-dire la présentation du monde à son bébé, afin que son environnement prenne sens pour lui.

L'identification de la mère à son bébé est indispensable et permet de répondre aux besoins fondamentaux de l'enfant. Comme le souligne Winnicott (1992), ces besoins ne relèvent pas uniquement des soins corporels mais se réfèrent davantage au "*holding*", c'est-à-dire aux soins plus "subtils" (p. 120), tels qu'être en contact avec la respiration et les battements du cœur de la mère par exemple, permis par le fait que la mère prenne l'enfant dans ses bras, le change de côté etc.

L'enfant, qui ne distingue pas encore ce qui vient de lui ou non, a l'impression d'être fusionné avec sa mère. C'est en s'identifiant à sa mère en retour que le bébé peut se développer et "faire l'expérience de soi" (Winnicott, 1992, p.24). Puis, l'environnement va progressivement devenir défaillant. Selon Winnicott (2006), la mère doit être "**suffisamment bonne**", et non parfaite. Les frustrations rencontrées vont permettre à l'enfant de sortir de ce sentiment d'omnipotence, de prendre conscience peu à peu de l'existence de son environnement et ainsi de s'en sentir différencié (Winnicott, 1992, 1995). C'est alors le début de l'acquisition de l'autonomie pour l'enfant.

D'autre part, Winnicott évoque la relation entre une mère et son nourrisson, dont les liens sont très particuliers. Il utilise l'expression "**intercommunication silencieuse**" (1992, p.139), qui dépasse le verbal. Cela se passe dans la respiration, les battements du cœur, le mouvement du berceau, puis par le jeu et l'interaction ludique. Le visage de la mère est également extrêmement important dans la relation avec son bébé. Il doit être expressif et porteur de sens pour l'enfant puisqu'il est son premier miroir (Winnicott, 1992, 1995). Selon Winnicott, tout cela est permis par l'instinct maternel et ne "s'apprend pas dans les livres" (2006, p.23).

2. 2. Les enjeux de la maternité

2. 2. 1. Une période de transition

La maternité est **une période de transition** et de changement impactant différents domaines de la vie quotidienne. Certains auteurs, tels que Lawler et al. (2015), professeures sages-femmes et infirmières, utilisent le terme de « crise » du développement humain. Cet important changement est observé à différents niveaux. De nombreux auteurs ayant une approche psychanalytique tels que Freud, Racamier, Bydlowski et autres ont écrit à ce sujet et s'intéressent aux transformations et remaniements psychiques. Le psychiatre et psychanalyste français, Paul-Claude Racamier, (1978, cité par Mathon-Tourné, 2013) définit la maternité comme étant une étape du développement psychoaffectif humain. Il évoque également une étape de "crise" ; concept repris d'Erik H.Erikson, qui l'associe quant à lui à l'adolescence ; au cours de laquelle la mère serait confrontée

à des transformations profondes, liées à la reviviscence d'anciens conflits psychiques.

Nous nous intéressons plus particulièrement à cette transition selon une **perspective occupationnelle**, puisqu'en lien direct avec l'ergothérapie. De ce point de vue, la maternité est également une période de transition. Ce changement occupationnel est bien sûr mis au premier plan dans les articles ergothérapeutiques, mais il est également abordé dans d'autres écrits dont les auteurs ne sont pas ergothérapeutes. Cela me semble être un point important. Selon Lawler et al. (2015), **la maternité est une phase de révision des priorités et des objectifs personnels**. L'acquisition d'un nouveau rôle social impacte directement la notion d'identité occupationnelle (Kielhofner, 2008), induisant une nécessité de reconstruction, puisque de nouvelles occupations y sont liées. D'autre part, Winnicott (2006), en décrivant la période de "préoccupation maternelle primaire", évoque le fait qu'elle doit être "dévouée à autre chose qu'à elle-même" (p.22). Il précise qu'elle peut continuer d'autres activités extérieures, mais sera bien moins disponible pour s'investir dans de nouvelles. Ainsi, cela peut créer un certain **déséquilibre** pour ces nouvelles mères. Ce déséquilibre est mis en évidence par Horne et al. (2015), trois ergothérapeutes britanniques, ayant mené une enquête qualitative auprès de six femmes mères pour la première fois. Même si l'échantillon est relativement restreint, les résultats mettent en évidence les difficultés liées au changement occupationnel de ces femmes. En effet, toutes expriment le fait que la majorité de leur temps est désormais consacré aux **occupations maternelles**. Elles ont beaucoup moins de temps pour réaliser leurs soins personnels, tels que prendre une douche ou un bain relaxant, se maquiller, ainsi que pour s'engager dans leurs loisirs ou encore se reposer. Du fait de leur nouveau rôle de mère, elles ont même dû arrêter certaines de leurs occupations telles que faire la fête ou se rendre à des concerts (Horne et al., 2015).

D'autre part, Cusinato (1994) et L'Albate (1994) (cité par Farber, 2000, p.261) soulignent le caractère évolutif de la maternité. En considérant la famille comme étant un système ouvert et grandissant, la relation entre une mère et son enfant est donc amenée à évoluer avec le temps. Ainsi, la maternité peut aussi être perçue comme un processus d'adaptation constant, nécessitant ainsi diverses transitions.

2. 2. 2. Les occupations maternelles

Plusieurs auteurs décrivent la maternité, et plus généralement la parentalité, comme étant une occupation en soi. L'*American Occupational Therapy Association* (2014) notamment, considère le soin parental comme étant une activité instrumentale de la vie quotidienne relative aux besoins de soin et développement de l'enfant (cité par Lim et al., 2021). Farber (2000, p.260), ergothérapeute et docteure en psychologie, le décrit comme étant "une occupation humaine centrale, ayant une signification personnelle profonde et nécessitant l'orchestration de nombreux éléments" et Venkataraman et Ackerson (2008, p.390), docteurs et assistants professeurs dans le domaine du travail social, le décrivent comme étant une "activité de vie quotidienne complexe qui requiert des compétences dans de nombreux domaines tels que l'attention et le soin à l'enfant, l'éducation et la guidance". **Ainsi, la maternité se réfère également à une occupation humaine, signifiante et significative, considérée comme une activité instrumentale de la vie quotidienne.**

Par ailleurs, **la maternité englobe de nombreuses occupations.** Sara Ruddick, philosophe féministe du XXème siècle, considère trois activités principales : donner de l'amour à l'enfant, protéger et préserver sa vie ; favoriser sa croissance en nourrissant son esprit ; et enfin lui permettre d'être adapté en société (Bailey, 2008). Suite à une revue de littérature, Lim et al. (2021), ergothérapeutes australiennes, ont créé un cadre conceptuel quant aux occupations parentales. Elles ont identifié dix catégories dont le fait de répondre aux besoins primaires de l'enfant, tels que le laver, l'habiller, le nourrir, assurer son hygiène etc. ; bouger l'enfant, ce qui se rapporte au *handling* de Winnicott ; lui procurer des biens matériels, à savoir de la nourriture, des vêtements, le matériel scolaire ; assurer la bonne santé de l'enfant ; communiquer avec lui ; jouer avec lui ; le soutenir émotionnellement et lui assurer une certaine stabilité, en lui montrant de l'amour, en lui donnant de l'affection, en répondant à ses intérêts ; faciliter ses apprentissages ; créer un environnement soutenant pour son développement et enfin lui permettre de répondre à ses besoins sociaux.

2. 2. 3. Le développement de l'enfant

L'un des enjeux principaux de la maternité concerne le développement de l'enfant. Selon Dolto (1994), **l'éducation vise l'autonomie de l'enfant**. Elle structure la personnalité de l'enfant et l'accompagne dans sa construction à travers diverses épreuves (Dolto, 1994). C'est une question de sécurité ou d'insécurité. La première éducation est essentielle et se réfère au sentiment de respect et de reconnaissance en tant qu'être humain de "plein droit" (p.48) de l'enfant. Cela lui permet d'acquérir une confiance en lui et en son environnement, lui assurant d'être toujours aimé. Cela passe principalement par les actes et l'attitude des parents et non par leur discours, même s'il est très important de parler à l'enfant dès sa naissance et de lui expliciter ce que l'on fait et ce qui se passe. Cette attitude correspond notamment à **la reconnaissance et la réponse à ses besoins**. Dolto évoque une "nourriture matérielle" et une "nourriture affective et sensorielle" (p.76). Celle-ci se réfère par exemple aux besoins d'échanges verbaux, de jeux, de caresses, de sourires. Il est important qu'ils respectent les étapes du développement de leur enfant.

Dolto (1994) identifie deux périodes principales : le sevrage et le "touche à tout". Lorsqu'il naît, l'enfant a besoin d'une présence et d'une attention majeures de sa mère, qui ne doivent pas lui être retirées au début. Nous pouvons faire le lien avec ce que Winnicott (2006) appelle "la préoccupation maternelle primaire".

Puis, vient la période du "touche à tout", au cours de laquelle l'enfant fait de nombreuses expériences, accompagnées d'une verbalisation de la mère, lui permettant de donner du sens à son environnement. Il est essentiel que la mère reconnaisse le besoin de liberté de son enfant et lui laisse la possibilité de s'exprimer et d'expérimenter au cours de cette période. Toutefois, ce dernier doit aussi être confronté à des règles qui limitent la réponse à tous ses désirs. Cela participe à son sentiment de sécurité.

3. L'expérience de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie

3. 1. Un défi pour certaines femmes : les difficultés rencontrées

Plusieurs études qualitatives mettent en lumière l'expérience subjective de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie. Les problématiques relevées

varient en fonction du stade de développement de l'enfant. De nombreuses semblent être communes à la majorité des mères. La principale correspond **aux difficultés d'accordage** (Cognard et Wendland, 2019 ; Coen, 2008). Ce terme, utilisé dans plusieurs articles, renvoie à la corrélation des besoins de la mère et de l'enfant. L'ensemble des auteures souligne la complexité de repérer les besoins de l'enfant puis d'y répondre de manière adaptée (Cognard et Wendland, 2015 ; Coen, 2008 ; Cazas, 2008). Ceux de la mère sont souvent confondus avec ceux de l'enfant (Cazas, 2008 ; Vacheron et al., 2015 ; Cognard et Wendland, 2019). Quelques femmes connaissent parfois un sentiment de fusion intense avec ce dernier (Cognard et Wendland, 2015 ; Cazas, 2008). Cela est notamment lié à la perte de limite entre ce qui provient de soi ou de l'extérieur (Franck, 2013). Dans certains cas, l'enfant imaginaire est prééminent (Cognard et Wendland, 2015). Les besoins réels peuvent alors être mal identifiés. Ainsi, il leur est difficile de permettre à leur enfant de s'autonomiser, tant au niveau psychique que dans les activités (Coen, 2008 ; Cazas, 2008 ; Cognard et Wendland, 2019). De plus, à mesure que l'enfant grandit, ses besoins changent. Même si la mère avait appris à y répondre à un moment particulier, elle doit continuellement réitérer son apprentissage et s'adapter afin de les satisfaire en fonction de l'évolution de l'enfant (Dominguez et al., 2018 ; Cazas, 2007).

Selon la symptomatologie, notamment si des troubles de la cognition sociale sont associés, certaines femmes connaissent également des écueils quant à la **reconnaissance des émotions de l'enfant** et ne savent pas toujours comment réagir (Coen, 2008). Peut être exprimée l'impression que **leurs propres besoins**, de traitement notamment, **sont incompatibles avec ceux de l'enfant**. Les effets secondaires des traitements médicamenteux et les besoins d'hospitalisation représentent de véritables obstacles à leurs yeux (Coen, 2008). D'autres femmes n'investissent pas du tout l'enfant psychiquement et ne sont pas en capacité de s'identifier à ce dernier (Cazas, 2008). Cela peut mener à une certaine négligence de l'enfant (Cazas, 2008 ; Cognard et Wendland, 2019).

Les autres problématiques évoquées renvoient à la gestion du quotidien en tant que mère. En effet, **le changement d'occupations provoque un certain déséquilibre**, auquel elles doivent s'adapter (Dominguez et al., 2018). Ces nouvelles mères doivent réorganiser leurs journées et dédier la majorité de leur temps à leur enfant. Le repos étant une occupation essentielle pour un grand nombre d'individus

souffrant de schizophrénie, elles ne peuvent y consacrer autant de temps que nécessaire (Dominguez et al., 2018). De plus, l'engagement dans les occupations maternelles semble quelquefois compliqué, particulièrement si elles présentent l'expression d'une symptomatologie négative. Dans les trois premières années de vie, le petit enfant est totalement dépendant et nécessite des soins réguliers et prévisibles (Cognard et Wendland, 2015), auxquels il ne leur est pas toujours aisé de répondre. D'autre part, certaines femmes rapportent avoir eu des comportements imprévisibles tels que des fugues en laissant des enfants en bas âge seuls, lors de situations inhabituelles, nécessitant des soins médicaux par exemple (Cognard et Wendland, 2015). **Les interactions et la communication semblent également représenter un obstacle.** Pour certaines femmes, **jouer avec leurs enfants, exercer leur autorité, se faire respecter et réussir à poser des limites s'avèrent complexes** (Coen, 2008).

3. 2. Des enjeux majeurs

3. 2. 1. Les risques de décompensation de la mère

La maternité est une situation à risque pour le développement de l'enfant, mais également pour la mère (Coen, 2008). Les enjeux inhérents à la maternité sont majeurs concernant la santé mentale de cette dernière. La grossesse est une période à risque. Selon Cazas (2008), les vécus diffèrent selon le niveau de l'expression de la maladie. Certaines femmes connaissent un sentiment de bien-être et de complétude et ont donc tendance à l'automédication (Grangé et Boileau, 2015). D'autres peuvent avoir l'impression d'une masse intrusive, comme d'un nouvel organe ou encore une maladie s'apparentant à un cancer (Cazas, 2008). L'accouchement quant à lui, est un facteur de décompensation (Cazas, 2008). Il peut être très mal vécu, comme une impression d'amputation d'une partie d'elles. Cet événement peut aussi faire émerger des angoisses liées à la rupture de l'état de fusion avec l'enfant (Cazas, 2008 ; Coen, 2008).

La période périnatale est **une période de vulnérabilité psychique** (Coen, 2008), et peut être l'occasion d'une majoration des symptômes et de décompensation psychiatrique (Grangé et Boileau, 2015). Cela peut être lié à la surcharge mentale et émotionnelle entraînée par l'acquisition d'un nouveau rôle

social et de nouvelles responsabilités (Falkov, 1998, cité par Hackett et Cook, 2016) et occupations, **bouleversant ainsi leur équilibre** (Dominguez et al., 2018). Les difficultés à créer du lien avec l'enfant (Cazas, 2008), ainsi que celles liées à l'environnement précaire dans lequel évolue ces femmes, complexifient également cette période (Vacheron et al., 2015).

Toutefois, lorsqu'elle est bien vécue, la maternité peut également apporter de **la stabilité quant à l'expression de la maladie** (Coen, 2008). Lorsque ces femmes se sentent actrices dans leur maternité, cette expérience peut s'avérer positive sur leur santé mentale puisque participe à leur *empowerment* (Cognard et Wendland, 2019).

3. 2. 2. Les risques liés au développement de l'enfant

Selon Winnicott (1992), la mère, pour construire les bases de la santé psychique du bébé, doit avant tout être elle-même en bonne santé psychique. C'est l'une des raisons pour lesquelles la maternité des femmes souffrant de schizophrénie soulève des questionnements et inquiète certains professionnels de santé (Cazas, 2008 ; Coen, 2008). Même si cette dernière s'identifie de manière "particulièrement sophistiquée à son bébé" (2006, p.29), elle doit être capable de maintenir son identité propre. Cela n'est pas possible pour toutes les femmes, notamment pour celles pour qui les différenciations de "soi" et "non-soi" restent quelquefois fragiles. D'autre part, la mère étant le premier miroir de l'enfant, il est essentiel qu'elle soit expressive et en bonne santé. Si elle est préoccupée par autre chose que son enfant, ce dernier ne peut pas s'y reconnaître (Winnicott, 2006).

Odile Cazas (2008), docteure française en psychiatrie dont plusieurs écrits portent sur la parentalité dans la psychose, identifie trois risques principaux pour les enfants. Le premier concerne **le développement d'une maladie mentale**. En effet, les enfants de mères qui souffrent de psychose quelle qu'elle soit sont considérés comme étant à "haut risque" par l'Organisation Mondiale de la Santé (Cazas, 2007). Cazas nous informe que le risque de développer une schizophrénie dans une population générale est de 1%. Il est de 10% pour les personnes apparentées de premier degré, 3% si apparentées de second degré et de 30 à 50% lorsque les deux parents souffrent de schizophrénie (Cazas, 2008). Le second risque renvoie au **développement général de l'enfant**. L'enfant a besoin d'être stimulé. Si la mère

présente une symptomatologie négative, il est probable qu'elle ne puisse pas lui offrir les soins dont il a besoin et le stimuler suffisamment (Hackett et Cook, 2016). Enfin, le dernier risque correspond **aux souffrances liées à la vie avec une mère souffrant d'une maladie psychiatrique**. Selon Cazas (2008), l'enfant vit alors dans "l'incertitude, la peur, l'incohérence et la violence" (p.61). Etant donné des possibles difficultés relationnelles des parents avec le monde extérieur, l'enfant peut alors connaître **un certain isolement et une marginalisation** (Anthony, 1980 ; Ferenczi, 1932 ; cités par Cazas, 2008). De plus, il peut souffrir des séparations et ruptures répétées avec sa mère, que ce soit au niveau psychique ; liées aux fluctuations des états mentaux de la mère ; ou physique, causées par les hospitalisations et placements (Coen, 2008). L'enfant peut aussi être impliqué dans le délire de la mère, ce qui affecte sa capacité de penser et de raisonner (Righetti-Veltema, 1986 ; Enriquez, 1986 ; Ferenczi, 1932 ; cités par Cazas, 2008).

3. 3. Les facteurs pronostiques

3. 3. 1. Les facteurs favorables

Certains facteurs facilitent l'expérience de la maternité, tant pour la femme que pour l'enfant. L'ensemble des auteures mettent en évidence **la place essentielle de l'environnement social** de ces nouvelles mères (Cazas, 2008 ; Coen, 2008 ; Vacheron et al., 2015). En effet, selon Djaoui (2015), l'environnement social est indissociable de la notion de rôle social. Il influence grandement la définition ou la redéfinition des tâches et responsabilités qui y sont associées et également la place de chacun dans un groupe (Djaoui, 2015). Ainsi, le rôle du conjoint et des grands-parents est primordial pour le développement de l'enfant (Cognard et Wendland, 2019). Dolto (1994) insiste largement sur l'importance de la présence des deux parents, formant une relation triangulaire, pour que l'enfant se développe au mieux. Dans le cas où le père est absent, il est important qu'il existe psychiquement et que la mère ait quelque chose d'autre qu'elle désire et qui lui apporte du plaisir tel qu'une activité, des loisirs (Dolto, 1994). S'il ne grandit qu'en relation duelle avec sa mère, il risque de se créer une relation miroir et une dépendance trop importante. Marie-Noëlle Vacheron (2015), psychiatre française, indique qu'un environnement familial et amical soutenant est un facteur pronostique favorable. L'étayage familial

permet notamment aux mères de passer le relais, de bénéficier d'une aide lorsque les situations sont trop difficiles à gérer pour elles (Coen, 2008 ; Dominguez et al., 2018).

D'autres facteurs ont été identifiés comme favorisant l'expérience de la maternité des femmes souffrant de schizophrénie. Vacheron (2015) met notamment en évidence **une bonne connaissance de la maladie et suffisamment d'insight**. Cela favorise l'adhésion aux traitements et permet à ces femmes de solliciter de l'aide en cas de besoin (Vacheron, 2015).

3. 3. 2. Les obstacles

Tandis que certains facteurs facilitent l'expérience de la maternité des femmes souffrant de schizophrénie, d'autres y font obstacle. L'environnement de certaines femmes peut en représenter un. Nombreuses connaissent une **précarité sociale, un isolement social et affectif, ainsi que des relations familiales difficiles** (Vacheron, 2015). Leur vie affective peut être instable, parfois marquée par la violence (Coen, 2008). De manière générale, il est récurrent que le conjoint de femmes souffrant de maladie psychiatrique soit peu présent, voire absent (Vacheron et al., 2015). Selon Vacheron et al. (2015), 20 à 30% des femmes atteintes d'une maladie psychiatrique en France, vivent avec un partenaire, indépendamment du fait qu'elles soient mères ou non. Elle précise que la prévalence des troubles mentaux du conjoint est comprise entre 2 et 4%. Ainsi, la création d'une relation duelle et fusionnelle entre la mère et son bébé est fréquente (Vacheron et al., 2015). L'absence du conjoint, dans le cas d'hospitalisation par exemple, peut être très mal vécue par la mère et entraîner une décompensation psychiatrique de cette dernière (Coen, 2008). Vacheron (2015), identifie d'autres facteurs de risques tels que la **non programmation de la grossesse, le recours à des toxiques, des relations négatives stressantes ainsi que des évènements de vie récents**. De plus, il est fréquemment observé un recours à **l'automédication** ou à **l'arrêt des traitements** au cours de la période périnatale, pouvant favoriser le risque de décompensation (Cazas, 2008 ; Cognard et Wendland, 2015).

Enfin, l'expérience subjective de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie rapportée dans divers articles met en évidence le **manque de soutien ressenti** et la **désapprobation des équipes soignantes** (Cognard et Wendland,

2015 ; Vacheron, 2015). Nombre de ces femmes ont l'impression de devoir prouver leurs compétences, ce qui leur ajoute un stress supplémentaire (Coen, 2008). Elles expriment également être inquiètes quant aux possibilités de placement de leur enfant dans le cas contraire (Coen, 2008). Cela les limite donc dans la demande d'aide et la collaboration avec les professionnels de santé, ainsi que dans leurs besoins d'informations, qui semblent cependant essentiels à leur accompagnement.

D'autre part, Jouet (2016) nous informe que les personnes bénéficiant d'un suivi dans le domaine de la santé mentale de manière générale souffrent du phénomène de "*dés-empowerment*". Cela impacte grandement la confiance en soi et les projets d'avenir des individus concernés. Ainsi, à l'échelle institutionnelle, il est important que les usagers soient informés par les professionnels, communiquent et collaborent avec eux, afin de leur permettre de prendre des décisions éclairées. Il est important que les équipes de soin soutiennent les personnes dans leur projet, afin de favoriser leur *empowerment* (Jouet, 2016).

3. 4. L'accompagnement vers la maternité : le parcours de soin

L'accompagnement de la parentalité en psychiatrie a pour objectif **d'accueillir le nouveau-né dans un environnement physique et psychique, aussi sain que possible** (Vacheron, 2015). Selon Vacheron (2015), cet accompagnement est relativement complexe, en partie lié à la précarité sociale et l'isolement affectif connus par certaines femmes. Ainsi, il est nécessaire d'établir un réel partenariat avec les futures mères et de les soutenir dans l'exercice de leur rôle maternel.

Les futures mères ne sont pas toujours connues des équipes soignantes (Vacheron, 2015). La consultation préconceptionnelle est souvent omise (Grangé et Boileau, 2015). En effet, la grossesse n'est quelquefois pas planifiée (Vilas Boas Soares et Pimenta Carvalho, 2009 ; Cazas, 2007), et d'autre part, de nombreuses femmes n'osent pas exprimer leur désir de grossesse par crainte de la désapprobation des équipes soignantes (Vacheron, 2015). Selon Vacheron (2015), il est toutefois important d'identifier les facteurs de risque, tels que la malnutrition maternelle, les addictions existantes, les potentielles automédications ainsi que le manque d'assiduité du suivi, dès le début de la grossesse. De plus, Grangé et Boileau (2015) nous informent que le traitement doit être révisé au plus tôt.

Lorsque les femmes sont connues des équipes, le suivi se réalise en ambulatoire dans un Centre Médico-Psychologique (CMP) et les consultations psychiatriques sont rapprochées (Vacheron et al., 2015). Il est essentiel de préparer les conditions d'accueil physique tant psychique du nouveau-né (Vacheron et al., 2015). L'entourage social et familial, lorsqu'il est présent, doit être intégré autant que possible. Il est important selon Vacheron et al. (2015), d'identifier des personnes ressources avant l'accouchement.

Vacheron (2015) indique que la grossesse se déroule dans certains cas, sans complication, et que le risque de décompensation est majoré à la naissance plutôt qu'au moment de la grossesse. Toutefois, une hospitalisation psychiatrique peut s'avérer nécessaire à tout moment de la période périnatale. Celle-ci peut survenir à la demande de la future mère, sur préconisation de l'équipe soignante ou bien sous contrainte. Selon Vacheron (2015), elles peuvent être orientées par le CMP dans lequel elles sont suivies, par leur médecin généraliste, la protection maternelle-infantile (PMI), les maternités, les services sociaux ou encore par un membre de leur entourage. Généralement, les lieux d'hospitalisation entretiennent des partenariats avec les services de maternité, les unités mère-bébé (UMB), les services de PMI et de pédopsychiatrie (Vacheron, 2015). Selon Dugnat (2013), ces partenariats interinstitutionnels ne sont toutefois que rarement conventionnés et formalisés.

À l'accouchement, les équipes de la maternité doivent observer et être vigilantes à l'établissement de la relation entre la nouvelle mère et le nouveau-né. En cas de nécessité d'hospitalisation de la mère, Vacheron et al. (2015) rapportent qu'il est important d'organiser les soins de manière à perpétuer au maximum la relation triangulaire entre les parents et leur enfant, par l'organisation de visites médiatisées notamment lorsque cela est possible. Parfois, une demande d'ordonnance de placement provisoire est nécessaire, en particulier lorsque la mère est isolée (Grangé et Boileau, 2015 ; Vacheron et al., 2015). Selon Elbaz-Cuoq (2008), cette séparation permet de protéger la mère et son bébé, et leur offre la possibilité de se rencontrer dans de bonnes conditions. D'après Grangé et Boileau (2015), il est souvent souhaitable et envisagé, que les nouvelles mères et leur enfant intègrent une UMB par la suite. Les UMB sont davantage centrées sur la construction et la qualité de la relation mère-enfant, et accueillent des femmes présentant un trouble psychiatrique chronique anténatal, ainsi que des femmes développant une

pathologie puerpérale aiguë à la naissance. Toutefois, selon Ricciardi (2015) ces unités sont assez rares. En France, leur développement est relativement récent puisque a débuté dans les années 1980. On compte actuellement vingt UMB à temps plein, ainsi que vingt-sept en hospitalisation de jour, en France métropolitaine. Toutes sont recensées sur le site internet de La Société Marcé Francophone, l'association francophone pour la promotion de la santé mentale et de la psychiatrie périnatale. Afin de me renseigner sur la composition des équipes pluriprofessionnelles, j'ai contacté les UMB par mail. J'ai alors constaté que celles-ci comprennent principalement des médecins psychiatres et pédopsychiatres, des sages-femmes, des gynécologues obstétriciens, des infirmières, des puéricultrices, des auxiliaires de puériculture, des psychologues, des psychomotriciennes, des assistants sociaux, des éducatrices spécialisées et de jeunes enfants. Aucun ergothérapeute ne fait intégralement partie de l'équipe de l'une de ces unités existantes en France, excepté dans l'une des structures.

Lors du retour à domicile, le suivi ambulatoire peut se poursuivre à temps partiel en UMB ou encore dans un CMP. Les auteurs insistent sur l'importance de la mise en place d'un réseau étayant nécessitant la collaboration de plusieurs acteurs tels que le psychiatre référent de la mère, l'assistante sociale, les psychologues et les services de PMI et de pédopsychiatrie (Vacheron et al., 2015 ; Grangé et Boileau, 2015). Selon Vacheron et al. (2015), des visites à domicile régulières sont assurées par les infirmières, le psychiatre référent ainsi que par les puéricultrices des services de PMI. L'objectif étant d'évaluer l'état clinique de la femme, les comportements du bébé, l'environnement dans lequel ils évoluent et de mesurer les aides potentielles à mettre en place (Vacheron et al., 2015). Dans le cas où des difficultés sont relevées, l'intervention d'un technicien de l'intervention sociale et familiale (TISF) peut être proposée. Vacheron et al. (2015) indiquent qu'il est parfois nécessaire d'envisager le placement de l'enfant, au sein de la famille ou extra-familial, malgré l'étayage mis en place, tout en essayant de maintenir le lien avec sa mère lorsque cela est possible. Selon Elbaz-Cuoq (2008), cette décision est difficile, tant pour les professionnels que pour les familles. Cette situation peut être mal vécue par la mère qui peut ressentir de la colère, mais peut aussi la soulager. Toutefois, cela doit être préparé en amont, et facilité par l'établissement d'une relation thérapeutique de confiance.

4. L'ergothérapeute : un professionnel de l'occupation

4. 1. Généralités sur l'ergothérapie

4. 1. 1. Définition

L'ergothérapie est une profession de santé. La définition proposée par la *World Federation of Occupational Therapists* (WFOT) précise que celle-ci est centrée sur le patient et **promeut la santé et le bien-être des individus à travers l'occupation humaine** (WFOT, 2012). Les ergothérapeutes fondent leur pratique sur l'idée que l'être humain est un être occupationnel, mais également sur le lien entre l'activité humaine ; aussi appelée occupation selon la terminologie internationale désignant l'ergothérapie ; et la santé. Il intervient tant dans le but de prévenir les activités délétères pour la santé que pour permettre l'accès et la participation des personnes dans les occupations qu'ils souhaitent ou doivent réaliser (ANFE). D'autre part, il s'assure de la réalisation de ces occupations de manière autonome, indépendante et sécurisée (ANFE). L'ergothérapeute s'adresse à quiconque rencontre des limitations dans la réalisation de ses occupations ainsi que dans sa relation à soi-même ou au monde, impactant ainsi sa participation sociale (ANFE, 2021). Selon l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE), l'ergothérapeute est un acteur essentiel dans le processus d'intégration sociale des personnes.

4. 1. 2. Les concepts fondateurs de notre pratique : lien entre l'humain, l'occupation et son environnement

Le **concept d'occupation est au cœur de la profession**. Celui-ci a été défini par l'European Network of Occupational Therapy in Higher Education (ENOTHE) comme étant "un groupe d'activités, culturellement dénommé, qui a une valeur personnelle et socio-culturelle et qui est le support de la participation à la société." (Meyer, 2013, p.16). Les ergothérapeutes, dans leur pratique, ont une vision holistique de la personne. Selon Morel-Bracq et al. (2008), nous nous intéressons spécifiquement aux rapports "Homme-activité-environnement" (p.110). Les modèles conceptuels élaborés par des ergothérapeutes, tel que le Modèle de l'Occupation

Humaine (MOH) sur lequel nous nous appuyerons pour la suite de ce projet de recherche, considèrent le système humain comme étant ouvert, comportant différentes composantes en interdépendances de l'environnement dans lequel il évolue.

Ainsi, **l'ergothérapeute est considéré comme étant le "spécialiste" de l'occupation** (Meyer, 2018). Notre pratique est soutenue par la science de l'occupation. Celle-ci spécifie et légitimise notre profession en définissant par exemple certains concepts relatifs à l'étude de l'Homme en tant qu'être occupationnel.

4. 2. La science de l'occupation

4. 2. 1. Définition

La science de l'occupation, fondée à la fin des années 1980 aux Etats-Unis, est une discipline scientifique qui explore l'occupation humaine, en lien avec la santé, la qualité de vie et le bien-être (Molineux et Whiteford, 2011; Pierce, 2016; Molineux, 2010; cités par Meyer, 2018).

La création de cette nouvelle discipline avait pour objectif de générer de la connaissance sur l'occupation humaine et de la faire évoluer, afin de soutenir la pratique de l'ergothérapie (Larivière, 2014 ; Yerxa et al., 1990 ; cités par Meyer, 2018) en apportant une vision scientifique (Larivière, 2014, cité par Meyer, 2018) et en renforçant "les ancrages théoriques et conceptuels" (Meyer, 2018, p. 18). Cette **perspective occupationnelle** permet de comprendre et d'aborder les maladies chroniques ou handicap sous un nouvel angle (Yerxa et al., 1990, 1993, cité par Meyer, 2018). Ces nouvelles connaissances permettent de **spécifier, différencier et légitimer** la pratique de l'ergothérapie (Meyer, 2018). Toutefois, elle reste relativement effacée de la pratique des ergothérapeutes en Europe francophone, où le terme d' "occupation" est encore peu utilisé. Selon Meyer (2018) c'est pourtant ce concept qui permet de nous démarquer et de spécifier notre pratique.

4. 2. 2. L'Homme, un être occupationnel

Les ergothérapeutes supposent que les **humains sont des êtres occupationnels**, et ce dès la naissance. Selon Polatajko et al. (2007), l'humain a besoin de s'engager dans des occupations (cité par Urlic et Lentin, 2010). Kielhofner (2008) indique que "les humains sont dotés d'un besoin d'agir" (p.27). Wilcock (2007) ajoute que la réponse à ce besoin participe et assure un bien-être physique, mental et social (cité par Urlic et Lentin, 2010).

Selon Townsend et Polatajko (2013), ergothérapeutes canadiennes, tous les humains possèdent un "répertoire occupationnel", qui leur est spécifique. Celui-ci résulte de nos habiletés, talents, préférences et opportunités rencontrées, mais est également influencé par l'ensemble des dimensions ; culturelle, physique, sociale et institutionnelle ; de l'environnement. Selon Davis et Polatajko (2010) le développement occupationnel peut être défini comme étant "**un processus systématique de changements dans les comportements occupationnels** au fil du temps, résultant de l'interaction de la personne avec l'environnement et les possibilités occupationnelles aux plans de l'occupation, de l'individu et de l'espèce." (cité par Townsend et Polatajko, 2013, p. 66). Notre répertoire occupationnel est alors modifié au fil du temps (Townsend et Polatajko, 2013). Dans le MOH, Kielhofner (2008) conceptualise notre développement selon un système de hétéarchie, c'est-à-dire dans lequel l'ensemble des éléments compris interagissent les uns avec les autres d'une manière égale. Il définit différentes composantes du système telles que la **volition** ; correspondant aux valeurs, intérêts et causalité personnelle ; l'**habitation** ; qui renvoie aux habitudes et rôles internalisés réalisés dans un environnement familier ; **la capacité de performance** ; se référant aux composantes objectives et à l'expérience subjective du corps ; et l'**environnement** dans lequel nous évoluons (Kielhofner, 2008). Ce dernier occupe une place centrale. Les éléments de ce système dynamique n'interagissent pas toujours de manière synergique, pouvant ainsi entraîner **certain déséquilibres** et une nouvelle organisation.

Selon Kielhofner (2008), c'est à l'âge adulte que les humains expérimentent le plus de changements. L'entrée dans la vie professionnelle ou bien par l'engagement dans d'autres activités de productivité marquent le début de cette période, souvent perçue comme stable et de plus grande maturité. Toutefois, elle renferme en réalité

de nombreux changements, guidés par les différentes valeurs, buts et objectifs de chacun aussi appelés **transitions occupationnelles** (Kielhofner, 2008). Celles-ci surviennent selon lui principalement lorsque les personnes incarnent de nouveaux rôles, **dont l'expérience de la parentalité**, changent d'environnement, de style de vie ou encore réorganisent leur vie suite à un événement majeur.

4. 2. 3. Les transitions occupationnelles

Selon Townsend et Polatajko (2013), les transitions occupationnelles peuvent être définies comme étant "le moment au cours duquel se produit un déplacement d'une occupation spécifique ou d'un groupe d'occupations, vers une occupation ou un groupe d'occupations autres" (p.68) et font partie du processus de développement humain. Elles sont observables à différentes échelles : individuelle, familiale ou encore sociétale. Je ne m'intéresserai ici qu'aux transitions occupationnelles individuelles, que Townsend et Polatajko décrivent en trois sous catégories : micro, méso et macro. La perspective micro correspond au moment où une occupation est remplacée par une autre du même contexte. Celle méso désigne le changement d'occupation à un niveau plus large, puisque dans deux contextes distincts. Enfin, la perspective macro se réfère aux transitions vécues au cours de la vie, telles que l'entrée dans le monde professionnel, le mariage, la retraite (Jonsson, 2009, cité par Townsend et Polatajko, 2013, p.68). Les auteures nous informent que les moments auxquels se produisent ces transitions occupationnelles évoluent de manière simultanée avec la société puisque sont influencées par le contexte socioculturel dans lequel nous évoluons. **Ces transitions occupationnelles, notamment celles correspondant au niveau macro, peuvent bouleverser l'équilibre occupationnel de l'individu.**

4. 2. 4. L'équilibre occupationnel

Selon Larivière (2019), l'équilibre occupationnel est un concept fondamental en ergothérapie, au cœur du fondement de notre pratique. Afin d'unifier et de clarifier ce concept clé, Wagman et al. (2012) proposent de l'analyser et de trouver un consensus. Ainsi, elles définissent l'équilibre occupationnel comme étant **le fait d'avoir le sentiment, selon son expérience individuelle et subjective, d'avoir les**

justes quantités et variations d'occupations dans son profil occupationnel. En résultent trois perspectives possibles. La première en lien avec les différents domaines d'occupations incluant tous types d'occupations, à savoir dans le domaine de la productivité/ professionnel, des soins personnels, de jeu/ loisirs, de repos et de sommeil. La seconde se base sur les caractéristiques des occupations, c'est-à-dire intellectuelles, physiques ou encore de repos. Enfin, la dernière se réfère au temps consacré à chaque occupation. Cela n'étant pas la recherche d'une égalité entre chaque occupation, mais plutôt de passer plus ou moins de temps sur les diverses occupations selon nos envies et besoins.

L'ensemble des auteures évoquent **le lien avec la santé**. Wagman et al. (2012) nous indiquent que l'équilibre occupationnel peut contribuer à un sentiment de satisfaction, de bien-être et participe ainsi au maintien de la santé des individus. Il peut toutefois être mis au défi. La conciliation des différents rôles sociaux engendre quelquefois "des conflits, interférences ou empiètements" entre les occupations (Negrini et Perron, 2014, cités par Larivière, 2019, p.104). Est notamment cité le rôle de mère, qui l'affecte potentiellement de manière négative (Larivière et al., 2016, Matuska, 2012b, Wagman et Hakansson, 2014, cités par Larivière, 2019, p.108).

4. 3. La santé mentale : un champ d'intervention de l'ergothérapeute

4. 3. 1. Définition

L'Association Nationale Française des ergothérapeutes (ANFE, 2021), dans sa Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de juillet 2021, souligne le fait que **les troubles psychiatriques impactent la capacité d'agir des individus**, pourtant indispensable à la satisfaction de nos besoins fondamentaux. Cela entraîne des répercussions majeures sur le mode et le rythme de vie de ces personnes. D'autre part, nombre de personnes souffrant de troubles psychiatriques, sont victimes de stigmatisation et d'exclusion sociale. Cela altère leur participation sociale, puisque les limitent dans l'incarnation de rôles sociaux. L'ergothérapeute s'inscrit dans un travail d'équipe pluriprofessionnelle (ANFE, 2016). En tant que professionnel de l'occupation, il intervient auprès de ce public afin de leur permettre de mener "une vie satisfaisante à travers les activités porteuses de sens pour elles, et qui seront support de leur participation sociale" (ANFE, 2021).

Notre pratique a toutefois bien évolué au cours du temps, et l'on parle de nos jours plus largement d'intervention en santé mentale (ANFE, 2021). L'OMS définit la santé mentale comme étant "un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté" (OMS, 2022).

4. 3. 2. Evolution de la pratique ergothérapique et de la notion d'occupation

Historiquement en France, c'est dans le domaine de la psychiatrie que s'est développée en premier lieu l'ergothérapie (Charret et Thiébault, 2017). Son évolution s'est déroulée parallèlement à celle de la notion d'occupation et à sa centralité dans notre pratique, ainsi qu'en lien avec celle de la société et de sa perception de l'individu (ANFE, 2016).

La notion d'activité dans le domaine de la psychiatrie n'a cessé d'évoluer au fil du temps. Les apports thérapeutiques du travail ont été observés dès l'Antiquité (ANFE, 2016). Puis, des réflexions sur les dimensions thérapeutiques des activités au sens large ont émergé avec la création du diplôme d'état d'ergothérapeute et l'installation de ces professionnels au sein des institutions (Klein, 2016). Ainsi, l'activité a été utilisée comme outil thérapeutique (Klein, 2016). Peu à peu, les ergothérapeutes ont aussi été amenés à considérer davantage l'environnement de l'individu et il est désormais reconnu que la situation de handicap que connaît la personne dépend à la fois de facteurs qui lui sont propres, mais également de son environnement (ANFE, 2016).

A partir des années 1990, les temps d'hospitalisation sont réduits et les pratiques ergothérapiques se tournent de plus en plus vers l'extra-hospitalier (Person, 2016). Des modèles conceptuels centrés sur l'occupation et spécifiques à notre pratique émergent à cette période (ANFE, 2016). Ceux-ci confèrent une place importante à ce **qui est porteur de sens pour la personne et à sa participation tant sociale que dans ses soins** (ANFE, 2016). Notre pratique semble désormais se tourner vers l'habilitation à l'occupation (Townsend et Polatajko, 2013). Selon Townsend et Polatajko (2013), deux ergothérapeutes canadiennes, habilitier à l'occupation se réfère à **tous les moyens mis en place permettant aux individus**

d'assurer leur santé grâce à un environnement favorable et à l'accès à l'information offrant la possibilité de faire des choix judicieux en matière de santé, leur permettant de s'adapter à leur nouveau contexte de vie (Townsend et Polatajko, 2013).

De cette évolution résulte des approches multiples ; psychodynamique, de réhabilitation psychosociale, cognitivo-comportementale, systémique, et autres (ANFE, 2016) ; qui dépendent tant de la perception du thérapeute quant à la place et au rôle de l'occupation au sein de notre pratique, que de la personne accompagnée, "son histoire, sa symptomatologie, sa culture, sa demande, l'indication posée, le contexte institutionnel et le cadre que nous mettons en place" (Klein, 2016, p.40-41). Cela nous permet de nous adapter et de respecter la singularité des usagers (ANFE, 2016).

4. 3. 3. Le rôle de l'ergothérapeute

Les ergothérapeutes exerçant en santé mentale s'appuient sur des modèles et approches très diversifiés mais la finalité recherchée semble identique, tout comme la démarche d'intervention. Tous les ergothérapeutes semblent s'accorder sur un accompagnement de la personne dans son développement en tant que sujet **afin de favoriser l'autonomie, aussi bien psychique que dans leur fonctionnement** (Klein, 2016 ; Person, 2016 ; Bossard et al., 2015), **de développer leur capacité d'agir et leur empowerment** (Jouet, 2016). Dans le cadre du handicap psychique, la mission de l'ergothérapeute est d'évaluer les retentissements fonctionnels qu'entraîne la maladie dans un premier temps, puis de permettre l'intégration de l'individu dans son environnement et de l'accompagner dans sa participation sociale et ses projets (Riou, 2017 ; Person, 2016). La personne doit pouvoir retrouver un fonctionnement qui lui est satisfaisant (Riou, 2017), et ainsi un certain équilibre occupationnel.

Pour cela, les ergothérapeutes tentent de favoriser la **reconstruction de soi** dans un premier temps, appelé "capacité à être" par Bossard et al. (2015, p.65) ou encore "capacité à exister" par Florence Klein (2016, p.41). Selon Yann Person (2016), l'un des leviers essentiels à cet accompagnement est l'acquisition et le développement d'une capacité réflexive du patient, qu'il nomme "lucidité". Cela renvoie à la métacognition, c'est-à-dire à la connaissance et la conscience de soi, essentielle pour le développement de définition de limite entre soi et l'extérieur. Cela

semble nécessaire dans l'exercice de la maternité, notamment lié à la reconnaissance et à la différenciation de ses besoins et de ceux de l'enfant, mais aussi pour la reconnaissance de ses propres limites et difficultés permettant par la suite de solliciter de l'aide. D'autre part, en accompagnant ses projets, l'ergothérapeute soutient la personne vers l'acquisition ou le renforcement d'une confiance en ses propres capacités et de l'estime de soi (Klein, 2016), facteurs du rétablissement expérientiel (Koenig, 2017). Accompagner des femmes dans l'exercice de leur maternité participe à leur *empowerment*, puisque leur permet de se sentir davantage compétentes et confiantes dans leur rôle de mère.

Ce soutien dans la reconstruction de son identité permet par la suite de **retrouver un rôle valorisant, une place et un pouvoir d'agir au sein de la société** (Person, 2016 ; ANFE, 2016). Celle-ci passe par le développement des capacités à construire du lien social, à entretenir des rapports sociaux normalisés, à agir de manière adaptée, dans le but de permettre à la personne de construire de restaurer son réseau relationnel et ainsi de sortir de l'isolement dont elle souffre (Klein, 2016 ; Person, 2016). Cela implique également d'intervenir sur l'environnement de la personne, facteur pronostique essentiel dans le cadre de l'accompagnement de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie notamment.

La maternité, et plus largement la parentalité, entraîne un changement majeur dans les occupations des individus qui en font l'expérience. Elle est citée par Kielhofner (2008) comme étant l'une des périodes de transition occupationnelle importante que connaissent les humains à l'âge adulte. Ces transitions impactent l'équilibre occupationnel des individus et peuvent avoir des conséquences sur la santé et le bien-être des individus (Riou, 2017). Par ailleurs, bien que l'ergothérapeute puisse être perçu comme étant un expert de l'occupation (Meyer, 2018), et que la maternité y soit intimement liée, les ergothérapeutes ne semblent pas intervenir dans ce domaine.

4. 4. Etat des lieux de la pratique ergothérapique dans le domaine de la maternité

Selon Lim et al. (2021), **les ergothérapeutes interviennent rarement dans le champ de la maternité**, et de la parentalité en général. Peu d'ergothérapeutes

semblent y attribuer des objectifs. Selon les auteures, cela peut être en partie expliqué par une absence totale de l'étude de la pratique dans ce domaine au sein des programmes de formation. Plusieurs auteurs soulignent également le manque de littérature ergothérapique et de travaux de recherche relevant de la maternité, ainsi que sur les bénéfices de l'accompagnement ergothérapique auprès des nouvelles mères (George, 2011 ; Farber, 2000 ; Hackett et Cook, 2016). Farber (2000), nous informe que cette insuffisance avait déjà été soulignée dès les années 1990. En effet, Christ (1993) et Llewellyn (1994) suggéraient que de plus amples connaissances à propos de ce rôle important étaient nécessaires (cités par Farber, 2000). Dominguez et al. (2018), indiquent que le peu de littérature existante à ce sujet propose que les ergothérapeutes se concentrent davantage sur les problématiques issues de l'adaptation et de l'ajustement que requiert l'acquisition du rôle parental, ainsi que sur le besoin d'équilibre avec les autres rôles sociaux. Ne sont donc pas abordées les occupations et tâches spécifiques inhérentes à la maternité.

Toutefois, il semblerait que l'ergothérapeute puisse intervenir auprès de ces futures mères. De nombreux auteurs mettent en avant nos capacités à intervenir dans ce champ. En effet, notre approche holistique de la personne nous permet de prendre en compte son contexte de vie dans sa globalité (Acharya, 2014). Or il semblerait que l'environnement occupe une place essentielle dans ce cas. De plus, nous avons des connaissances théoriques sur les étapes majeures du développement de l'enfant, sur les répercussions de la maladie psychiatrique dans le fonctionnement social et occupationnel des individus, et enfin, nous centrons notre pratique sur les occupations qui ont du sens pour les personnes (Bassett et Lloyd, 1999). Nous avons également un intérêt particulier pour la justice occupationnelle (Hojatzadeh et al., 2015, cité par Lim et al., 2021), se référant à la possibilité "d'exercer et de choisir les activités signifiantes pour exprimer son identité, se développer, faire reconnaître son pouvoir d'agir et de décider" (Riou, 2017, p.29). Ainsi, selon Hackett et Cook (2016) nos capacités nous permettent d'identifier les besoins d'accompagnement des personnes dans de nombreux domaines, y compris celui de la parentalité. D'autre part, Dominguez et al. (2018) soulignent le lien intime entre la maternité et les occupations maternelles notamment, et ainsi l'intérêt d'une intervention ergothérapique. Plusieurs auteurs proposent des interventions diversifiées : en aidant ces personnes à déterminer leurs priorités et s'engager dans

des occupations significantes afin de les guider vers un nouvel équilibre (Urlic et Lentin, 2010) ; en les accompagnant dans l'établissement de la relation avec leur bébé, dans la réalisation de leurs activités quotidiennes (Olson, 2006) ; en soutenant et en encourageant la participation sociale et l'engagement dans les activités qu'elles pratiquaient avant la grossesse (George, 2011) ; en développant de nouvelles routines et habitudes (George, 2011) etc. Par ailleurs, de nombreux ergothérapeutes mettent en avant le besoin de travailler sur l'environnement des nouvelles mères (Slootjes et al. 2016 ; Olson, 2006 ; Acharya, 2014). Olson (2006) et Farber (2000) proposent d'agir sur l'environnement afin que ce dernier soit thérapeutique et soutienne la mère dans l'expérience de la relation avec son enfant. Quant à elle, George (2011) suggère d'aménager l'environnement afin de permettre la reprise des occupations significantes de la nouvelle mère, potentiellement mises de côté pendant la grossesse et impactant son équilibre occupationnel.

Peu d'ergothérapeutes travaillent dans ce domaine actuellement, mais il semblerait que cela soit sur la voie de l'évolution. Les études à ce sujet sont de plus en plus nombreuses. Récemment, des ergothérapeutes australiennes ont proposé de développer un cadre conceptuel afin de soutenir et de guider la pratique des ergothérapeutes dans le domaine de la parentalité. "The parenting Occupations and Purposes" (POP), élaboré par Lim et al. (2021), regroupe dix catégories d'occupations, toutes en interaction et prises en compte dans un environnement socioculturel particulier. Ce modèle pourrait faire évoluer et promouvoir l'intervention des ergothérapeutes dans ce domaine.

QUESTION DE RECHERCHE

Ainsi, ma **question de recherche** est la suivante : **En quoi l'ergothérapeute peut-il favoriser la transition occupationnelle des nouvelles mères souffrant de schizophrénie et stabilisées ?**

CADRE EXPÉRIMENTAL

1. Méthodologie de l'enquête

1. 1. Objectifs de la recherche

Mes objectifs de recherche sont les suivants :

- Relever les besoins et difficultés occupationnels rencontrés par les mères souffrant de schizophrénie stabilisées
- Déterminer l'impact de la transition occupationnelle en lien avec la période périnatale sur l'équilibre occupationnel de ces mères
- Identifier la plus-value de l'ergothérapie dans l'accompagnement de la transition occupationnelle de ces nouvelles mères
- Faire un état des lieux de la pratique ergothérapique actuelle dans le domaine de la maternité
- Définir des axes de travail ergothérapiques potentiels

1. 2. Choix de la population

Etant donné la loi Jardé, ayant pour objectif de protéger les patients et d'assurer ainsi le cadre éthique des recherches menées, la population interrogée concernera uniquement des professionnels. Ainsi, j'envisage de réaliser des entretiens auprès de trois à cinq ergothérapeutes. Tous les professionnels interrogés devront exercer en France, puisque je m'intéresse spécifiquement à la pratique au sein de notre pays, afin de pouvoir la promouvoir par la suite. Ces professionnels devront exercer dans le secteur de la psychiatrie d'adultes et auront déjà accompagné des mères, souffrant de schizophrénie et stabilisées, pendant les trois premières années de vie de l'enfant.

Afin d'assurer une certaine pluralité d'expériences et de points de vues, je veillerai à ce que les différents ergothérapeutes exercent dans des établissements différents. Les entretiens pourront donc aussi être réalisés par visioconférence ou par appel téléphonique, afin d'élargir les possibilités de recrutement des professionnels.

1. 3. Choix de la méthode et de l'outil d'enquête

Afin de mener au mieux mon projet de recherche, il me semble pertinent de me tourner vers un outil d'enquête qualitatif, puisque je souhaite m'appuyer sur l'expérience et le vécu de professionnels. La recherche qualitative correspond à la description de phénomènes par des échanges verbaux (Wiersma, 1995, cité par Silva et Sousa, 2016), permettant de se représenter une réalité et de se construire des théories pouvant expliquer le phénomène étudié (Silva et Sousa, 2016). L'entretien individuel semi-directif est celui qui est le plus utilisé en recherche sociale (Van Campenhoudt et Quivy, 2011). Cet outil est celui qui me paraît le plus pertinent dans la cadre de ce projet de recherche. En effet, il est recommandé lorsque le chercheur souhaite "explorer des expériences humaines, découvrir ce que les personnes pensent, font ou ont l'intention de faire" (Tétreault, 2014, p. 215).

Le chercheur conçoit un guide d'entretien composé de questions relativement ouvertes, dont il peut modifier la formulation et poser dans un ordre différent selon la tournure de l'entretien. Ces questions ouvertes permettent à la personne interrogée de parler librement et de mettre en avant ce qui lui paraît important. Le chercheur peut alors se saisir des éléments partagés et les explorer (Tétreault, 2014). Il doit toutefois veiller à ce que l'entretien reste centré sur ses objectifs de recherche (Van Campenhoudt et Quivy, 2011 ; Tétreault, 2014).

Les atouts de l'entretien semi-directif résident dans "la mise en œuvre de processus fondamentaux de communication et d'interaction humaine" (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.173). De véritables échanges sont permis par un contact direct entre le chercheur et son interlocuteur, facilitant l'expression de ce dernier. Cela permet d'accéder à une certaine spontanéité de la personne interrogée (Tétreault, 2014). Ainsi, les informations transmises sont riches et caractérisées par une certaine authenticité et un degré de profondeur important (Van Campenhoudt et Quivy, 2011). D'autre part, par son adaptabilité, il permet de recueillir des éléments et informations tout en respectant et en laissant une certaine liberté d'expression à la personne interrogée (Van Campenhoudt et Quivy, 2011). D'autre part, l'entretien est, selon Tétreault (2014), relativement facile à planifier et à réaliser du fait des notions "sur l'entrevue et la relation d'aide" reçues par les chercheurs au cours de leur formation (Tétreault, 2014, p.215). Il peut être réalisé en face à face, par téléphone ou encore en visioconférence (Tétreault, 2014). Selon Sturges et Hanrahan (2004,

citée par Tétreault, 2014), ces différentes modalités d'entretien n'ont pas de répercussions réelles sur les résultats de ceux-ci. Selon eux, il est possible d'offrir le choix aux participants. Ils suggèrent que c'est une "méthode efficace, économique et attrayante." (p.235).

Un guide d'entretien (ANNEXE III) sera réalisé et comprendra des questions ouvertes. Selon Tétreault (2014), il est préférable d'élaborer des questions relativement simples, sans utiliser de termes trop techniques qui pourraient être incompris.

1. 4. Modalités d'analyse des données

L'analyse des données récoltées sera qualitative et catégorielle, puisque centrée sur les interactions des participants. Dans un premier temps, les échanges seront retranscrits mot à mot par écrit. Afin d'y parvenir, l'entretien sera enregistré avec l'accord préalable du professionnel. Une note d'information et une attestation de consentement auront été remplies en amont (ANNEXE II). La retranscription des échanges prendra en compte les données verbales ainsi que les éléments interactionnels. Il sera également important de prendre en compte et de préciser les modalités et le contexte dans lequel aura été réalisé l'entretien (Van Campenhoudt et Quivy, 2011).

Ces données seront par la suite analysées et codées. Le codage consiste à "associer un sens aux mots de la personne interrogée" (Tétreault, 2014, p.234) et se base sur l'identification de mots, de thèmes ou de sujets abordés. Celui-ci sera effectué selon un modèle mixte, c'est-à-dire selon des catégories préétablies liées au cadre conceptuel tout en ayant la possibilité d'en ajouter (Tétreault, 2014).

1. 5. Modalités de recrutement

Afin de recruter des professionnels venant d'horizons diversifiés, j'ai utilisé différents canaux de communication. J'ai tout d'abord contacté par courriel le Groupe de Recherche en Santé Mentale (GRESM) et des groupes de travail tels que le "Groupe de travail en périnatalité" de Chalon sur Saône, le groupe "Approche familiale en pspérinatalité" de Paris, "Groupe de travail des équipes de psychiatrie périnatale du Limousin" du centre hospitalier de Esquirolles, dont j'ai pris

connaissance via le site de la Société Marcé Francophone, une association francophone pour la promotion de la santé mentale et de la psychiatrie périnatales. J'ai également contacté des associations d'accompagnement périnatal et de soutien à la parentalité telles que "Estrelia", "L'école des parents", "La maison verte" et "Aire de famille". D'autre part, j'ai publié une annonce sur le site "*ergopsy*", dans laquelle je partageais mes coordonnées. J'ai également contacté par courriel et par appel téléphonique plusieurs UMB, avec lesquelles j'étais déjà en relation lorsque je m'étais renseignée sur la pratique ergothérapique au sein de celles-ci. Je n'ai toutefois eu aucun retour. Je me suis donc tournée vers quelques-uns de nos intervenants, des tuteurs de stages de mes camarades ainsi que des maîtres de mémoires exerçant dans le domaine de la psychiatrie d'adultes. Ma maître de mémoire m'a partagé les coordonnées de deux de ses connaissances intéressées par la thématique de mon projet de recherche. Afin d'assurer une certaine diversité, aucun des professionnels interrogés n'exerce au sein d'une même structure.

1. 6. Limites de l'outil

L'entretien semi-directif, outil de recherche qualitatif, présente certaines limites qu'il est nécessaire de considérer. Dans un premier temps, réalisé sur un échantillon de petite taille, les données récoltées sont subjectives et peu représentatives de la population (Silva et Sousa, 2016). D'autre part, Van Campenhoudt et Quivy (2011) indiquent que les éléments partagés au cours de l'entretien sont à étudier selon la relation d'échange et le cadre de l'entretien. Les entretiens réalisés dans le cadre de ce projet de recherche ont été menés dans deux contextes variés : en visioconférence ou par appel téléphonique.

2. Résultats et analyse de l'enquête

Suite à mon enquête, les quatre entretiens ont été retranscrits. Les résultats ont ensuite été synthétisés et classés dans des tableaux, dans lesquels apparaissent en gras les mots-clés. Puis, ils ont été analysés selon cinq thématiques différentes.

2. 1. Présentation des professionnels interrogés

tableau I : Représentation des professionnels interrogés

Professionnels	Modalités d'entretien	Années d'expériences	Sexe	Lieu d'exercice actuel	Nombre de mères souffrant de schizophrénie et stabilisées rencontrées	Formation en lien avec la périnatalité
Ergothérapeute 1 (E1)	Appel téléphonique	22	Femme	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)/ CMP	1	Non
Ergothérapeute 2 (E2)	Appel téléphonique	20	Femme	Service intra hospitalier	3	Non
Ergothérapeute 3 (E3)	Visioconférence	35	Femme	Service intra hospitalier	5-6	Non
Ergothérapeute 4 (E4)	Appel téléphonique	34	Homme	Service intra hospitalier	10-12	Non

Parmi les professionnels interrogés, la majorité sont des femmes. Tous ont une ancienneté professionnelle de plus de vingt ans. La plupart des ergothérapeutes ont majoritairement exercé dans le domaine de la santé mentale et tous ont exercé ou exercent encore actuellement dans des structures extra-hospitalières, au sein desquelles ils sont plus susceptibles d'accompagner des femmes souffrant de schizophrénie étant stabilisées.

Parmi les quatre professionnels interrogés, trois d'entre eux ont rencontré relativement peu de femmes souffrant de schizophrénie stabilisées qui étaient mères, à savoir entre une à six femmes. L'autre ergothérapeute en a accompagné environ une dizaine.

2. 2. Synthèse des résultats

Afin de faciliter la lecture, les abréviations E1, E2, E3 et E4 seront utilisées pour désigner les ergothérapeutes 1, 2, 3 et 4, assorties d'un code couleur ainsi que d'une police d'écriture différente.

- Parcours professionnel des ergothérapeutes

tableau II : Représentations des parcours professionnels des ergothérapeutes

<p>Ergothérapeute 1 (E1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 22 ans d'expérience, ● exercice en santé mentale exclusivement, ● activité intra-hospitalière dans un premier temps, ● puis extra-hospitalière actuellement, ● développement d'une "ergothérapie sociale" 	<p>Ergothérapeute 2 (E2)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 20 ans d'expérience, ● exercice 7 ans en rééducation, ● DIU sur le traumatisme crânien, ● puis 13 ans dans un Hôpital De Jour (HDJ) tourné vers la réhabilitation psychosociale, ● formation "à <i>plein de programmes de réhabilitation psychosociale, de remédiation cognitive</i>" ● activité intra-hospitalière depuis janvier
<p>Ergothérapeute 3 (E3)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 35 ans d'expérience, ● exercice 10 ans en rééducation, ● exercice 25 ans en santé mentale, ● formation en musicothérapie, ● exercice dans des structures extra-hospitalières, ● actuellement, exercice en intra-hospitalier 	<p>Ergothérapeute 4 (E4)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 34 ans d'expérience, ● exercice en santé mentale exclusivement, ● diverses activités : HDJ, suivis à domicile, ● activité intra-hospitalière actuellement, ● formateur

L'ensemble des ergothérapeutes interrogés a une ancienneté professionnelle de plus de vingt ans et plus de 10 ans d'expérience dans le domaine de la santé mentale. Tous ont déjà eu une activité au sein de structures extra-hospitalières, même si actuellement, trois ergothérapeutes sur quatre exercent en intra-hospitalier.

Chacun des professionnels a des spécificités dans sa pratique. L'**E1** a développé sa pratique dans le domaine social, l'**E2** a obtenu un Diplôme Inter-Universitaire (DIU) sur le traumatisme crânien et est formée à divers programmes de réhabilitation psychosociale et de remédiation cognitive, l'**E3** a une formation de musicothérapie et l'**E4** est formateur au sein de divers instituts de formation en ergothérapie et auprès de différents professionnels de santé.

Dès la première question, l'**E1** évoque les difficultés d'acceptation de sa pratique qu'elle a rencontrées lors de son embauche dans l'une des structures. Elle relève le manque de représentation des ergothérapeutes dans le domaine de la santé mentale.

- Thème 1 : Profil des mères souffrant de schizophrénie rencontrées

tableau III : Présentation du profil des mères souffrant de schizophrénie suivies

<p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 femme, • 7 enfants, tous placés, <p><i>"...les enfants avec l'hospitalisation ont été placés euh chez le papa donc ils étaient séparés."</i></p> <p><i>"...elle n'avait pas l'autorisation de les voir."</i></p>
<p>E2</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 femmes, • tous les enfants ont été placés car elles ont décompensé après la naissance, <p><i>"Elle pensait que son fils était l'objet du diable parce qu'elle n'arrivait plus à dormir"</i></p> <p><i>"...elle a décompensé alors qu'elle les avait. Ils avaient je pense 3 et 6 ans."</i></p> <p><i>"Elle lui a été enlevée à l'âge de 2 ans"</i></p> <p><i>"...nos patientes sont beaucoup plus fragilisées."</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • enfants souvent non désirés, <p><i>"Et souvent c'est des mamans qui ont fait des enfants, pas forcément pour avoir des enfants, mais parce qu'elles ne se sont pas protégées."</i></p> <p><i>"Alors que maintenant j'ai des patientes qui veulent avoir des enfants, vraiment."</i></p>
<p>E3</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5-6 femmes, • <i>"...c'est pas rare que les enfants soient placés",</i> • <i>"dans des milieux assez défavorisés",</i> • conjoint souvent absent, <p><i>"...il me semble qu'elles étaient plutôt seules en moyenne"</i></p> <p><i>"...il y a des milieux où les pères sont très absents"</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • expérience positive pour certaines femmes, <p><i>"...il y en a d'autres, ça peut complètement les structurer parce que là au moins il y a quelqu'un qui dépend complètement d'elle et...euh ça peut vraiment donner du sens quoi"</i></p>

E4

- Une dizaine de femmes,
- Beaucoup plus de femmes qui n'étaient pas forcément stabilisées,
- majorité de femmes seules,

"...il y en a beaucoup, vous le savez, pas forcément malades, beaucoup de femmes seules avec des enfants."

- parfois l'enfant n'est pas désiré,

"...un bébé qui n'a pas en plus toujours été désiré"

- expérience positive dans certains cas :

"Vous avez plein de cas de figures de mamans qui sont investies..."

Au cours de leur carrière, les ergothérapeutes ont rencontré relativement peu de femmes qui souffraient de schizophrénie, stabilisées et mères, excepté l'E4, qui en a rencontré une dizaine. L'E1 et l'E2 ont présenté des situations de femmes qu'elles avaient suivies.

- Thème 2 : Impacts de la maternité sur le fonctionnement occupationnel

tableau IV : Représentations des réponses quant aux difficultés et besoins exprimés

	Difficultés	Besoins
E1	<ul style="list-style-type: none">• dans une situation de privation de leur rôle de mère : "faire" avec l'absence de l'autre,• souffrances liées à l'incapacité d'être mère renvoyée par le placement de l'enfant,• <i>"...l'occupation devient quasi insupportable et impossible en fait et presque culpabilisante"</i>,• <i>"l'investissement aux soins est très complexe"</i>	<ul style="list-style-type: none">• de plus de rencontres médiatisées avec leurs enfants
E2	<ul style="list-style-type: none">• de compréhension des réactions de l'enfant,• à reconnaître les émotions et d'y répondre de manière adaptée,• à réaliser et à planifier les activités au cours de la journée,• liées au manque de temps pour elles	<ul style="list-style-type: none">• <i>"faire des choses qui sont significatives pour elles en dehors du rôle maternel"</i>,• en situation de privation de leur rôle de mère : <i>"volonté d'être plus investies"</i> dans ce rôle

E3	<ul style="list-style-type: none"> ● à “gérer la maison”, ● si les enfants sont placés : pour leur rendre visite, ● à établir un lien ● lors de l'autonomisation de l'enfant, ● <i>“à inhiber et filtrer les mouvements de violence”</i>, ● <i>“à poser des limites”</i>, laxisme dans l'éducation 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>“le besoin d'être avec leur enfant et en même temps l'impossibilité d'être avec leur enfant”</i>, ● d'un tiers, ● souffrance liée à <i>“l'impression de ne pas être à la hauteur”</i>
E4	<p>“Non, non, j'ai pas souvenir d'avoir rencontré des particularités ou des singularités.”</p> <ul style="list-style-type: none"> ● d'investissement de l'enfant, ● le possible manque, <i>“l'absence de préoccupation”</i> à l'égard de l'enfant, ● <i>“l'incohérence”</i> de la conduite, <i>“l'irresponsabilité”</i>, ● davantage dans l'<i>“activité écologique”</i>, ● liées à l'absence de conjoint, <i>“devoir tout faire”</i> 	

Les professionnels rapportent des difficultés et des besoins relativement variés.

tableau V : Représentation des réponses quant à l'impact de la maternité sur l'équilibre occupationnel

<p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● oui, ● lié au désinvestissement des soins, aux difficultés à prendre soin de soi 	<p>E2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● oui, ● impossibilité de continuer les occupations qui les “maintenaient” car obligation de s'occuper de l'enfant, par exemple le suivi au CATTP, ● <i>“bouleversement”</i> de l'hygiène de vie, et du rythme de vie, ● difficultés de répondre à ses besoins primaires, avec une
--	--

	“contrainte supplémentaire”
E3 <ul style="list-style-type: none"> • oui, • “surcharge occupationnelle” liée aux occupations maternelles obligatoires, • fatigabilité liée à la maladie et aux traitements 	E4 <ul style="list-style-type: none"> • oui, • chaque situation est particulière, • impact émotionnel et donc impact sur l’activité, • “un événement de vie”

L’ensemble des ergothérapeutes note un retentissement de la maternité sur l’équilibre occupationnel des femmes accompagnées.

L’**E1** et l’**E2** identifient des difficultés à poursuivre leurs suivis thérapeutiques et à *“prendre soin de soi”*, liées selon l’**E1** à la privation du rôle maternel et selon l’**E2**, aux nouvelles contraintes imposées, telles que les occupations maternelles.

- Thème 3 : Pratique ergothérapique actuelle

tableau VI : Interventions des ergothérapeutes auprès de mères souffrant de schizophrénie rencontrées

E1 <ul style="list-style-type: none"> • <i>“événement de vie central”</i>, • impossibilité d’accompagner autre chose, • difficulté de <i>“faire de l’ergothérapie”</i> : <i>“pas une priorité”</i>, • importance de la “relation de confiance” pour favoriser l’investissement aux soins, • groupe balade : <i>“dynamique de groupe soutenante”</i>, <i>“s’aérer”</i>, <i>“avoir des expériences créatrices et positives”</i>, • séances individuelles : <i>“exprimer la culpabilité”</i>, ses souffrances, favoriser <i>“l’acceptation de la maladie”</i> 	E2 <ul style="list-style-type: none"> • intervention selon la volonté de la mère, travail de la cognition sociale : <ul style="list-style-type: none"> • la compréhension de l’état émotionnel de l’enfant, • la théorie de l’esprit, • travail de “l’état d’évolution” de son enfant, • travail de la compréhension des besoins de l’enfant, • améliorer la communication, • “réapprendre à jouer” pour favoriser le lien avec l’enfant, • apprendre à bien prendre soin de soi pour bien prendre soin de son enfant, à répondre à ses propres besoins,
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • mieux organiser ses journées
<p>E3</p> <ul style="list-style-type: none"> • pas de travail spécifique sur la maternité, • travail “centré sur la personne”, • proposition d’activité : travailler l’identification et différenciation de soi et de son enfant, • une fois : séance avec l’enfant, avait favorisé le lien <p>“...moment de liaison entre la mère et la fille”</p>	<p>E4</p> <ul style="list-style-type: none"> • “situation vite évoquée”, • accompagnement sur des visites médiatisées à l’ASE, • suivis à domicile : recueillir des informations, estimer la manière de vivre, le comportement, percevoir l’environnement d’accueil de l’enfant, • appréciation des soins de <i>holding</i> et de <i>handling</i>

L’**E2** et l’**E4** ont répondu spontanément être déjà intervenus sur la dimension de la maternité et ce de manière très différente, alors que l’**E1** et l’**E3** ont émis quelques hésitations, en expliquant qu’elles ne sont pas intervenues directement sur la maternité.

D’autre part, lors d’une question annexe, l’**E2** évoque le suivi réalisé en HDJ en tant que “référente”, afin de discuter du projet de vie de la personne. Elle indique que certains usagers exprimaient leur désir d’enfant, et que cela était notamment permis et favorisé par “l’alliance thérapeutique” établie.

- Thème 4 : Axes d’intervention en ergothérapie

tableau VII : Représentation des axes d’intervention proposés

<p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> • accompagnement du vécu corporel au cours de la grossesse, • recueil de données, évaluation, observation, • accompagnement de la symptomatologie en lien avec la grossesse, • favoriser la structuration psychique, • travailler en équipe 	<p>E2</p> <ul style="list-style-type: none"> • “dès la grossesse, en prévention”, • pour aider la personne à trouver son propre rythme, • aider à trouver des stratégies pour faciliter la gestion du quotidien, <p>travailler sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la cognition sociale, • la métacognition,
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> ● le deuil de certaines activités pendant les trois premières années, ● le jeu, pour entrer en relation avec l'enfant
<p>E3</p> <ul style="list-style-type: none"> ● “<i>tout le temps</i>” : dès la grossesse, ● utiliser la musique : “<i>des berceuses</i>”, ● imagine moins d'intervention avec des matières plastiques, ● “soutien de la mère” proposé par exemple dans le cadre d'un suivi en CMP 	<p>E4</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pendant la grossesse : uniquement si un lien est déjà établi avec la personne, ● plus pertinent après l'accouchement

Deux ergothérapeutes ont exprimé leur retenue quant à la question de la pertinence de la pratique ergothérapique dans le domaine de la maternité. Lors de l'entretien réalisé avec l'**E1**, la maternité a d'abord été redéfinie, afin de nous mettre d'accord sur le sens de ce terme. N'ayant jamais suivi de femmes qui avaient la garde de leur enfant, il lui semblait difficile de se positionner. Toutefois, elle a souligné qu'un accompagnement ergothérapique au sein d'une équipe pluriprofessionnelle serait pertinent au cours de la grossesse. Suite à l'évocation de l'UMB conjointe au centre hospitalier dans lequel elle exerce, une question annexe lui a été posée sur l'intérêt de l'ergothérapeute dans ces unités. Sans hésitation, elle a affirmé que l'ergothérapeute aurait sa place.

L'**E4** a lui aussi exprimé une certaine hésitation en premier lieu. Selon lui, un accompagnement au cours de la grossesse, si la relation thérapeutique n'est pas établie, ne serait pas pertinent. Par contre, il le serait après l'accouchement.

L'**E2** et l'**E3** quant à elles, ont d'emblée répondu que l'ergothérapeute aurait sa place dans l'accompagnement de ces femmes.

Enfin, l'**E3** a déjà postulé dans une unité périnatale. Elle imaginait davantage utiliser la musique, et moins de médiations utilisant des matières plastiques dans le cadre de séances conjointes avec l'enfant. Selon elle, toutes les médiations seraient envisageables dans un accompagnement dédié au “*soutien à la mère*” .

tableau VIII : Représentation des justifications apportées par les professionnels quant à la place de l'ergothérapeute dans le domaine de la maternité

<p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● pas d'ergothérapeute dans l'UMB du secteur mais il aurait sa place, ● conserver une "individualité", ● travailler les espaces : conserver des "<i>espaces d'intimité</i>", éviter la confusion entre les espaces maman-bébé, ● "relation de confiance" 	<p>E2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● "<i>on est quand même les spécialistes de l'activité humaine</i>", ● "<i>on est spécialisés dans le développement de l'enfant</i>", ● possibilité de percevoir un manque d'étayage de l'enfant
<p>E3</p> <ul style="list-style-type: none"> ● relation thérapeutique, "<i>On fait partie de l'entourage aussi à un moment donné</i>" 	<p>E4</p> <p>pour justifier notre place :</p> <ul style="list-style-type: none"> ● "<i>pleine validité</i>" de l'ergothérapeute, ● "<i>accompagnement de la personne dans sa globalité</i>", ● l'ergothérapeute peut avoir une "<i>relation privilégiée</i>"

Tous les ergothérapeutes évoquent spontanément des justifications quant à la pratique ergothérapique dans le domaine de la maternité.

- Thème 5 : Freins à la pratique ergothérapique

tableau IX : Réponses des ergothérapeutes quant aux freins de la pratique ergothérapique

<p>E1</p> <ul style="list-style-type: none"> ● "<i>La méconnaissance</i>"
<p>E2</p> <ul style="list-style-type: none"> ● le faible nombre d'UMB en France, lié en partie aux "<i>représentations négatives</i>" sur la schizophrénie et la maternité, ● "<i>les freins institutionnels</i>", ● notre spécificité sur les occupations
<p>E3</p> <ul style="list-style-type: none"> ● "<i>La méconnaissance</i>", ● Le budget destiné principalement à l'aspect sanitaire, sécuritaire, hygiénique,

- Le peu d'ergothérapeutes dans “des instances décisionnelles et dans l'encadrement”

E4

- “La compétence”,
- Non spécificité de la petite enfance

L'E1 et l'E3 évoquent en premier lieu “la méconnaissance” du métier d'ergothérapeute. Selon l'E2, les ergothérapeutes devraient justifier leur rôle. Elle rappelle ensuite la plus-value de notre profession.

L'E4 quant à lui, indique que nous ne sommes pas compétents pour accompagner ces femmes spécifiquement dans ce domaine. Le suivi est réalisé davantage dans une considération holistique de la personne, dans lequel la prise en compte de la dimension de la maternité a sa “pleine validité”.

2. 3. Analyse des résultats

★ Thème 1 : Profil des mères souffrant de schizophrénie rencontrées

L'ensemble des professionnels a rencontré des femmes souffrant de schizophrénie stabilisées et mères et il semblerait que **de nombreuses femmes aient décompensé au cours de la période post-partum**. Plusieurs ergothérapeutes soulignent une vulnérabilité exacerbée au cours de celle-ci. L'E2 évoque une “fragilité”, et une “vulnérabilité”. L'E3 indique que “les personnes sont particulièrement fragiles”, à cinq reprises au cours de l'entretien, et l'E4 utilise également le terme de “fragilité” à quatre reprises. Ainsi, il semblerait que ce soit une période à risque.

Le placement des enfants semble récurrent. Dans les quatre situations relatant l'expérience de la maternité des femmes accompagnées par l'E1 et l'E2, leurs enfants ont été placés suite à une décompensation. L'E3 indique également que “c'est pas rare que les enfants soient placés”.

Trois ergothérapeutes abordent **l'environnement** des mères. L'E4 indique que l'enfant naît souvent dans des “conditions de vie souvent extrêmement fragiles et délicates”. L'E3 a suivi des femmes de milieu relativement défavorisé, mais elle

précise que cela est peut-être lié à son lieu d'exercice. Dès le début de l'entretien, l'E4 évoque spontanément que *“beaucoup de choses se jouent sur l'environnement familial”*. Selon lui, la situation est *“d'autant plus difficile lorsqu'il n'y a pas de liens transgénérationnels, c'est-à-dire qu'il n'y a pas eu de générations précédentes”* présentes pour reconnaître l'enfant. L'E2 souligne également la nécessité d'un *“bon entourage”*, étayant. D'autre part, tous rapportent que **le conjoint** est absent dans la plupart des situations. Dans deux situations sur les quatre présentées par l'E1 et l'E2, les parents étaient séparés et le père avait la garde des enfants. Dans une autre, l'E2 indique que le père était inexistant. L'E3 exprime également le fait que les femmes accompagnées *“étaient plutôt seules en moyenne”*. Toutefois, elle précise que cela peut potentiellement être lié au milieu social des personnes suivies, *“dans celles que j'ai rencontrées, dans des milieux assez défavorisés, peut-être que ça serait très différent dans le 5ème arrondissement [...] c'est pas rare que... ou le père il est là, ou pas d'ailleurs, puis parfois le père, on a parfois presque envie qu'il soit pas là quoi”, “il y a des milieux où les pères sont très absents”*. L'E4 évoque également cette absence de père, *“il y en a beaucoup, vous le savez, pas forcément malades, beaucoup de femmes seules avec des enfants”*. Selon lui, cela n'est pas spécifiquement lié à la maladie, mais entraîne des difficultés supplémentaires, d'une part liées au poids de la solitude en elle-même, d'autre part quant aux ressources financières ainsi qu'aux occupations maternelles, puisqu'aucune répartition des tâches n'est alors envisageable.

La survenue de la grossesse a été évoquée lors de tous les entretiens. Généralement, la grossesse ne semble pas être planifiée. L'E2 indique que les femmes qu'elle a présentées au cours de l'entretien n'avaient pas de réel désir d'enfant, mais en ont eu *“parce qu'elles ne se sont pas protégées”*. L'E4 évoque que ces femmes se retrouvent quelques fois avec *“un bébé qui n'a pas en plus toujours été désiré”*, ou encore que l'enfant naît parfois dans une famille déjà nombreuse. Toutefois, l'E2 indique que cela est sur la voie de l'évolution, puisque les patientes des *“nouvelles générations”*, *“elles veulent des enfants, vraiment”*. Ces dernières s'interrogent et se renseignent sur les risques potentiels.

Enfin, trois ergothérapeutes sur quatre ont tenu à souligner les situations dans lesquelles l'expérience de la maternité a été **positive**. L'E3 évoque certains cas dans

lesquels la maternité “peut complètement les structurer parce que là au moins il y a quelqu’un qui dépend complètement d’elles et ça peut vraiment donner du sens”. L’E4 quant à lui, tient à rappeler à trois reprises au cours de l’entretien, qu’il a rencontré des femmes “investies” et “accomplies” dans leur rôle maternel. Selon l’E2, “la nouvelle génération” pourrait envisager d’avoir des enfants puisque “on essaye de faire des soins de plus en plus précoces”. Cette expérience de la maternité pourrait évoluer, notamment grâce aux améliorations notables dans le suivi des personnes souffrant de schizophrénie.

★ Thème 2 : Impacts de la maternité sur le fonctionnement occupationnel

Même si l’E4 souligne à plusieurs reprises la singularité de chaque situation et que tous les ergothérapeutes ont illustré leurs propos d’exemples de femmes rencontrées, relevant ainsi l’importance de considérer chacune des situations dans leur particularité ; tous notent **les répercussions de la maternité sur le fonctionnement occupationnel** et notamment sur **l’équilibre occupationnel** de ces femmes devenues mères. L’E2 évoque un “bouleversement”, l’E4 un “événement de vie”, et l’E3 utilise le terme “déstabiliser”. En effet, cela impacte l’habitude de la nouvelle mère : son rythme et son hygiène de vie doivent être modifiés (E2), sur un équilibre déjà “précaire” (E4).

Dans un premier temps, ces répercussions sont observables sur les **occupations maternelles**. Les ergothérapeutes mettent en avant des obstacles à leur réalisation, notamment en lien avec l’expression de la pathologie. Les difficultés d’établissement du lien, en partie liées selon l’E2 aux troubles de la cognition sociale ; le manque de “préoccupation” (E4) à l’égard de l’enfant ou au contraire le surinvestissement de la relation, ainsi que les “incohérences”, “l’irresponsabilité” (E4) et la “non appréhension du danger” (E2) parfois décrites dans certaines conduites, entravent les activités. L’E2, ajoute également que les troubles cognitifs, tels que des fonctions exécutives notamment, y participent également. D’autre part, l’E3 relève le caractère “obligatoire” de ces occupations, les empêchant de poursuivre les activités qui “les maintenaient” (E2). Parmi ces dernières, l’E2 et l’E3 évoquent notamment le

suivi dans une structure de soin, telle que le CATTP. L'E2 indique également que plusieurs femmes rapportaient le besoin de faire des choses pour elles, en dehors du rôle de mère. Dans ce sens, l'E1 évoque l'importance pour la mère, particulièrement en lien avec la schizophrénie, de conserver son "individualité". De plus, l'E3 indique que quelquefois, le lien "peut s'établir mais dans la fusion, dans la confusion entre moi et l'autre", entraînant notamment des difficultés lors de l'autonomisation de l'enfant. Selon l'E3, l'intégration de ces nouvelles occupations peut entraîner une "surcharge occupationnelle", d'autant plus dans le cas de l'expression d'une symptomatologie négative. Elle ajoute que les personnes souffrant de schizophrénie sont également plus fatigables, en lien avec leur traitement, mais également avec les occupations qui requièrent de l'énergie telles que "réussir à sentir son corps, [...] réussir à ne pas se sentir morcelée ou réussir à contenir ses angoisses". Les autres ergothérapeutes n'utilisent pas l'expression "surcharge occupationnelle", mais s'y réfèrent en évoquant l'addition de nouvelles contraintes sur des difficultés préexistantes à "prendre soin de soi" (E1, E2, E4) et à "répondre à ses besoins primaires" (E2) liées à l'expression de la maladie. L'E4 l'associe au manque d'étayage d'un conjoint et l'E2 fait référence au manque de l'environnement familial. L'E2 et l'E3 soulignent également la complexité de ces nouvelles obligations associées à la maternité, "ça demande beaucoup de compétences quand même, d'être maman" (E2).

L'E1, l'E2 et l'E3 indiquent que ces difficultés **entravent leur sentiment de compétence**. Certaines femmes expriment "l'impression de ne pas être à la hauteur" (E3). Selon l'E1, cela est également lié à ce qui leur est renvoyé par les professionnels lors des démarches de placement de l'enfant, que de nombreuses femmes semblent craindre. L'E3 ajoute qu'elles peuvent alors connaître des difficultés dans l'éducation de l'enfant, pour exercer leur autorité, poser des limites, en partie liées à la peur que leurs enfants soient de nouveau placés. L'E1 et l'E3 mettent en avant la souffrance et la culpabilité qui y sont associées et l'E2 évoque une atteinte de l'estime de soi.

Par ailleurs, les professionnels relèvent des répercussions également liées à la **situation de privation occupationnelle** que de nombreuses femmes semblent connaître, en lien avec le placement de leur enfant. L'E1 indique que l'occupation

devient “*insupportable*”, “*impossible*” et “*culpabilisante*” et l’E2 souligne la volonté d’être “*plus investie dans leur rôle de mère*”. Selon elles, cela peut également conduire à des difficultés “*à prendre soin de soi*” et “*d’investissement aux soins*”.

★ Thème 3 : Pratique ergothérapique actuelle

Les ergothérapeutes ont tous, selon des modalités diverses, accompagné des femmes dans leur expérience de maternité. Selon l’E1, c’est « *l’événement de vie* » central et il est difficile, voire impossible, d’accompagner la personne dans « *autre chose* ». Même dans les situations où l’enfant est placé, ce dernier existe psychologiquement puisque la mère en parle (E4).

L’E1 évoque des difficultés à “*faire de l’ergothérapie*”, notamment lié au manque d’investissement aux soins. Elle a accompagné une seule femme souffrant de schizophrénie qui était mère, d’un côté par un soutien lors de séances individuelles ; permettant l’expression de la culpabilité ressentie et de la souffrance liée au retrait des enfants, mais également pour tenter de favoriser l’acceptation de la maladie et la structuration psychique ; et d’un autre côté avec des séances de groupe, apportant un étayage collectif et des expériences positives. Ainsi, **elle n’est pas intervenue spécifiquement sur l’expérience de la maternité** de cette femme, mais l’a soutenue dans celle-ci. L’E3 indique aussi ne pas intervenir précisément sur la maternité, mais se centrer sur la personne de manière générale. Une fois seulement elle a accueilli la mère et sa fille lors d’une séance, et cela lui a semblé favoriser les liens entre elles. Lorsqu’elle commence un accompagnement, elle dit “*faire avec ce qui vient*”, respectant ainsi les besoins, demandes, projets de la personne. L’E2 exprime également intervenir “*selon la volonté de la mère*”. L’E4 soutient cette idée d’accompagnement de la personne et de son évolution dans sa globalité. Il indique qu’“*en travaillant sur l’autonomie d’une personne, on prend en compte que c’est une femme et qui plus est une maman*”. Selon lui, une fois que l’enfant est né, l’ergothérapeute se questionne dans un premier temps sur la “*préoccupation*” de la mère à l’égard de l’enfant et à son investissement. Il indique avoir accompagné certaines femmes lors de visites médiatisées avec l’ASE ainsi qu’au domicile. Cela permettant d’estimer sa manière de vivre dans un contexte

écologique, d'observer l'aménagement de l'environnement prévu pour l'enfant et la manière dont elle s'en occupe. Il ajoute que nous ne pouvons pas nous substituer à d'autres professionnels spécialisés dans ce domaine, mais que nous pouvons apporter un autre point de vue.

L'**E2** quant à elle, est la seule à être intervenue selon une approche de réhabilitation psychosociale. Cela est lié à son lieu d'exercice, ainsi qu'à ses formations en ce sens. Ses objectifs étaient majoritairement axés sur l'amélioration du lien avec l'enfant, par un travail de la cognition sociale, et plus précisément de la compréhension des états émotionnels de l'enfant et de la théorie de l'esprit. Elle insiste sur l'importance de favoriser la communication avec l'enfant. Elle évoque rapidement l'accompagnement sur les troubles du schéma corporel, sans développer particulièrement. D'autre part, lorsqu'elle exerçait au sein de l'HDJ orienté sur la réhabilitation psychosociale, elle indique que plusieurs usagers lui confiaient leur désir d'enfant lors de l'évocation de leur projet de vie.

Ainsi, tous sont intervenus à leur manière, **en étayant davantage la femme et en considérant sa qualité de mère, sans pour autant intervenir spécifiquement sur la maternité**. De plus, les professionnels soulignent l'importance d'ajuster son intervention à la singularité de chaque individu et de chaque situation.

★ Thème 4 : Axes d'intervention en ergothérapie

Les ergothérapeutes apportent chacun des **justifications** quant à la pertinence de notre exercice dans l'accompagnement de la maternité. Les quatre professionnels s'accordent sur la **relation privilégiée** entretenue avec les personnes. Cela est évoqué à deux reprises lors des entretiens de l'**E1**, l'**E2** et l'**E3**, et l'**E4** en parle cinq fois, soulignant l'importance accordée à celle-ci. Selon l'**E1**, l'établissement de cette relation favorise l'investissement aux soins. L'**E2** indique que cette "*alliance thérapeutique*", a notamment permis aux usagers rencontrés d'exprimer librement leur désir d'enfant. Selon l'**E4**, les liens entretenus avec ces mères peuvent favoriser l'accueil de l'ergothérapeute au domicile et l'accompagnement de ce dernier lors de visites médiatisées avec l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE). De plus, cela peut être renforcé par l'identification possible du fait

que le thérapeute soit lui-même parent, permettant à certaines personnes de se confier plus aisément. L'**E2** justifie notre rôle dans l'accompagnement de la maternité en indiquant que nous sommes « **les spécialistes de l'occupation humaine** ». Elle est la seule à souligner cette spécificité, et ce à trois reprises au cours de l'entretien, sûrement en lien avec ses formations et son approche en réhabilitation psychosociale.

Les ergothérapeutes ont tous proposé des axes d'intervention, permettant là encore, de justifier notre place dans cet accompagnement et de définir notre rôle. L'**E1**, l'**E2** et l'**E4** envisagent de **travailler sur les espaces**. L'**E2** et l'**E4** indiquent que des visites à domicile pourraient être bénéfiques, chacun pour des raisons différentes. Selon l'**E4** cela permettrait de se rendre compte de l'environnement "installé ou non pour accueillir un enfant et s'en occuper", et serait donc dans une démarche d'évaluation, tandis que pour l'**E2**, ce serait plutôt l'occasion d'aménager l'environnement, notamment dans le cas où la mère souffrirait d'un trouble praxique. Selon l'**E1**, il est important que les espaces de la mère et de l'enfant ne se confondent pas, afin que la mère puisse garder une intimité. L'accompagnement et le **soutien de la mère dans son individualité** est abordé par trois des ergothérapeutes interrogés. Selon l'**E1**, l'**E2** et l'**E3**, des séances individuelles seraient nécessaires, afin de permettre à cette dernière d'exprimer ses souffrances, particulièrement dans les situations où l'enfant lui est retiré. L'**E1** et l'**E2** soulignent l'importance de permettre à la mère de prendre soin d'elle, de répondre à ses besoins primaires, afin d'éviter que cette dernière ne soit trop vulnérable au cours de cette période à risque. L'**E2** indique que l'ergothérapeute pourrait aider la mère à trouver son rythme, à organiser ses journées afin d'améliorer sa qualité de vie. Selon l'**E1**, le rôle de l'ergothérapeute se situe davantage dans l'accompagnement de cette individualité plutôt que dans celui de la relation entre la mère et son bébé, puisque de nombreux professionnels s'y intéressent déjà. Toutefois, selon l'**E2** et l'**E3**, les ergothérapeutes ont également leur place pour **favoriser le lien avec l'enfant**. L'**E3** envisage d'utiliser la musique, en lien avec sa formation de musicothérapie, lors de séances conjointes avec l'enfant. L'**E2** quant à elle, propose de travailler davantage sur la cognition sociale, afin d'améliorer la reconnaissance des émotions et des besoins de l'enfant notamment, ainsi qu'autour du jeu, l'une des "activités premières

et propres de l'être humain.” Du fait de son approche en réhabilitation psychosociale, elle est la seule à envisager de **travailler directement autour des occupations maternelles**, notamment en aidant la mère à trouver des stratégies, en lui proposant des aides techniques telles que des fiches techniques, des carnets mémoire ou encore la programmation d'alarmes.

D'autre part, trois ergothérapeutes indiquent également pouvoir **accompagner la femme sur le vécu corporel** au cours de sa grossesse. L'**E3** évoque une *“approche sensorielle, pour se raccorder au réel, se raccorder à soi”*, l'**E1** propose d'accompagner le *“vécu corporel parce que des sensations cénesthésiques peuvent se lier”* et l'**E2** aborde rapidement le travail autour du schéma corporel, notamment dans le cas de troubles praxiques.

Les professionnels n'envisagent pas tous d'intervenir au même moment.

Tandis que l'**E2** et l'**E3** pensent que l'accompagnement ergothérapeutique pourrait être bénéfique tout au long de la période périnatale, l'**E1** l'imagine plutôt pendant la grossesse et l'**E4** au cours de la période post-partum. Selon l'**E2** et l'**E3**, un suivi dès la grossesse permettrait d'être dans une démarche de prévention, compte tenu des risques de vulnérabilité de la mère au cours de cette période. L'**E2** propose par exemple de travailler sur la métacognition, ou encore de commencer à améliorer la cognition sociale. Au contraire, l'**E4** pense qu'à cette période, l'accompagnement ergothérapeutique ne serait pas pertinent, excepté si une relation de confiance est déjà établie, et qu'il reviendrait plutôt au médecin et aux infirmiers qui la suivaient en amont, ainsi qu'aux professionnels de l'ASE. Cet accompagnement le serait davantage une fois que la femme aurait accouché. Cela est en accord avec les axes d'intervention que ce dernier a proposés.

Enfin, deux des ergothérapeutes mettent spontanément en avant **l'importance du travail pluriprofessionnel**. L'**E1** indique qu'il est nécessaire de *“travailler en équipe, surtout avec les AS, les médecins psychiatres, les infirmiers”* et l'**E4** que *“l'accompagnement interprofessionnels et donc notamment avec les travailleurs sociaux et le personnel de l'aide sociale à l'enfance et des puéricultrices etc, est déterminant”*. Lors de l'entretien, l'**E4** cite cinq fois d'autres professionnels. Il

aborde également **le manque de soutien** de l'équipe soignante envers une femme qui a finalement réussi à récupérer la garde de sa fille.

★ Thème 5 : Freins à la pratique ergothérapique

La méconnaissance, citée par trois des quatre ergothérapeutes, semble être le frein principal à la pratique ergothérapique dans le domaine de la maternité. L'**E1** et l'**E3** l'évoquent de manière spontanée. En indiquant le besoin de justifier notre pratique, l'**E2** l'induit également.

L'**E2** rapporte des "**freins institutionnels**", et l'**E3** évoquent les priorités de budget destiné au domaine sanitaire, l'emploi privilégié d'infirmiers et le peu d'ergothérapeutes dans des instances décisionnelles ou dans l'encadrement, semblent grandement impacter le recrutement d'ergothérapeutes au sein de structures périnatales. De plus, il existe relativement peu d'UMB en France, relevant selon l'**E2**, de la présence de **représentations négatives et stigmatisantes** quant à la maternité de femmes souffrant de troubles psychiques en général, et davantage lorsqu'il s'agit d'une schizophrénie. Au cours des entretiens, deux ergothérapeutes confient leurs inquiétudes dans certaines situations, concernant les risques pour le développement de l'enfant, ainsi que la santé de la mère.

Les points de vue des ergothérapeutes divergent quant à **nos compétences** dans le domaine de la maternité. Selon l'**E4**, l'absence d'ergothérapeutes au sein de structures périnatales est justifiée par notre manque de compétence dans ce domaine. Il indique que nous ne sommes pas "*des professionnels spécifiquement compétents de la petite enfance*". Au contraire, l'**E2** affirme que nous sommes compétents dans ce domaine et que nous avons des connaissances sur le développement de l'enfant. L'**E3** évoque également ces connaissances acquises lors de notre formation, et cite notamment les travaux de D.W. Winnicott ou encore de M. Klein. De plus, lors de l'évocation de son intervention auprès de mères souffrant de schizophrénie stabilisées, l'**E4** rapporte une situation au cours de laquelle il avait eu "*l'impression de vivre un moment fort, revoyant les éléments de psychopathologie que nous apprenons en tant qu'ergothérapeutes et notamment les fameux holding et handling de Winnicott*".

3. Discussion

Dans cette partie, sont mis en regard les résultats obtenus avec le cadre conceptuel, selon les cinq thèmes établis précédemment. Des sous-thèmes ont été pensés pour les deuxième, troisième et quatrième thèmes.

★ Thème 1 : Profil des mères souffrant de schizophrénie accompagnées

Tout d'abord, les professionnels ainsi que divers médecins tels que Coen (2008) et Grangé et Boileau (2015), indiquent que la période post-partum peut exacerber **le risque de décompensation des nouvelles mères**.

L'environnement peut représenter un obstacle. Deux ergothérapeutes évoquent **des conditions de vie fragiles**. L'une d'entre elles avance avec réserve, du fait de la potentielle influence de son lieu d'exercice, que de nombreuses femmes rencontrées venaient de milieux relativement précaires. Selon Vacheron (2015), psychiatre, cela se vérifie dans de maintes situations. De plus, tous les ergothérapeutes abordent **la non-programmation de la grossesse** liée, dans certains cas, à **l'absence du conjoint**. Vacheron et al. (2015), relèvent également ces faits. Seules 20 à 30% des femmes atteintes d'une maladie psychiatrique en France, vivent avec un partenaire, qu'elles soient mères ou non (Vacheron et al., 2015). La prévalence des troubles psychiatriques du conjoint, comprise entre 2 et 4% (Vacheron et al., 2015), explique probablement les inquiétudes de l'une des ergothérapeutes quant à la présence du père dans certaines situations. Pour Vacheron (2015), l'isolement social et affectif, ainsi que des relations familiales difficiles représentent des obstacles à l'expérience de la maternité de ces femmes. Ceci est aussi mis en évidence par les ergothérapeutes. Or, divers auteurs tels que Dolto (1994), Cognard et Wendland (2019) ou encore Vacheron (2015), ainsi que l'une des ergothérapeutes interrogés, soulignent l'importance de la présence et de l'étayage d'un tiers, notamment du conjoint et des grands-parents, pour le développement de l'enfant.

Enfin, dans les situations présentées lors des entretiens, l'intervention de l'ASE pour le placement des enfants est récurrente. Vacheron et al. (2015) indiquent qu'il est effectivement parfois nécessaire d'envisager cette solution.

En revanche, plusieurs professionnels ont évoqué des exemples dans lesquels la maternité s'est révélée être **une expérience positive**. Coen (2008), psychiatre, précise que celle-ci peut apporter une certaine stabilité en particulier lorsque les mères se sentent actrices dans leur maternité (Cognard et Wendland, 2015).

★ Thème 2 : Impacts de la maternité sur le fonctionnement occupationnel

2. 1. Une période de transition : l'intégration des occupations maternelles

En évoquant un "*bouleversement*" ou encore "*un événement de vie*", les ergothérapeutes soutiennent l'idée que la maternité est une période de transition. Elle entraîne de nombreux changements (Lawler et al., 2015). On parle alors de **transition occupationnelle** puisque ces nouvelles mères doivent intégrer les occupations maternelles.

En découle des **difficultés d'accordage** mises en avant par Cognard et Wendland (2019) et Coen (2008), ainsi que par les ergothérapeutes. Deux d'entre eux soulignent le caractère obligatoire des occupations maternelles, appuyé par l'expression "devoirs maternels" du sociologue Blöss (2016). Certaines mères expriment fréquemment le besoin de s'engager dans des occupations significatives qui participaient au maintien d'une certaine stabilité. L'étude menée par Horne et al. (2015), met également ce déséquilibre en évidence et Dominguez et al. (2018) soulignent les difficultés à consacrer le temps nécessaire au repos, essentiel pour de nombreuses personnes souffrant de schizophrénie (Urlic et Lentin, 2010).

Ces nouvelles occupations maternelles peuvent être des contraintes supplémentaires aux difficultés préexistantes quant à la réalisation des soins personnels. Les ergothérapeutes évoquent une possible "**surcharge occupationnelle**", notamment lorsque la symptomatologie s'exprime sur un versant négatif. Franck (2013), psychiatre français, indique que cela entrave l'activité et peut entraîner une incapacité fonctionnelle majeure. Par ailleurs, deux des ergothérapeutes associent également cette "surcharge occupationnelle" à l'absence du conjoint ou d'un environnement social étayant, pourtant essentiel.

2. 2. Les occupations maternelles : des occupations complexes

En outre, les ergothérapeutes soulignent **les difficultés fréquentes à réaliser les occupations maternelles**, du fait de leur complexité. Venkataraman et Ackerson (2008), docteurs et assistants professeurs dans le domaine du travail social, décrivent effectivement la maternité comme étant une “activité de vie quotidienne complexe qui requiert des compétences dans de nombreux domaines tels que l’attention et le soin à l’enfant, l’éducation et la guidance” (p.390).

Selon Coen (2008), ainsi que l’une des ergothérapeutes interrogées, les nouvelles mères peuvent faire face à **des difficultés de reconnaissance des états émotionnels et des besoins de l’enfant, altérant leur possibilité d’y répondre**. Cela semble être en lien avec les troubles de la cognition sociale, mais aussi du fait de la complexité d’établissement du lien et de l’investissement de l’enfant, soulignée par l’ensemble des professionnels rencontrés, Cazas (2008), Vacheron et al. (2015) et Cognard et Wendland (2015). Tous notent que les liens établis peuvent être de l’ordre de la fusion, notamment lié à la perte de limite entre ce qui provient de soi ou de l’extérieur (Franck, 2013). Les besoins de la mère et ceux de l’enfant peuvent alors être confondus et l’autonomisation des enfants, qui rompt la relation fusionnelle vécue avec le bébé peut aussi être une période de souffrance pour la mère (Coen, 2008 ; Cazas, 2008). Cela rejoint les travaux de Winnicott (1992), qui relève la nécessité de l’identification de la mère à son bébé pour répondre aux besoins fondamentaux de l’enfant tout en étant capable de maintenir son identité propre.

De plus, les troubles du comportement relevés par les ergothérapeutes tels qu’une possible “*incohérence*” de la conduite, une certaine “*irresponsabilité*” ou encore une “*non appréhension du danger*”, empêchent également la possibilité de répondre aux besoins de l’enfant. Cela est confirmé par l’étude menée par Cognard et Wendland (2015), dans laquelle certaines mères expliquaient avoir déjà eu des réactions imprévisibles, et ce notamment lors de situations inhabituelles.

Enfin, l’ergothérapeute ayant une approche de réhabilitation psychosociale indique que les possibles troubles cognitifs et praxiques peuvent également entraver l’activité. Franck (2013) indique que ces symptômes neurocognitifs concernent 70 à 80% des personnes souffrant de schizophrénie et impactent grandement leur

autonomie. Toutefois, il ajoute qu'ils sont souvent omis, expliquant probablement le fait que seulement l'une des ergothérapeutes les ait relevés.

2. 3. Impacts sur la volition : déséquilibre du système "humain"

Les professionnels questionnés rapportent que l'ensemble de ces obstacles impactent le **sentiment de compétence** de ces femmes, inhérent à la volition, et ainsi leur estime de soi. Selon l'une des ergothérapeutes et Coen (2008), certaines femmes craignent de perdre la garde de leur enfant. Les femmes interrogées par Cognard et Wendland (2015) expriment également le manque de confiance en elles quant à leurs compétences parentales. Or, Kielhofner (2008) indique que des déséquilibres peuvent être vécus lorsque l'un des éléments du système dynamique relatif au développement humain, dont fait partie la volition, est impacté.

2. 4. Le placement de l'enfant : une situation de privation occupationnelle

D'autre part, les ergothérapeutes mentionnent des répercussions inhérentes à la **situation de privation occupationnelle** vécue lors du possible placement de l'enfant. Il semblerait que la littérature ergothérapique évoque peu ces situations. Pourtant, celles-ci paraissent récurrentes. Hojatzadeh et al., (2015, cité par Lim et al., 2021) semblent y faire indirectement référence en soulignant notre intérêt particulier pour la justice occupationnelle, se référant à la possibilité "d'exercer et de choisir les activités signifiantes pour exprimer son identité, se développer, faire reconnaître son pouvoir d'agir et de décider" (Riou, 2017, p.29). Cette notion est donc altérée lorsque le placement des enfants est nécessaire.

2. 5. Une période de déséquilibre occupationnel

Ainsi, une insatisfaction est notable quant au fonctionnement occupationnel de ces femmes. L'ensemble des ergothérapeutes relève les répercussions de la maternité sur l'équilibre occupationnel de ces femmes. Celui-ci est décrit comme étant le fait d'avoir le sentiment, selon son expérience individuelle et subjective, d'avoir les justes quantités et variations d'occupations dans son profil occupationnel par Wagman et al. (2012). Ainsi, **certaines femmes semblent connaître un**

déséquilibre occupationnel. Or Riou (2017), explique que le rôle de l'ergothérapeute est de permettre à la personne de retrouver un fonctionnement qui lui est satisfaisant et ainsi un certain équilibre occupationnel.

★ Thème 3 : Pratique ergothérapique actuelle

3. 1. Etat des lieux de la pratique ergothérapique actuelle

Lim et al. (2021) rapportent que peu d'ergothérapeutes interviennent dans le domaine de la maternité ou y attribuent des objectifs. **Pourtant, tous les professionnels interrogés ont accompagné des femmes dans leur expérience de la maternité, même s'ils ne sont pas intervenus spécifiquement sur celle-ci.** Ils précisent que les ergothérapeutes ont une **vision holistique** de la personne et l'accompagnent dans son évolution. Acharya (2014), ergothérapeute, souligne également cette caractéristique de notre pratique. D'autre part, les professionnels expliquent définir des objectifs en fonction des besoins, de la volonté et des demandes de chaque personne, lui permettant ainsi d'être actrice dans ses soins.

3. 2. Un objectif premier : le soutien du développement de la mère dans son individualité

Tout d'abord, les ergothérapeutes questionnés notent l'importance **d'accompagner la nouvelle mère dans son individualité**, soulignée par d'autres ergothérapeutes exerçant en santé mentale tels que Klein, (2016), Person (2016) et Bossard et al. (2015). En effet, selon Franck (2013), les personnes souffrant de schizophrénie peuvent connaître une perte de limite entre ce qui provient de soi ou de l'extérieur. Au cours de la période périnatale, certaines femmes peuvent alors établir des liens de fusion, voire de confusion avec leur bébé, altérant le maintien de leur identité propre et ainsi les occupations maternelles. Ainsi, en accompagnant la femme dans son autonomie et en considérant sa qualité de mère, l'ergothérapeute participe indirectement au soutien de son expérience de la maternité.

3. 3. Des interventions spécifiques à la maternité

Par ailleurs, trois des ergothérapeutes interviewés indiquent avoir travaillé, de manière ponctuelle, plus spécifiquement sur la maternité. Ces interventions sont relativement diversifiées, que ce soit lors d'une séance conjointe avec l'enfant, lors d'accompagnements au cours de visites médiatisées avec l'ASE, à domicile, ou encore par des séances axées sur la reconnaissance des émotions de l'enfant. L'ergothérapeute n'ayant pas défini d'objectif à ce sujet accompagnait une femme dont tous les enfants étaient placés, expliquant probablement le suivi axé davantage sur la personne que sur son expérience maternelle.

★ Thème 4 : Axes d'intervention en ergothérapie

4. 1. La plus-value de l'ergothérapeute : professionnel de l'occupation

Les ergothérapeutes, lors des entretiens réalisés ainsi que dans les articles, apportent tous des **justifications quant à la pertinence de notre pratique et nos capacités à intervenir dans le domaine de la maternité.**

Tous les professionnels rencontrés soulignent **la relation privilégiée** établie avec la personne. Celle-ci n'est pas mise en avant dans la littérature, potentiellement lié au fait que les articles ergothérapeutiques traitant de l'intervention dans le domaine de la maternité ne sont pas spécifiquement axés sur la santé mentale. Or, dans le livre blanc "*L'ergothérapie en santé mentale : enjeux et perspectives*", l'ANFE (2016) évoque à maintes reprises l'importance conférée à l'instauration d'une relation thérapeutique de confiance, support de notre accompagnement. L'une des ergothérapeutes rapporte que cela permettait à plusieurs usagers, aussi bien des femmes que des hommes, de lui confier leur désir d'enfant. La présence d'ergothérapeutes dans ce domaine pourrait donc pallier le manque de soutien ressenti par certaines femmes souligné par l'un des ergothérapeutes, et divers auteurs tels que Cognard et Wendland (2015) et Vacheron (2015).

Dominguez et al. (2018) mettent en avant **le lien intime entre la maternité et les occupations maternelles.** Seulement l'une des ergothérapeutes interviewés souligne notre **spécificité concernant l'occupation humaine**, corroborée par Meyer (2018), qui nous qualifie de "spécialistes" de l'occupation. En effet, Dominguez

et al. (2018), nous informent qu'il existe peu de littératures relatives à la pratique ergothérapique en lien avec les occupations inhérentes à la maternité. De plus, les évolutions de notre exercice en santé mentale ont engendré une multiplicité des approches utilisées, ne conférant pas toutes la même place et perception du rôle de l'occupation au sein de notre intervention (Klein, 2016). Son approche et ses formations de réhabilitation psychosociale peuvent expliquer en partie le fait qu'elle ait été la seule à relever cette spécificité.

4. 2. Axes d'intervention proposés

En accord avec la pluralité des approches ergothérapiques existantes ainsi qu'aux formations spécifiques à chaque ergothérapeute rencontré, les propositions d'axes d'intervention dans le domaine de la maternité sont très diversifiées. Cette pluralité se retrouve également dans la littérature.

- *Favoriser l'établissement de la relation mère-enfant :*

Deux des ergothérapeutes pensent que nous pourrions **favoriser le lien avec l'enfant**, tandis qu'une autre indique que de nombreux professionnels agissent déjà en ce sens. Olson (2006), en s'intéressant à l'accompagnement de mères souffrant de dépression pour lesquelles ce lien est également difficile, propose aussi de soutenir l'établissement de la relation, et ce notamment dans la réalisation de leurs activités de vie quotidienne, puisque c'est notre spécificité.

- *Permettre et faciliter la réalisation des occupations maternelles :*

L'ergothérapeute ayant souligné notre spécificité concernant l'occupation humaine est la seule à envisager **d'intervenir autour des occupations maternelles**. Pourtant, l'ANFE (2021) indique que l'ergothérapeute intervient afin de permettre aux personnes de mener "une vie satisfaisante à travers les activités porteuses de sens pour elles, et qui seront support de leur participation sociale", et les occupations inhérentes à la maternité peuvent en faire partie. De plus, accompagner et soutenir la personne dans ses projets permet de renforcer sa confiance en ses propres capacités et son estime de soi (Klein, 2016). Koenig (2017), docteure en psychologie, nous informe que ces facteurs favorisent le rétablissement expérientiel et participent à l'*empowerment*. Les nouvelles mères pourraient alors solliciter plus

aisément l'aide de professionnels. Vacheron (2015) indique que peu collaborent avec ces derniers actuellement du fait du manque de soutien ressenti et de la faible confiance en leurs capacités à accomplir ce rôle.

- *Soutenir le développement individuel de la mère :*

Par contre, tous les ergothérapeutes s'accordent sur **l'accompagnement de la mère dans son individualité**, plutôt que d'intervenir uniquement et de manière spécifique sur la maternité. Les auteurs évoquent cette nécessité pour toutes les femmes. Par exemple, Urlic et Lentin (2010) et George (2011), proposent d'aider la nouvelle mère à déterminer ses priorités et à s'engager dans des occupations signifiantes pratiquées avant la grossesse. Or, cette problématique d'individuation de soi est majorée lorsque la mère souffre de schizophrénie. Les ergothérapeutes proposent d'accompagner ces femmes en fonction des problématiques inhérentes à chacune. Ils insistent par exemple sur l'importance de les aider à prendre soin d'elles, à répondre à leurs besoins primaires, à trouver leur nouveau rythme de vie et à réorganiser ses journées. En ce sens, deux d'entre eux envisagent également de travailler autour du **vécu corporel**. Cela ne semble pas être évoqué par les auteurs, puisque cette problématique est plus spécifique à la schizophrénie.

- *Aménager un environnement facilitateur :*

Enfin, bien qu'ayant des objectifs divers, les ergothérapeutes s'accordent et rejoignent les auteurs en proposant **d'intervenir sur les espaces, et plus spécifiquement sur l'environnement de la personne**. Certains ergothérapeutes, tels que Olson (2006) et Farber (2000) ainsi que l'une interviewée, proposent d'agir sur l'environnement afin que ce dernier soit thérapeutique et soutienne la mère dans l'expérience de la relation avec son enfant en facilitant la réalisation des occupations maternelles notamment. Pour George (2011), cela permettrait la reprise des occupations signifiantes de la nouvelle mère et selon une autre ergothérapeute, l'objectif serait de conserver l'individualité de la mère et de l'enfant. Enfin, une démarche d'évaluation d'un environnement destiné à accueillir un enfant et à s'en occuper est également proposée par l'un des professionnels.

4. 3. Les modalités d'intervention

Les avis des ergothérapeutes diffèrent quant **au moment le plus opportun pour intervenir**. Dans la littérature, les professionnels ne semblent pas non plus préciser que notre accompagnement serait préférable à un moment spécifique. Cela s'accorde avec la variété de propositions d'axes d'intervention.

Enfin, la pratique ergothérapique s'inscrit dans **un travail pluriprofessionnel**, relevé par deux des ergothérapeutes questionnés, ainsi que dans le livre blanc sur l'ergothérapie en santé mentale rédigé par l'ANFE (2016), qui souligne cette nécessité à plusieurs reprises.

★ Thème 5 : Freins à la pratique ergothérapique

Les professionnels interrogés mettent en avant plusieurs freins pouvant expliquer le peu d'ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la maternité. Sont notamment relevés **la méconnaissance et des freins institutionnels**. Ces obstacles ne semblent pas être explicités dans la littérature.

D'autre part, l'une des ergothérapeutes souligne qu'il existe peu d'UMB en France, probablement lié à la présence de **représentations négatives et stigmatisantes** quant à la possibilité de maternité de femmes souffrant de schizophrénie. Celles-ci sont confirmées par Cognard et Wendland (2015) et Vacheron (2015), qui rapportent un manque de soutien ressenti par les nouvelles mères ainsi que la désapprobation des équipes soignantes. Deux des ergothérapeutes interviewés confient au cours des entretiens leurs inquiétudes quant à certaines situations rencontrées. Cela est intimement lié aux enjeux majeurs inhérents à la maternité, tant concernant le développement de l'enfant que la santé mentale de la mère. Par ailleurs, le nombre d'UMB en France est effectivement relativement faible puisqu'il existe seulement vingt UMB à temps plein, ainsi que vingt-sept en hospitalisation de jour.

Enfin, les ergothérapeutes questionnés sont en **désaccord quant à nos compétences** pour intervenir spécifiquement sur la maternité. L'un d'eux estime que

nous ne sommes pas des professionnels de la petite enfance. Toutefois, il évoque nos connaissances sur la fonction maternelle, théorisée par Winnicott, au cours de l'entretien. Deux autres ergothérapeutes affirment quant à elles nos compétences dans ce champ et soulignent nos connaissances sur le développement de l'enfant. Cette pensée est partagée par Bassett et Lloyd (1999), qui mettent en avant nos connaissances théoriques relatives à celui-ci ainsi que sur les répercussions de la maladie psychiatrique sur le fonctionnement social et occupationnel des individus. Le manque de légitimité ressenti par certains ergothérapeutes peut probablement s'expliquer partiellement par l'absence de l'étude de la pratique dans le domaine de la maternité au sein des programmes de formation, indiquée par Lim et al. (2021).

4. Limites et intérêts de la recherche

Cette étude comporte des limites qu'il est important de considérer dans la lecture des résultats.

Tout d'abord, **la bibliographie** utilisée concernant l'état des lieux de la pratique ergothérapeutique dans le domaine de la maternité est questionnable. En effet, certains articles ne sont pas spécifiquement axés sur l'accompagnement de la maternité en santé mentale. De plus, aucun n'est francophone, or les pratiques diffèrent d'un pays à l'autre.

D'autre part, **des limites d'ordre méthodologique** peuvent être relevées. Cette recherche a été menée sur un faible échantillon, puisque seulement quatre ergothérapeutes ont pu être interrogés. De plus, ces professionnels n'ont rencontré que peu de mères souffrant de schizophrénie qui étaient stabilisées au cours de leur expérience professionnelle. Ainsi, les résultats ne peuvent être généralisés.

Il aurait aussi été intéressant de recueillir les avis de **professionnels exerçant au sein de structures périnatales**, considérés comme "experts" dans ce domaine. Du fait de leur spécialisation, ces derniers ont probablement vécu des expériences plus diversifiées et enrichissantes. De même qu'il aurait été pertinent de m'entretenir avec l'ergothérapeute exerçant au sein d'une unité mère-bébé. Toutefois, cela n'a pas pu être réalisé dans le temps imparti. Il me semblerait également intéressant d'interroger des usagers afin qu'ils partagent leur point de vue expérientiel et des réponses précises quant à aux répercussions occupationnelles

expérimentées notamment. Là encore, le temps alloué ainsi que la loi Jardé ne m'ont pas permis d'explorer cette piste.

D'autre part, lors des entretiens, certains termes spécifiques tels que l'"équilibre occupationnel" par exemple, n'ont pas été redéfinis avec les ergothérapeutes interrogés. Or, le terme d'occupation n'est pas encore largement utilisé par les ergothérapeutes en Europe francophone. Cela a pu constituer un biais dans ma recherche.

Ce projet de recherche aura permis de **relever les répercussions occupationnelles inhérentes à la maternité, justifiant ainsi la pertinence de la pratique d'ergothérapeutes**, spécialistes de l'occupation humaine, auprès des mères souffrant de schizophrénie stabilisées. L'accompagnement ergothérapique dans ce domaine demeure encore peu connu et développé. Cette étude permet de **souligner le manque de professionnels au sein d'unités périnatales et d'éclairer le travail réalisé par des ergothérapeutes** exerçant dans le domaine de la psychiatrie d'adultes, dans le soutien de l'expérience de la maternité de femmes souffrant de schizophrénie.

5. Ouvertures et perspectives

Suite à l'aboutissement de ce projet de recherche, d'autres questionnements et perspectives de travail ont émergé.

Premièrement, la maternité de femmes souffrant de troubles psychiques étant une **problématique de santé publique**, je me suis interrogée quant aux recommandations énoncées ainsi que sur les objectifs et stratégies proposés. En effet, La Stratégie Nationale de Santé datant de 2018-2022 décrit l'enfance comme étant une période de "fragilité", à l'origine de difficultés rencontrées à l'âge adulte. Il est indiqué qu'il est important d'intervenir auprès des familles précocement, à savoir dans les six premières années de vie de l'enfant. Ces interventions ont également pour objectif de permettre aux parents de prendre confiance en eux et en leurs capacités.

Les recommandations professionnelles de la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP) inhérentes au dernier Plan Périnatalité de 2005-2007, affirment

que l'accompagnement de la mère implique un travail en réseau des professionnels de santé. Les ergothérapeutes ne sont pas cités dans les professionnels concernés. Or, les objectifs d'intervention proposés par les ergothérapeutes semblent correspondre à ceux énoncés dans ces recommandations.

Tout d'abord, il est inscrit que le suivi doit être pensé selon **une approche globale et favoriser la participation active des parents**. Cela permettrait de renforcer l'estime d'eux-mêmes et leur autonomie. Dans l'enquête, les ergothérapeutes ont insisté sur notre approche holistique, permettant d'accompagner la personne dans sa globalité. D'autre part, nous cherchons à favoriser l'*empowerment* des nouvelles mères en les rendant actrices de leurs soins et ainsi participer au renforcement de l'estime d'elles-mêmes et de leur sentiment de compétence.

Il est également inscrit dans les recommandations professionnelles de la PNP que certains troubles de l'établissement du lien parents-enfant pourraient être détectés en amont par "**une attention précoce portée à la femme enceinte**", répondant ainsi aux stratégies préventives proposées par le Plan Périnatalité 2005-2007. Or, dans l'enquête, tous les ergothérapeutes indiquent avant tout soutenir la mère dans son individualité, participant indirectement à l'accompagnement de son expérience de la maternité.

Enfin, d'autres objectifs énoncés dans ces recommandations tels que **l'accompagnement du retour à domicile, l'aménagement d'un environnement, la réponse aux besoins du bébé**, rejoignent tout à fait ceux proposés dans les axes d'intervention des ergothérapeutes.

En ce sens, il serait intéressant de conduire cette étude auprès de professionnels autres qu'ergothérapeutes. Cela permettrait alors de comparer leurs réponses et leur vision de l'accompagnement qu'ils proposent et ainsi d'appuyer la spécificité de notre vision holistique et de notre approche occupationnelle.

Le Plan Périnatalité 2005-2007 insiste largement sur la nécessité d'une démarche d'accompagnement préventive. Une étude portant sur le rôle et l'intervention de l'ergothérapeute plus précisément en prévention pourrait compléter ce travail.

D'autre part, l'enquête nationale périnatale de 2021 indique que près de 17% des femmes devenues mères souffrent de symptômes dépressifs majeurs et qualifient la période post-partum comme étant "difficile". Les sources de difficultés énoncées concernent majoritairement la fatigue ressentie. Pour certaines, le manque de conseils pour s'occuper de l'enfant et la réalisation des occupations maternelles y participent également. Ainsi, il serait intéressant **d'élargir cette recherche à l'accompagnement de la transition occupationnelle vécue au cours de la période périnatale par les femmes souffrant d'autres troubles psychiques**, tels que la dépression post-partum, puisque cela semble concerner de nombreuses femmes.

Le sentiment d'incompétence ou d'illégitimité ressenti par l'un des ergothérapeutes interviewés et relevé par les études de Hackett et Cook (2016) m'interpelle également. Il me semblerait judicieux de s'intéresser plus particulièrement à la formation initiale et continue et à l'identité professionnelle des ergothérapeutes, afin de comprendre la source de ces ressentis.

Enfin, il me serait pertinent **de conduire cette étude dans d'autres pays, notamment au Royaume-Uni et en Australie**. En effet, les UMB ayant été développées au Royaume-Uni vingt plus tôt qu'en France, c'est-à-dire dans les années 1960, leur pratique ergothérapeutique y est sans doute plus avancée et experte.

Plusieurs articles ergothérapeutiques s'intéressant à l'accompagnement de la maternité proviennent d'Australie. De plus Lim et al. (2021), qui ont développé le cadre conceptuel "The parenting Occupations and Purposes" (POP), sont trois ergothérapeutes australiennes. Leur but était de soutenir et de guider la pratique des ergothérapeutes dans le domaine de la parentalité. J'ai établi un premier contact avec deux des auteures par mail, afin de me renseigner sur l'intégration de ce cadre conceptuel au sein de la pratique d'ergothérapeutes exerçant en santé mentale en Australie. Dans cette continuité, un travail de traduction et d'adaptation du POP à notre culture pourrait aussi être envisagé. Cela permettrait probablement de guider et de légitimer notre pratique dans ce domaine, ainsi que de la promouvoir vis-à-vis des instances décisionnelles.

CONCLUSION

La période périnatale est une période de vulnérabilité psychique et le risque de décompensation est majeur pour les mères souffrant de schizophrénie. La mise au monde d'un enfant est un réel bouleversement, en partie lié à la transition occupationnelle associée. Ces nouvelles mères nécessitent un accompagnement au cours de la période périnatale par des équipes pluriprofessionnelles au sein desquelles les ergothérapeutes sont peu représentés voire absents comme dans les Unités Mère-Bébé. Ce constat a motivé ce projet de recherche, portant sur l'apport de la pratique ergothérapique au sein d'une équipe pluriprofessionnelle dans le soutien à la maternité des femmes souffrant de schizophrénie stabilisées.

Afin d'éclairer ce questionnement, quatre entretiens semi-directifs ont été menés auprès d'ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la psychiatrie d'adultes. Suite à cette enquête, j'ai constaté que tous les professionnels interrogés relèvent diverses répercussions occupationnelles inhérentes à la maternité. Certaines sont liées à l'intégration de nouvelles occupations, d'autres sont associées à la situation de privation occupationnelle parfois vécue. Il est important de souligner que cela impacte l'équilibre occupationnel des nouvelles mères. Cette étude m'a permis de comprendre que les ergothérapeutes n'interviennent pas de manière spécifique autour de la maternité, mais accompagnent tous cette expérience par le soutien de la mère dans son individualité. D'autre part, l'ensemble des professionnels justifie la pertinence de notre pratique dans ce domaine, relève la plus-value de celle-ci au sein d'une équipe pluriprofessionnelle et apporte des propositions d'axes d'intervention, comme l'aménagement de l'environnement par exemple. Enfin, ils identifient certains freins à l'exercice et au recrutement d'ergothérapeutes au sein de structures périnatales, comme le sentiment d'incompétence ressenti par certains ergothérapeutes, sur lequel il serait intéressant de se pencher plus précisément.

BIBLIOGRAPHIE

- Acharya, V. (2014). Preparing for motherhood: a role for occupational therapy. *WFOT Bulletin*, 70, 16-17.
- American Psychiatric Association. (2013). *Manuel Diagnostique et statistique des Troubles Mentaux*. (5e éd.). Elsevier Masson.
- ANFE (2016). Ergothérapie en santé mentale : *Enjeux et Perspectives*. ANFE.
- ANFE (Juillet 2021). Ergothérapie et santé mentale. Note de synthèse en vue des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, Paris, France.
- Bailey, A. (2008). Mothering, Diversity and Peace : Comments on Sara Ruddick's Feminist Maternal Peace Politics. *Journal of Social Philosophy*, 26(1), 162-182. [10.1111/j.1467-9833.1995.tb00063.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-9833.1995.tb00063.x)
- Bassett, H. & Lloyd, C. (1999). Meeting the needs of parents with mental illness. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 60 (4), 176-180.
- Blöss, T. (2016). Devoirs maternels : Reproduction sociale et politique des inégalités sexuées. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 214(4), 46-55. <https://doi.org/10.3917/arss.214.0046>
- Bossard, C., Launois, M., Schmitt, B., & Wihlidal, M.-C. (2015). « Que devient l'ergothérapie ? » Conversation entre ergos. *VST - Vie sociale et traitements*, 128(4), 60-66. <https://doi.org/10.3917/vst.128.0060>
- Cazas, O. (2007). Femmes psychotiques et maternité: Quels risques pour l'enfant ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 1055-1059.
- Cazas, O. (2008). La femme schizophrène confrontée à l'expérience de la maternité et de la naissance. Dans B. Bayle (Ed.) *Ma mère est schizophrène* (p.53-64). Eres.
- Charret, L. & Thiébault Samson, S. (2017). Histoire, fondements et enjeux actuels de l'ergothérapie. *Contraste*, 45, 17-36. <https://doi.org/10.3917/cont.045.0017>

Coen, M. (2008). Le vécu de la maternité chez les femmes schizophrènes. Dans B. Bayle (Ed.) *Ma mère est schizophrène* (p.37-52). Eres.

Cognard, M. & Wendland, J., (2015). L'expérience de la parentalité de mères psychotiques. *Dialogue*, 4(210), 99-110. <https://doi.org/10.3917/dia.210.0099>

Cognard, M. & Wendland, J., (2019). La parentalité des mères psychotiques et sa prise en charge en psychiatrie vue par les professionnels de santé. [Mémoire de psychologie]. Université Paris Descartes, Sorbonne Paris cité.

Dammak, A., Stiti, M. & Vacheron, M.-N. (2014). Stabilisation des patients schizophrènes en post-aigu : de l'hôpital à la cité. *L'Encéphale*, 40(5), 401-407. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2014.08.008>

Djaoui, E. (2015). Rôles sociaux et activité : éclairage psychosociologique de la notion d'activité dans ses liens avec le rôle social. Dans M.-C. Morel-Bracq (Ed.) *L'activité humaine : un potentiel pour la santé ?* (p.207-215). De Boeck Solal.

Dolto, F. (1994). *Les étapes majeures de l'enfance : articles et conférences*. Gallimard.

Domínguez, M-M., Rivas-Quarneti, N., & Gonzalo, N. G. (2018). Yo lo parí y él me dio la vida : estudio de la transición ocupacional vinculada a la maternidad de dos mujeres con trastorno mental. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 271–285. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1156>

Dugnat, M. (2013). Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé : une réponse adaptée, un dispositif à déployer. *La Santé en action*, 426, 44-46.

Elbaz-Cuoq, N. (2008). Mères schizophrènes et bébés placés : la réponse d'une unité mère-bébé. Dans B. Bayle (Ed.) *Ma mère est schizophrène* (p.145-155). Eres.

Ercan Dogu, S. & Orsel, S. (2022). The relationship between psychopathology, occupational balance, and quality of life among people with schizophrenia. *Australian*

Occupational Therapy Journal. Advance online publication.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12855>

Farber, R.S. (2000). Mothers with disabilities: in their own voice. *American Journal of Occupational Therapy*, 54(3), 260-268.
<https://doi.org/10.5014/ajot.54.3.260>

Franck, N. (2013). Clinique de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, 10(1), 1-16. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(12\)59577-5](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(12)59577-5)

George, M. (2011). Proposed Role for Occupational Therapy to Serve New Mothers. *Emerging Practice CATs*, Paper 10.

Grangé, G. & Boileau, B. (2015). Chapitre 10. Prise en charge des patientes ayant des troubles psychiatriques à la maternité. Dans M.-N. Vacheron (Ed.) *Maternité et psychiatrie: Répercussions et prise en charge* (p.111-120). Cachan: Lavoisier.

Hackett, E. & Cook, S. (2016). Occupational Therapists Perceptions of How They Support the Parenting Role of Mental Health Service Users Who Have Children. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(1), 32-49.
<https://doi.org/10.1080/0164212X.2015.1091280>

Horne, J., Corr, S. & Earle, S. (2005). Becoming a mother : a study exploring change in first-time motherhood. *Journal of Occupational Science*, 12 (3), 176-183.
DOI : 10.1080/14427591.2005.9686561

Jouet, E. (2016). Promouvoir l'empowerment en santé mentale. *Santé mentale*, 212, 24-31.

Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life : Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 33-37.
<https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.00006.x>

Kielhofner, G. (2008). Chapitre 1: Introduction. Dans G. Kielhofner (Ed.) *Model of human occupation : Theory and application* (4th éd.) (p.1-8). Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2008). Chapitre 3: The Dynamics of Human Occupation. Dans G. Kielhofner (Ed.) *Model of human occupation : Theory and application* (4th éd.) (p.24-31). Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2008). Chapitre 10: Doing and Becoming: Occupational Change and Development. Dans G. Kielhofner (Ed.) *Model of human occupation : Theory and application* (4th éd.) (p.126-140). Lippincott Williams & Wilkins.

Klein, F. (2016). Ergothérapeute, pour quoi faire ? Dans H. Hernandez (Ed.) *Ergothérapie et psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (p.37-54). De Boeck Supérieur.

Koenig, M. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie : une transformation longtemps silencieuse. *Presses de Rhizome*, 3 (65-66), 8-9. <https://doi.org/10.391/rhiz.065.0008>

Larivière, N. (2019). Évaluer l'équilibre occupationnel : quels outils sont actuellement disponibles ? Participation, occupation et pouvoir d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. Dans ANFE (Ed.) *Actualités en Ergothérapie*. Paris : ANFE.

Lawler, D., Begley, C., & Lalor, J. (2015). (Re)Constructing myself : The process of transition to motherhood for women with a disability. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1672-1683. <https://doi.org/10.1111/jan.12635>

Lim, Y. Z. G., Honey, A. & McGrath, M. (2021). The parenting occupations and purposes conceptual framework: A scoping review of 'doing' parenting. *Australian Occupational Therapy Journal*, 69(1), 98–111. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12778>

Lysaker, P.-H., Erickson, M., Buck K.-D. & Dimaggio, G. (2012). Les rapports entre métacognition, cognition et fonctionnement dans la schizophrénie : données issues de l'étude de récits personnels. *L'Information psychiatrique*, 88, 267-277. DOI : 10.1684/ipe.2012.0915

Mathon-Tourné, L. (2013). La singularité de la maternité éclairée par des scénarios transgénérationnels. *Psychologie clinique et projective*, 19, 269-287.

<https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/pcp.019.0269>

Meyer, S. (2013). *De l'activité à la participation*. De Boeck supérieur.
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Meyer, S. (2018). Quelques clés pour comprendre la science de l'ergothérapie et son intérêt pour l'ergothérapie. *Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie*, 4(2), 14-28.

Morel-Bracq, M.-C., Destailats, J.-M. & Platz, F. (2008). Dans J.-M. Caire (Ed.) *Nouveau guide de pratique en ergothérapie: entre concepts et réalités*. (p.109-125). Solal.

Neirinck, C. (2005). Maternité et filiation. *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, n 59, 27-33. <https://doi.org/10.3917/lett.059.0027>

Olson, L. (2006). When a mother is depressed : Supporting her capacity to participate in co-occupation with her baby- a case study. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(3/4), 135-152. https://doi.org/10.1300/J004v22n03_09

Park, M.-O. (2021). Effects of occupational balance and client-centered occupational management in a patient with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 69, 102984. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102984>

Person, Y. (2016). Ergothérapie et réhabilitation : le sens de l'action. Dans H. Hernandez (Ed.) *Ergothérapie en psychiatrie : de la souffrance psychique à la réadaptation* (p.199-206). De Boeck Supérieur.

Ricciardi, F. (2015). Chapitre 13 : Partenariat avec les unités mère-bébé. Dans M.-N. Vacheron (Ed.), *Maternité et psychiatrie: Répercussions et prise en charge* (p. 130-132). Cachan: Lavoisier.

Riou, G. (2017). Science de l'occupation et ergothérapie en psychiatrie. *Santé mentale*. (hors série), 26-31.

Rouvière. F. (2020). Vers une maternité présomptive ? *Revue trimestrielle de droit civil*, 01, p.235. halshs-02544772

Silva, O.-L. & Sousa, A.-T. (2016). Gestion de la qualité dans la recherche en sciences sociales et humaines : articulation entre les méthodes qualitatives et quantitatives. *Recherches Qualitatives*, (hors série) 18, 171-181. ISSN 1715-8702 - <http://www.recherche-qualitative.qc.ca/revue/>

Slootjes, H., McKinstry, C. & Kenny, A. (2016). Maternal role transition : Why new mothers need occupational therapists. *Australian Occupational Therapy Journal*, 63, 130-133. DOI: 10.1111/1440-1630.12225

Tétreault, S. (2014). Chapitre 8 : Entretien de recherche. In S. Tétreault (Ed.) *Guide pratique de recherche en réadaptation* (p.215-245). De Boeck Supérieur. <https://doi-org.accesdistant.sorbonne-universite.fr/10.3917/dbu.guill.2014.01.0215>

Townsend, E.-A. & Polatajko, H.-J. (2013). Chapitre 1 : Préciser le domaine primordial d'intérêt : l'occupation comme centralité. Dans E.-A. Townsend, H.-J. Polatajko (Ed.) *Habiliter à l'occupation : Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (p.15-40) (2e éd.). Noémie Cantin.

Townsend, E.-A. & Polatajko, H.-J. (2013). Chapitre 2 : Dans E.-A. Townsend, H.-J. Polatajko (Ed.) *Habiliter à l'occupation: Faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation*. (p.45-74) (2e éd.). Noémie Cantin.

Urlic, K. & Lentin, P. (2010). Exploration of the occupations of people with schizophrenia : Occupations of people with schizophrenia. *Australian Occupational Therapy Journal*, 57(5), 310-317. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1630.2010.00849.x>

Vacheron, M.-N., Mokrani, M. & Rouer-Saporta, S.-A. (2015). Chapitre 4 : Les pathologies mentales. Dans M.-N. Vacheron (Ed.) *Maternité et psychiatrie: Répercussions et prise en charge* (p.28-50). Cachan: Lavoisier.

Vacheron, M.-N. (2015). Chapitre 7 : Prise en charge de la parentalité en secteur de psychiatrie adulte. Dans M.-N. Vacheron (Ed.) *Maternité et psychiatrie: Répercussions et prise en charge* (p.85-91). Cachan : Lavoisier.

Van Campenhoudt, L & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. (4e éd.). Dunod.

Venkataraman, M. & Ackerson, B.-J. (2008). Parenting among mothers with bipolar disorder: strengths, challenges, and service needs. *Journal of Family Social Work*, 11(4), p. 389-408.

Vilas Boas Soares, M., & Pimenta Carvalho, A.-M. (2009). Las mujeres portadoras de trastornos mentales y la maternidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(5). <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000500006>

Wagman, P., Hakansson, C. & Björklund, A. (2012). Occupational balance as used in occupational therapy : a concept analysis. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 19(4), 322–327. <https://doi.org/10.3109/11038128.2011.596219>

Winnicott, D. W. (1992). *La mère suffisamment bonne*. Payot.

Winnicott, D. W. (1995). *Le bébé et sa mère*. Payot.

Winnicott, D. W. (2006). *La mère suffisamment bonne*. Payot&Rivages.

Yilmaz, M., Josephsson, S., Danermark, B. & Ivarsson, A.-B. (2008). Participation by doing: Social interaction in everyday activities among persons with schizophrenia. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 15, 162-172.

SITOGRAPHIE

ANFE. (2023, janvier 26). *Qu'est ce que l'ergothérapie*. Association Nationale Française des Ergothérapeutes.

https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/

Ministère de la Prévention et de la Santé. (2022, décembre 28). *Périnatalité*.
Ministère de la Prévention et de la Santé.
<https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/article/perinatalite>

OMS. (2022, décembre 28). Schizophrénie. Organisation Mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

République Française. (2023, février 25). *Exercice de l'autorité parentale*.
Service Public. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3132>

République Française. (2023, février 25). Loi du 2 août 2021 relative à la bioéthique.
Vie Publique.
<https://www.vie-publique.fr/loi/268659-loi-2-aout-2021-bioethique-pma>

WFOT. (2022, décembre 05). *About Occupational Therapy*. World Federation of Occupational Therapists. <https://www.wfot.org/about/about-occupational-therapy>

TEXTES DE DROIT

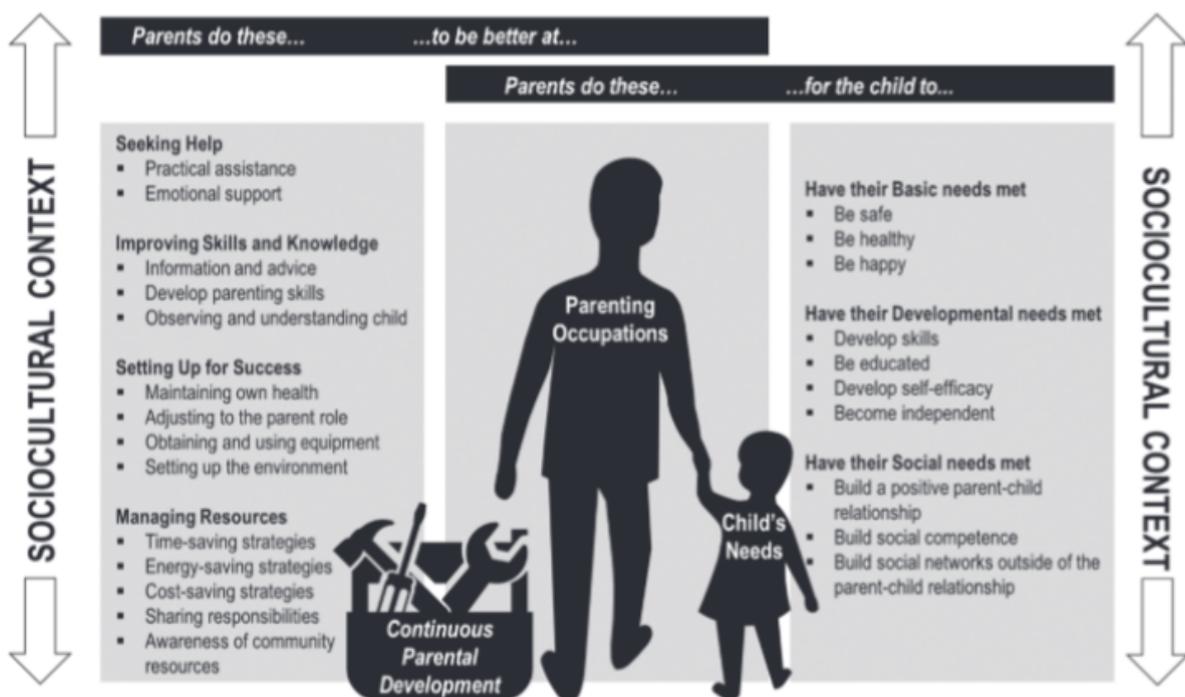
Assemblée générale des Nations unies (1948). Article 16. Déclaration universelle des droits de l'Homme.

Assemblée générale des Nations Unies (2006). Article 23. Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées.

World Association for Sexual Health (2014). Article 12. Déclaration universelle des droits sexuels.

ANNEXES

ANNEXE I. Cadre conceptuel *The Parenting Occupations and Purposes (POP)* développé par Lim et al. (2021)



Mémoire de fin d'études- IFE ADERE

• **Identification:**

Chercheur étudiant : Emma GUÉRINON

Mail: emma.guerinon@gmail.com

Téléphone : +33 6 47 21 64 25

Sous la direction de : Yolaine ZAMORA

Université : Institut de formation en ergothérapie ADERE- Sorbonne université

• **Objectif et Nature du projet:**

Ce projet de recherche a pour objectif de mener un mémoire de fin d'études d'ergothérapie. Il a pour but de développer la question de l'accompagnement ergothérapique de la maternité des femmes souffrant de schizophrénies et stabilisées.

• **Modalités et déroulement de participation :**

Vous participerez à un entretien à distance, d'une durée probable de trois quarts d'heure à 1 heure. Dans un premier temps, vous vous présenterez, puis vous répondrez à moins de 10 questions. Enfin, vous pourrez parler librement et ajouter des informations qui vous semblent importantes. Avec votre autorisation, l'entretien pourra être enregistré. Vous serez entièrement libre de ne pas répondre à l'intégralité des questions posées, et pourrez décider de mettre fin à votre participation quand vous le souhaitez, uniquement en avertissant votre interlocuteur. Votre nom ne sera pas divulgué.

« J'ai lu la fiche de consentement et je suis volontaire pour participer à ce projet de recherche. Le responsable du projet a répondu à mes questions et j'ai disposé de suffisamment de temps pour y réfléchir. Je peux mettre fin à cet entretien en tout temps, sans justification à donner, il me suffit d'informer la responsable du projet de recherche. »

Date : le

Signature du participant:

Signature de l'étudiant:

ANNEXE III. Guide d'entretien

THÈMES	QUESTIONS
Présentation et parcours professionnel des ergothérapeutes	1. Pourriez-vous vous présenter brièvement ? (votre profession ? depuis quand exercez-vous dans le domaine de la santé mentale ? au sein de cette structure ? votre parcours professionnel ? les formations faites en lien avec la périnatalité ?)
	2. Avez-vous déjà suivi des femmes souffrant de schizophrénie qui étaient mères et qui étaient stabilisées ?
Impact de la maternité sur le fonctionnement occupationnel des nouvelles mères	3. Quels sont les besoins et difficultés exprimés récurrents au niveau occupationnel, des mères qui souffrent d'une schizophrénie et qui sont stabilisées lors des 3 premières années de vie de l'enfant ?
	4. En quoi diriez-vous que la maternité impacte l'équilibre occupationnel de ces mères ?
Etat des lieux de la pratique ergothérapique actuelle	5. Dans votre pratique, avez-vous déjà pu évaluer un besoin d'accompagnement ergothérapique en lien avec la maternité de femmes souffrant de schizophrénie et stabilisées ?
	6. Si oui, comment êtes-vous intervenus ?

Rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la maternité	7. Pensez-vous que l'ergothérapeute puisse avoir sa place dans l'accompagnement de ces femmes ?
	8. A quel moment pensez-vous que cet accompagnement serait le plus pertinent ?
Freins à la pratique ergothérapique dans le domaine de la maternité	9. Qu'est-ce qui, selon vous, peut freiner la pratique ergothérapique et le recrutement d'ergothérapeutes dans ce domaine ?

ANNEXE IV. Retranscription de l'entretien de l'Ergothérapeute 2

moi : Alors donc déjà est ce que pouvez vous présenter brièvement, donc votre profession, depuis quand vous exercez dans le domaine de la santé mentale, la structure par exemple ...?

ergothérapeute 2 : Alors moi au départ j'ai travaillé 7 ans en neuro j'étais dans un centre de réinsertion pour les personnes cérébro-lésées et donc je suis spécialisée en neuropsychologie j'ai fait un Diplôme Inter Universitaire dans ce sens et sur le traumatisme crânien, du trauma jusqu'à l'insertion. Et puis après j'ai été embauchée dans un hôpital de jour où la philosophie de soin est la réhabilitation psychosociale pendant 13 ans... Donc j'ai travaillé là-bas pendant 13 ans avec la chance que j'ai eu d'être formée à pleins de programmes de réhabilitation psychosociale, de remédiation cognitive etc. Et depuis janvier je travaille en intra-hospitalier, mais c'est très différent, on est au plus près de la maladie, au plus près des symptômes...Donc voilà. Comme si je recommençais un autre métier [rires] !

moi : C'est ça qui est bien !

ergothérapeute 2 : C'est chouette on se renouvelle ! Voilà... après je sais pas quoi dire de plus... Ma spécialité c'est vraiment la neuropsychologie mais évidemment tout ce qui est psychodynamique, les choses qui se jouent etc. ne sont pas antinomiques et j'ai une collègue qui est plus de cette orientation là mais toutes les 2 on travaille vraiment...vraiment en coordination.

moi : Oui c'est complémentaire après...

ergothérapeute 2 : Oui tout à fait.

moi : Très bien...merci. Est-ce que vous avez déjà rencontré des femmes qui souffraient de schizophrénie et qui étaient stabilisées et mamans ?

ergothérapeute 2 : Alors oui. J'en ai rencontré plusieurs. Et...euh plusieurs...enfin pas énormément. J'en ai rencontré 3 de mémoire. Donc il y en a une qui...c'est une maman...En fait les 2 dont je me souviens vraiment bien c'est des mamans où malheureusement on a dû leur enlever la garde. Alors une parce que... en fait c'est une maman qui a développé une schizophrénie à l'âge de 21-22 ans, qui était à peu

près stabilisée et qui ensuite est tombée enceinte et au moment où l'enfant est né et qui a eu un délire autour de cet enfant. Elle pensait que c'était le diable et on a eu peur pour cet enfant donc en fait c'est le papa, parce qu'elle n'était pas vraiment en couple avec le papa, et c'est donc le papa qui a pris sous son aile l'enfant. Il y a eu une guerre familiale ce qui était un petit peu difficile euh...entre les 2 familles...parce que les grands-parents donc ses parents à **elle** voulaient absolument avoir la garde de cet enfant etc... Et là ce qui est arrivé en plus et qui était un peu dur...Donc ils ont trouvé une façon de gérer. Elle le voyait de temps en temps mais elle n'a jamais investi cet enfant comme le sien. En fait elle n'arrive pas déjà à le voir grandir, ça veut dire que, en gros, lui a un petit peu honte, malheureusement de sa maman. Parce que c'est un peu les schizophrénies d'une autre génération, maintenant c'est très différent, mais **avant** c'était des personnes parfois plus déficitaires donc... Maintenant les personnes qui souffrent de schizophrénie on les soigne avec d'autres médicaments on arrive à avoir des résultats assez exceptionnels, mais la génération d'avant on était encore voilà. Donc elle est très abasée...Voilà elle est autonome dans un certain cadre de dépendance. Elle vit dans un appartement, elle voit de temps en temps son fils qui vient. Mais voilà son fils, elle sait pas comment l'investir. Elle voudrait lui faire un câlin comme à un enfant mais il a 12 ans. La phase ado elle comprend pas ses réactions parce qu'elle a une faible théorie de l'esprit... C'est ça qui est complexe en fait. La relation à l'autre est déjà compliquée, mais quand c'est la relation à un enfant qu'on a **partiellement** élevé et qu'en plus on a des problèmes de cognition sociale etc., on sait pas forcément reconnaître les émotions de son enfant et y répondre de façon adaptée. Et quand il est plus âgé il y a presque parfois une inversion des rôles où lui parfois se sent plus mature que sa mère. Et là est en plus arrivé un drame, c'est que son papa a fait un AVC et se retrouve en SSR, et donc c'est sa grand-mère maternelle, donc la maman de ma patiente, qui s'en occupe dans un appartement familial qui est juste à côté et... Et lui, autant la présence de ses grands-parents est... c'était des imagos paternels en fait, autant la mère ne représente pas forcément quelque chose pour cet enfant. Et cet enfant lui est suivi au CMP. Il arrive à faire ses études à peu près normalement, et il n'y a pas de suspicion éventuelle d'un trouble de la psychose, mais tout de même il est suivi au CMP parce qu'il y a une fragilité quoi. Et ça c'est un premier cas, et j'ai un deuxième cas d'une maman qui elle a élevé **toute** seule ses trois... ses **deux** enfants à la force du poignet etc. et qui en fait a décompensé alors qu'elle les avait.

Ils avaient je pense 3 et 6 ans. Et en fait elle les élevait dans un truc un peu insalubre où elle faisait même la cuisine, parce qu'en fait elle était d'origine africaine donc après voilà il y a des pratiques aussi qui se font et qu'on peut pas juger de façon éclairée parce que si ça se trouve il y a des communautés qui le font comme tel... Quand on la retrouvait elle faisait la cuisine à même le sol avec un risque de départ d'incendie dans l'appartement euh... Tout était insalubre quoi elle était dans un état de décompensation assez important, renfermée chez elle avec des idées de persécution. Et là malheureusement c'est l'ASE qui lui a enlevé ses enfants et là elle se bat pour essayer de les récupérer mais c'est **très** compliqué. Ils ont été placés en famille d'accueil. Et même chose avec un père non existant. Alors autant le premier le père était existant et a pris en charge l'enfant, autant dans le deuxième cas le père était totalement absent. Et là cette patiente est maintenant totalement stabilisée et elle s'est mariée, avec un autre homme, et elle essaye d'avoir de nouveau la garde de ses enfants et elle se **bat**. Donc c'est assez compliqué... Voilà.

moi : D'accord, et... ensuite la troisième maman ?

ergothérapeute 2 : Alors la troisième maman... alors de mémoire euh... Elle parle toujours de sa fille, qu'elle reconnaît de temps en temps, mais qui lui avait été enlevée et avec qui elle n'a plus du tout de contact. Et elle dans son délire un petit peu... elle a l'impression parfois de la voir quelque part quand elle voit une jeune femme qui devrait avoir son âge elle me dit « mais je suis sûre de l'avoir vue dans le métro, je l'ai reconnue ! », alors qu'elle l'a pratiquement pas élevée et qu'elle lui a été enlevée à l'âge de 2 ans et qu'elle a été adoptée sa fille. Et elle m'en parle encore. Alors le temps **passé**, c'est-à-dire qu'elle la fait grandir, parce qu'il y en a certains qui maintiennent... si ils se sont quittés à 2 ans alors il a 2 ans pendant 10 ans quoi. Là non, son enfant vieillit, mais même chose ça a été retiré. Mais on sent une sorte de vide, elle en parle **très très** souvent de sa fille. Et souvent c'est des mamans qui ont fait des enfants, pas forcément pour avoir un enfant, mais parce qu'elles ne se sont pas protégées. Tu vois ce que je veux dire ?

moi : Oui.

ergothérapeute 2 : Alors que maintenant j'ai des patientes qui veulent avoir des enfants, **vraiment**. Elles elles sont là... elles regardent les risques..."Quels risques

que mon enfant peut avoir d'hériter de la même maladie que moi ? Est-ce que je serais vraiment capable ?". Tu vois elles vont vraiment peser le pour et le contre, "j'ai du mal à m'auto-suffire, est-ce que je vais pouvoir assurer et bien m'occuper de cet enfant"...Elles vont être beaucoup plus dans une réflexion, beaucoup plus posées. Et là depuis quelques années j'ai beaucoup plus de jeunes, mais qui souffrent de psychose ou pas, même dans la population générale, qui me disent « mais dans un monde pareil, moi je vais pas faire d'enfants », tu vois. Et...voilà. Donc il y a plusieurs facteurs. Mais en tout cas les jeunes femmes qui viennent d'apprendre un diagnostic de schizophrénie elles sont moins dans un truc comme ça, de désir... Elles vont peser le pour et le contre d'un désir d'enfant. En revanche tu vois celles qui sont plus *borderline*, états-limites ou qui ont des dépressions parce qu'elles ont eu un parcours de vie compliqué, elles vont être dans la réparation et elles vont vouloir avoir des enfants pour ne pas faire ce que leurs parents ont fait avec elles. Et ça on le retrouve moins chez les patientes qui souffrent de schizophrénie.

moi : Et celles qui ont des projets comme ça d'avoir des enfants, du coup elles vous en parlent ouvertement ...?

ergothérapeute 2 : Alors oui, l'avantage que j'ai, surtout quand je travaillais à l'hôpital de jour de réhabilitation psychosociale, quand je travaillais là-bas, chaque patient avait deux référents. Et en fait on les voyait une fois par semaine pour parler du projet de vie etc., et le projet de vie c'est à la fois le travail mais aussi tout ce qui est activité, tout ce qui fait qu'on s'épanouit aussi, c'est-à-dire trouver un amoureux, avoir des enfants etc. Donc avec l'alliance thérapeutique, comme c'est des patients que je suivais depuis assez longtemps, même les hommes me parlaient parfois du désir d'avoir un enfant. Et d'ailleurs j'ai plus d'hommes qui me parlent du désir d'avoir un enfant que de femmes d'ailleurs c'est intéressant.

moi : Ah oui ?

ergothérapeute 2 : Oui, comme si le fait... que eux ne réfléchissent pas directement au fait de pouvoir transmettre la maladie parce que c'est pas eux qui portent l'enfant en fait, tu vois c'est comme si il y avait une scission tu vois c'est marrant [rires]. Alors que les femmes, peut-être le fait que comme on sait qu'on va le porter en nous, on a plus cette conscience de pouvoir transmettre éventuellement quelque chose. Voilà

c'est une réflexion très personnelle mais je te le partage [rires]. Mais en tout cas... avec l'alliance et tout oui, y'avait des patientes qui me le disaient, alors c'était peut-être plus les patientes bipolaires qui me parlaient de désir d'enfants et qui savaient qu'elles allaient devoir arrêter les traitements pendant la grossesse parce qu'il peut y avoir des conséquences sur le développement fœtal... Et donc en fait elles étaient en train de se dire, entre les risques de décompensations, et puis en fait après en général il y a un suivi très proche du psychiatre qui va, à ce moment-là, vraiment suivre au jour le jour. L'avantage c'est que comme à ce moment là il y a un *shoot* hormonal les grossesses se passent souvent plutôt pas mal... Mais malheureusement c'est souvent après la grossesse, parce que nous déjà, enfin tu verras tu as peut être pas encore d'enfants [rires], mais souvent tu peux avoir un petit *down* et... Il y en a qui font carrément des dépressions post-partum et nos patientes sont beaucoup plus fragilisées par rapport à ça. Et typiquement y'a une de mes patientes qui pensait que son fils était l'objet du diable parce qu'elle arrivait plus à dormir et voilà... C'était le diable qui l'avait incarné quoi. Et on sait que la fragilité, tu sais on sait qu'il y a le facteur vulnérabilité/ stress. A savoir que quand...quand tu souffres d'un trouble psychique, ou même pas d'ailleurs, mais il n'empêche que quand tu souffres d'un trouble psychique tu es plus vulnérable et que le cycle du sommeil, le cycle ..., à savoir l'alimentation etc. doit être vraiment respecté pour éviter d'être vulnérable. Or quand tu es...quand tu attends un enfant ça va, mais quand tu **accouches** d'un enfant et que tu dois t'en occuper sans aide, ou avec aide partielle, et bien tu as un manque de sommeil radical, donc ça te dérègle forcément et tu peux te sentir vite persécutée, même quand tu souffres pas...d'un trouble psychique tu peux déjà vite mal prendre les choses, et avec la chute hormonale qui va pas aider, tu vas vite prendre mal les choses. Et pour l'hygiène de vie, bah tu manges quand tu as le temps. Donc en gros tu vois tu es complètement dérégulée et donc en fait ça c'est des facteurs de décompensation, tu vois ?

moi : Oui, et est-ce qu'il y avait des difficultés et besoins qu'elles exprimaient au niveau de leurs occupations ?

ergothérapeute 2 : En fait parfois c'est qu'elles avaient un manque de temps pour elles. Mais c'est récurrent à toutes les mamans. Mais... Et sinon c'est le sentiment d'être un petit peu décalée par rapport aux enfants, parfois de pas les comprendre, ça c'est vraiment... Mais je ne sais pas si je réponds à ta question en disant ça.

Sinon... Au niveau des occupations, ouais c'est plus faire des choses qui sont significatives pour elles en dehors du rôle maternel, tu vois ?

moi : Oui

ergothérapeute 2 : Et voilà ça c'est récurrent. Enfin c'est chez toutes les mamans mais on le retrouve évidemment chez les mamans qui souffrent de schizophrénie. Et puis parfois il y en a certaines qui demandent, en revanche, à être plus investies dans ce rôle de maman parce qu'on leur a retiré ce rôle de maman. Mais sans comprendre la charge incombée par ce rôle là. Donc elles ne se rendent pas compte à quel point ça peut être difficile, elles fantasment un truc et... Et voilà.

moi : Et en quoi la maternité impacte l'équilibre occupationnel de ces mères ?

ergothérapeute 2 : L'équilibre occupationnel est complètement bouleversé, ça veut dire que ce qui les maintenait par exemple de venir deux fois par semaine, je te dis n'importe quoi, au CATTP pour qu'il y ait un regard externe et soignant sur l'état... Bah ça elles pourront plus le faire, parce que clairement elles vont devoir donner les biberons, elles vont pas venir avec les bébés etc. pendant 2 heures et demi. Et la première année de vie... t'oublies même d'aller chez le coiffeur tu vois, donc voilà. Après, il y a des structures mère enfant qui existent où tu peux te faire aider etc., il y a des personnes qui vont prendre le relais... Mais après c'est pas donné à tout le monde. Et si tu as un bon entourage... **oui** par exemple par rapport à la culture. Par exemple il y a des cultures où par exemple euh... c'était une amie d'origine chinoise qui est très en lien avec la population chinoise à Paris, parce qu'il y en a qui ne sont pas du tout en lien, mais qui elle est très en lien avec tout ça, qui me disait mais nous quand on accouche pendant deux semaines on reste alitées et c'est les autres filles qui s'occupent de notre bébé et nous il faut juste qu'on se retape. Et dans la culture maghrébine aussi tu peux retrouver ce truc là. Bon malheureusement en France...souvent déjà tu es un peu écartée même quand tu fais partie de cette culture là, et tu es généralement très isolée quand tu as un enfant. Donc tu as plus les mamans, la grand-mère qui vient s'occuper des frères et des sœurs, c'est plus vraiment ça. Donc ça va bouleverser en effet tout au niveau occupationnel, ça va tout bouleverser. Aussi bien ton cycle...ton propre cycle de base, veille-sommeil, nourriture, aller aux toilettes, se laver [rires], rien que les trucs de base tu arrives pas

à les respecter, alors euh...t'oublies même de temps en temps de te changer. Alors tu vois, rien que ça c'est compliqué. Alors si des patients qui souffrent de schizophrénie en plus ont du mal eux-mêmes à...à respecter leurs besoins primaires...si tu rajoutes une contrainte supplémentaire c'est compliqué. Après tu as des mamans qui sont, tu vois le problème... Tu me parlais des jeunes qui veulent devenir mamans, la nouvelle génération là, elle est très différente de celle que j'ai vu il y a 15 ans là quand je suis arrivée, la nouvelle génération je pense qu'elle pourrait envisager d'avoir des enfants parce que elle est prise au plus proche tu vois on essaye de faire des soins de plus en plus précoce, on essaye qu'il n'y ait pas du tout de désinsertion. Avant il y avait des patients qui étaient enfermés pendant 5-6 ans chez eux avant que la famille daigne faire appel à la psychiatrie parce que pour eux c'était honteux et donc c'était des patients qui étaient cachés mais qui étaient déjà hyper hyper déficitaires, donc comment tu pouvais aider alors que c'était déjà complètement dégradé tu vois ? Alors que maintenant on a tellement sensibilisé, et grâce à ce Covid il y a aussi eu un peu une déstigmatisation du handicap psychique quoi on s'est aperçu qu'on avait tous une santé mentale [rires], et donc en fait ce qui fait que maintenant dès qu'un enfant est un petit peu différent, on sent qu'il y a une chute très vite on va consulter. Y'a 15 ans tu disais à quelqu'un d'aller voir un psy, autant aux États-Unis c'était hyper accepté, autant en France on te répondait « mais je ne suis pas **malade** ! ». Mais tu vas voir un psy parce que tu as besoin à un moment de ta vie d'être soutenu, donc on a mis du temps à bouger les lignes. Donc là je pense que la nouvelle génération, j'espère en tout cas, moi je le souhaite que mes jeunes patientes qui ont appris qu'elles avaient un trouble schizophrénique puissent un jour imaginer fonder une famille et avoir des enfants. Parce qu'on peut avoir une qualité de vie, on peut retrouver voilà. Après, avec un étayage je pense assez **important**.

moi : Et dans cet étayage est-ce que vous pensez que l'ergothérapeute pourrait avoir sa place ?

ergothérapeute 2 : Ah bien sûr ! Bien sûr, bien sûr ! On est quand même les spécialistes de l'activité humaine et donc essayer d'aider la personne à trouver son propre rythme, à trouver des stratégies pour pouvoir justement gérer ça et pour aussi travailler sur tout ce qui est cognition sociale parce que quand quand on souffre de schizophrénie parfois on a des gros problèmes de traitement de l'information

notamment des émotions des autres. C'est-à-dire qu'on va pas forcément reconnaître les émotions des autres. On va reconnaître nos propres émotions, même si on va pas forcément savoir comment les exprimer en phase avec ce que l'on ressent parfois, ça va créer une discordance, on va penser le faire mais ça va pas forcément se voir sur notre visage donc ce qu'on va renvoyer à l'enfant... Parce que l'enfant se construit aussi comme ça quand même...Et puis aussi, on voit des problèmes de théorie de l'esprit comme je te disais, donc parfois on comprend pas les intentions des autres aussi, tant au niveau cognitif qu'au niveau émotionnel donc au niveau empathique, comme on reconnaît pas l'émotion sur l'autre, bah on peut pas être empathique puisque si tu comprends pas que l'autre est triste, comment veux-tu être empathique, tu vois ? Et il y a des choses qui peuvent être mal interprétées comme par exemple les pleurs d'un enfant, si t'es persécutée, c'est "il fait exprès pour m'embêter", alors qu'on sait très bien qu'un enfant il a des besoins primaires et donc...si il pleure, tu testes tout. Il a faim? Non il a pas faim. Il a besoin d'un câlin ? Non ça marche pas. On va regarder la couche, ah oui c'était ça... Tu vois ? C'est basique au départ mais il y a des patientes qui peuvent se sentir persécutées en pensant "il le fait exprès, il me fait tourner en bourrique", en prêtant des intentions à un enfant qui n'est pas encore en âge d'avoir des intentions, tu vois ?

moi : Et vous pensez que l'accompagnement de l'ergothérapeute, il pourrait être à quel moment ?

ergothérapeute 2 : Ça peut être dès la grossesse en fait, en prévention. Parce que justement, expliquer à la personne ce qu'elle va vivre, d'un point de vue émotionnel...Vraiment dans la prévention. Tu as ce qu'on appelle la métacognition, ça veut dire comprendre ses propres processus de pensée. Travailler aussi sur la cognition sociale, donc travailler sur la reconnaissance des émotions, sur la théorie de l'esprit, il y a pleins de programmes qui sont vraiment bien, si jamais la personne est déficitaire, parce que je dis ça mais [rires] heureusement toutes les personnes qui souffrent de schizophrénie n'ont pas forcément des problèmes de théorie de l'esprit, des problèmes de style attributionnel, donc c'est important de voir ça. Donc ça on peut travailler en amont. Et puis on peut même travailler sur le deuil de certaines activités pendant les trois premières années. Dire voilà, ne vous inquiétez pas, trois ans ça passe [rires]. Mais les trois premières années ça va être compliqué,

et puis aider la personne à construire son réseau, c'est-à-dire, si jamais je vois que je ne vais pas bien. Qu'est-ce que je fais ? Et puis avec un principe de directives anticipées... En disant voilà, quand je fais ça ou ça ou que j'ai tendance à penser comme ça, à qui, quelles personnes... ça on le fait quand on est bien hein, "quelle est la personne à qui je vais donner ma confiance, et en revanche, qui je ne veux surtout pas appeler ou qui je ne veux surtout pas qu'on prévienne si je suis réhospitalisé ?" Donc y'a tous ces trucs là, et ça c'est quelque chose où, c'est vraiment notre job quoi, pour que la personne gagne en qualité de vie.

moi : Et lorsque vous aviez rencontré ces femmes, est-ce que vous aviez travaillé autour de cette expérience qu'était la maternité... est-ce que vous êtes intervenue à ce sujet ?

ergothérapeute 2 : Alors en fait tout dépend de la volonté de la maman de travailler ou non dessus. Alors par exemple pour la femme dont je te parlais au début, dont l'enfant était placé chez les grands parents, au début tout était dans le travail de la compréhension de l'état émotionnel de son enfant et de l'état d'évolution de son enfant, pour pouvoir être en phase avec lui. Donc ça ça a été un travail comme ça avec elle, d'accord ? Juste un travail de théorie de l'esprit, et aussi de comprendre que par rapport à... à l'évolution de l'enfant c'est tout à fait normal qu'il réagisse comme ça à cet âge là. Bon j'ai minimisé aussi... Sur le fait qu'à cet âge c'était normal qu'on ait un peu honte de ses parents, sans dire que en fait pour lui il y avait quand même... que c'était difficile d'avoir une maman qui souffrait de schizophrénie. Donc ça je l'ai un petit peu minimisé. Mais voilà. Sinon, après pour les autres... J'ai ce cas-là en tête de travail vraiment précis qu'on a fait. Mais... mais ça peut être aussi à réapprendre à jouer, et à travers le jeu pouvoir remettre un lien avec l'enfant. Voilà donc c'était autour du jeu etc. Mais en fait c'est surtout autour de la communication. Le travail de communication avec son enfant. Et surtout les émotions. Pouvoir comprendre l'émotion de l'enfant, comprendre les besoins de son enfant et... Et voilà. Après par rapport à... aussi apprendre à bien prendre soin de soi pour bien prendre soin de son enfant aussi. Et aussi mieux organiser ses journées, qui fait aussi appel à la question par rapport à leurs besoins et puis aussi si il y a des gros troubles exécutifs, trouver le moyen que la journée soit la plus facile à vivre... La plus simple à organiser possible. Et puis surtout, qu'elle n'oublie pas ses

besoins primaires à elle, pour éviter d'être dans une situation de vulnérabilité, liée à sa maladie.

moi : Et qu'est-ce que vous pensez qui peut freiner notre pratique dans ce domaine là, et le recrutement aussi d'ergothérapeutes justement pour travailler dans ce domaine, dans des UMB par exemple ou ...?

ergothérapeute 2 : Je pense que ce qui freine, c'est que déjà tu vois je connaissais pas ce terme UMB. Enfin je connais les Unités mère enfant, est-ce que c'est la même chose ?

moi : Oui oui c'est la même chose.

ergothérapeute 2 : Ah oui d'accord, bon ça je connais alors. Et donc déjà je pense que ce sont les infirmiers et les médecins qui se sont un peu emparés de ce truc là et ... Je pense aussi que...c'est pas tellement pour les ergothérapeutes, mais le fait que les UME ou les UMB ce soient si peu... Il n'y en a pas tant que ça hein, t'as vu si tu as fait des recherches, c'est qu'en fait le corps médical, et même nous hein, dans nos représentations, quand on souffre d'un trouble psychique on est là, non c'est pas possible d'avoir un enfant. Et à une époque tu sais on mettait même sans dire... à une époque, il y a 20 ans on les mettait sous contraception sans leur dire. T'imagines, on te prive de la liberté de profiter d'une grossesse. Je pense qu'il y a toutes ces représentations négatives, tu sais un peu...très défaitiste de la maladie, surtout pour la schizophrénie, qui font qu'on se disait, non c'est pas possible que ces personnes aient des enfants. Et c'est aussi pour ça qu'il y a aussi peu d'unités qui sont créées. Concrètement ce qui s'est passé c'est qu'il y a eu une libération sexuelle etc. et que finalement il y a des jeunes femmes qui ont des troubles psychiques qui ont eu des enfants et qu'on s'est trouvé devant le fait accompli et de se dire "zut, elles ont des enfants et donc on va faire des UME", et ça a pas forcément été pensé tu vois. Et nous on aurait toute notre place à faire et il faudrait justifier notre rôle et ce qu'on peut apporter de plus par rapport aux infirmiers, et justement tout ce rôle sur la cognition sociale, la théorie de l'esprit, le "je" et le "jeu". Le jeu de l'enfant, comment apprendre à **re jouer** ? Parce que l'enfant a besoin du jeu pour s'ériger, le "jeu" hein, et...en fait nos patientes ne savent plus jouer. Et comment entrer en contact avec l'enfant si tu ne sais plus jouer ? Et nous c'est notre

rôle. C'est une activité première et propre de l'être humain de jouer. Et donc tu vois on pourrait rentrer dans la brèche comme tel. Mais donc ça veut dire se battre auprès d'institutions pour faire valoir notre place, et faut savoir, d'un point de vue... Bon là je vais te parler d'un truc institutionnel horrible. Mais ils préfèrent embaucher des infirmiers, parce que quand tu embauches des infirmiers, tu embauches...tu crées un poste infirmier pour tout l'hôpital, pas juste pour une structure. Et un infirmier ça donne des médicaments donc c'est quand même plus intéressant qu'une ergothérapeute tu vois ? Alors que créer...pas qu'on ait pas besoin d'une ergothérapeute, mais si un jour j'arrive pas à recruter des infirmiers etc., bah ce... on a pas perdu ce poste d'infirmier, il peut aller sur d'autres structures. Alors que ce poste d'ergothérapeute il peut aller sur d'autres structures mais qui en auront pas forcément besoin d'ergothérapeutes, alors que des infirmières on en a besoin pour tout. Tu vois ce que je veux dire ?

moi : Oui.

ergothérapeute 2 : C'est que nous on est plus spécialisés, et donc en fait on est plus dur à "caser". Et donc il y a ça aussi. Et ça c'est plus institutionnel. C'est des freins institutionnels. Mais on aurait **tout** à gagner, et ce serait un enrichissement hyper intéressant de faire parce que d'autant plus qu'on est spécialisé dans le développement de l'enfant etc. et on pourrait voir de façon précoce si c'est en lien avec un non-étayage, un étayage pas suffisant de la mère tu vois, et autre chose, parce que la pauvre maman c'est pas de sa faute si son enfant va pas bien. Mais on aurait tout à gagner à le faire. Vas-y fonce il faut que tu y ailles, que tu défonces les portes et que tu ailles travailler là-bas ! [rires]

moi : [rires] Oui, j'y compte bien !

ergothérapeute 2 : Non mais c'est vrai que c'est super intéressant tu vois. Là par exemple, l'unité mobile, il n'y a que des infirmières dedans. Alors que pourtant nous à la maison on est capable d'aménager l'espace de l'enfant et l'espace parental, pour que la maman se crée un espace à elle et aussi qu'il n'y ait pas un envahissement de l'espace de l'enfant par celui de la mère, tu vois on pourrait même jouer sur les espaces à la maison. Et puis aussi au niveau ergonomique, aider la maman, parce qu'on voit qu'il y a aussi des troubles pratiques tu vois chez nos

patientes qui souffrent de schizophrénie, parfois c'est sur un tableau neurodév'. Donc tu peux voir des personnes qui peuvent avoir une dyspraxie, des.. Tu vois même au niveau du schéma corporel parfois il y en a qui ont du mal à se représenter donc ça aussi tu vois tu vas devoir les accompagner parce que la grossesse, je t'assure que au niveau du corps...ta conscience du corps [rires]... Il ya des choses à travailler **et** en amont **et** après quand l'enfant est là, et aussi bien au niveau cognition, le lien à l'enfant, avec le jeu, qui est lié avec la cognition sociale, tout ce qui est de l'empathie, théorie de l'esprit etc., et aussi bien sur la maison, sur les différents espaces et puis sur l'ergonomie pour aider la maman pour qu'elle soit plus optimale quand elle fait ses gestes de change et autre. Et surtout qu'elle se mette pas elle en danger, ni le bébé en danger. Parce que parfois il y a aussi une non-appréhension du danger. Comme tu peux retrouver en neuro avec les personnes qui ont un syndrome frontal, parfois il y a certains patients qui peuvent avoir des troubles cognitifs. C'est très fréquent, 80% des patients qui souffrent de schizophrénie ont des troubles cognitifs. Et notamment au niveau exécutif, donc tu vois pour planifier etc. c'est compliqué. Donc déjà quand tu as un enfant tu dois planifier toute ta journée avec quand est-ce que je dois le laver, le coucher, lui donner le biberon, le changer...Tu vois c'est hyper compliqué et tu dois être hyper flexible. Et ça, le manque de flexibilité chez nos patients tu le retrouves beaucoup. Ça demande beaucoup de compétences quand même, d'être maman. Être maman tout court ça demande déjà beaucoup de compétences mais quand tu souffres de schizophrénie, ça va t'en demander encore deux fois plus tu vois. Donc ça on peut aider les parents à s'organiser, à faire un emploi du temps un peu structuré, l'aider à raisonner quand il arrive un problème avec des fiches techniques, "il pleure alors je regarde quoi en premier ? L'heure, bon c'est pas l'heure de déjeuner, je regarde la couche, je regarde si il fait ses dents", tu vois des trucs un petit peu techniques comme ça qui pourraient aider...Et aussi surtout aider la maman, qu'elle ait un espace de parole où elle puisse verbaliser que c'est difficile sans être jugée aussi. Parce que très vite on juge les...et même nous hein ! C'est difficile d'être maman, et on est là, "bah ouais mais tu l'as voulu donc voilà". Bah oui je l'ai voulu mais c'est difficile, dans notre société d'élever seule et même à deux un enfant tu vois.

moi : Il y aurait pleins de choses à développer !

ergothérapeute 2 : Oui carrément ! Il y aurait énormément de choses à faire. Et en plus le manque de sommeil va avoir un impact sur la sphère cognitive. Donc la maman va avoir l'impression d'être bête, donc au niveau de l'estime de soi il va vraiment falloir travailler la dessus tu vois. Elle va avoir l'impression de plus savoir rien mémoriser etc. Donc lui dire que c'est normal, que c'est transitoire, de mettre en place des aides techniques comme des carnets mémoire ou des alarmes qui sonnent sur son téléphone etc. Parce qu'il faut pas non plus qu'elle oublie de prendre ses médicaments à heures fixes, y'a tout ça aussi.

moi : Oui, d'accord. Et bien merci beaucoup !

ergothérapeute 2 : Je t'en prie, j'espère que je t'ai apporté un petit peu en tout cas.

moi : Oui, c'était très riche merci beaucoup !

L'accompagnement ergothérapeutique de la transition occupationnelle des nouvelles mères souffrant de schizophrénie stabilisées

Mots-clés : Ergothérapie, Maternité, Rôle maternel, Schizophrénie, Transition occupationnelle, Équilibre occupationnel

La maternité est une période de transition majeure, et ce notamment au niveau occupationnel. Les femmes souffrant de schizophrénie devenues mères peuvent être confrontées à diverses difficultés, et peuvent alors nécessiter d'un accompagnement thérapeutique spécifique, dont les ergothérapeutes semblent être peu présents.

Cette étude consiste à explorer le rôle de l'ergothérapeute dans l'accompagnement de la transition occupationnelle au cours de la période périnatale auprès de femmes souffrant de schizophrénie stabilisées.

Quatre ergothérapeutes exerçant dans le domaine de la santé mentale ont été interrogés lors d'entretiens semi-directifs.

Les résultats de cette enquête mettent en évidence l'impact de la maternité sur le fonctionnement occupationnel des nouvelles mères. En lien avec notre approche holistique, tous les professionnels interrogés ont accompagné des femmes dans leur expérience de la maternité, même s'ils ne sont pas intervenus spécifiquement sur celle-ci. Les ergothérapeutes, "spécialistes" des occupations humaines, justifient tous notre pratique dans ce domaine et proposent des axes d'intervention très diversifiés.

Occupational Therapist's role in supporting the occupational transition of stabilised new mothers with schizophrenia

Keywords : Occupational Therapy, Maternity, Motherhood, Schizophrenia, Occupational transition, Occupational balance

Maternity is a transitional period, specifically concerning occupations. Women with schizophrenia who become mothers can face many difficulties and need specific therapeutic support. Occupational Therapists seem to be absent from this field.

This study consists in exploring OTs role in supporting the occupational transition during the perinatal period of stabilised women with schizophrenia.

Four semi-directive interviews were conducted with OTs working in mental health.

The results show the important impact of maternity on occupational functioning of the new mothers. By using their holistic approach, OTs have supported women in their maternity, even though they did not describe specific objectives related to motherhood or mothering occupations. As "specialists" of human occupations, all OTs justified our practice in this field and gave some guidelines of interventions.

GUERINON Emma

Sous la direction de Madame BINTHER Carole