

**Explorer les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une
psychose post-partum**

Rosemarie Hamel

Département d'ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières

ERG6015 : Projet d'intégration

Mathieu Dumont

9 décembre 2025

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire, de cette thèse ou de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire, de sa thèse ou de son essai.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire, cette thèse ou cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire, de cette thèse et de son essai requiert son autorisation.

Remerciements

Tout d'abord, j'aimerais exprimer ma profonde gratitude à mon superviseur d'essai, Mathieu Dumont, qui m'a permis de réaliser ce projet de manière autonome et m'a accompagnée avec une patience et une bienveillance exemplaire. Je suis reconnaissante d'avoir croisé sa route dans mon parcours académique, car son encadrement m'a permis d'approfondir ma compréhension des enjeux liés au rétablissement ainsi qu'aux trajectoires de soins complexes. Il m'a également transmis sa passion pour la santé mentale, un héritage professionnel précieux. Ergothérapeute que j'aspire à devenir, son expertise et ses conseils éclairés ont grandement nourri ma réflexion et orienté ma démarche. Je le remercie sincèrement pour sa confiance, son soutien et, surtout, sa patience.

J'aimerais également remercier Myriam Chrétien-Vincent, professeure responsable du cours de séminaire, pour la qualité de ses retours et pour les pistes de réflexion qu'elle m'a offertes tout au long du processus. Ses commentaires constructifs ont joué un rôle essentiel dans le développement et l'affinement de ce projet. Je tiens aussi à exprimer ma gratitude envers mes collègues du séminaire, dont l'entraide, les échanges d'idées et le partage d'expériences ont enrichi ma réflexion et m'ont permis de demeurer motivée, même dans les périodes plus exigeantes.

Je souhaite également remercier mes amies, qui m'ont soutenue tout au long de mon parcours académique. Votre présence, votre patience et votre bienveillance ont été essentielles durant ces années marquées par ma réorientation professionnelle, qui a nécessité plusieurs sacrifices personnels et organisationnels. Vous avez fait preuve d'une compréhension et d'une générosité inestimables, en m'offrant un soutien moral constant malgré les défis et les périodes de grande intensité. Je me sens profondément choyée d'être

entourée de personnes aussi attentionnées, dont les encouragements m'ont aidée à traverser les moments de doute et d'anxiété.

Je souhaite profondément remercier ma famille pour leur soutien sans faille. Je ne serais pas rendue où je suis aujourd'hui sans vous. Merci pour votre patience et votre amour infini. Merci à ma mère de m'avoir transmis sa passion pour l'ergothérapie et pour ses conseils si précieux, qui sauront me guider tout au long de ma pratique et la bonifier. Merci à mon père de m'avoir transmis sa rigueur, sa chaleur et son humanité, ce qui m'a permis de développer la constance et la persévérance nécessaires pour mener à terme mon parcours académique. À ma famille, merci d'avoir toujours cru en moi et de m'avoir encouragée à poursuivre mes rêves.

À mon copain, merci pour ta patience, ton amour et ta capacité à me rassurer et à m'encourager dans les périodes de pression. Tu as su amener beaucoup de douceur dans ma vie.

Je suis choyée d'être si bien entourée et je remercie, du fond du cœur, toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réalisation de cet essai.

Table des matières

<i>Remerciements</i>	2
<i>Liste des abréviations</i>	6
<i>Résumé</i>	7
<i>Abstract</i>	8
<i>Introduction</i>	9
2. État des connaissances	10
2.1 La période de vie post-partum	10
2.2 Attentes sociales, normes culturelles et santé occupationnelle maternelle	12
2.3 La psychose post-partum : définition, manifestations et facteurs de risque	14
2.4 Formation, reconnaissance professionnelle et développement du champ en maternité en ergothérapie	16
2.5 Continuum de services actuellement offert au Québec	18
2.6 Documenter la pratique de l'ergothérapeute dans les cas de psychose post-partum : pertinence de l'étude	19
3. Problématique	20
3.1 Question de recherche	21
4. Cadre de recherche	21
4.1 Cadre conceptuel	21
4.2 La personne : Identité, rôle et expérience subjective	22
4.3 L'environnement : Enjeux contextuels et soutien social	23
4.4 L'occupation : Activités significatives et participation	24
4.5 Le rendement	24
4.6 L'engagement	25
4.7 Pertinence du modèle dans le cadre de l'essai	25
5. Méthode	26
5.1 Devis de recherche	26
5.2 Échantillonnage et recrutement	27
5.3 Collecte des données	29
5.4 Analyse des données	30
5.5 Considérations éthiques	31
6. Résultats	31

6.1 Description des participantes.....	31
6.2 Données d’entrevues — Thèmes.....	32
6.3 Les enjeux fonctionnels.....	32
6.3.1 Enjeux liés à l’adaptation au rôle maternel.....	32
6.3.2 Lien mère enfant	33
6.3.3 Difficultés liées aux soins de l’enfant.....	34
6.4 Enjeux fonctionnels touchant le quotidien de la mère.....	35
6.4.1 Autonomie dans les soins personnels et la productivité	36
6.4.2 Hygiène et soins personnels.....	37
6.4.3 Sommeil	37
6.4.4 Activités domestiques et organisation du quotidien	38
6.5 L’organisation, la prise en charge et parcours des soins.....	39
6.5.1 Rôles et responsabilités professionnelles.....	39
6.5.2. Collaboration interdisciplinaire et limites organisationnelles.....	39
6.5.3 Continuité et ruptures dans le parcours de soins.....	40
6.5.4. Accessibilité et inégalités d’accès aux services	41
6.5.5 Adaptation des soins à la période périnatale.....	42
6.5.6 Soutien fonctionnel et accompagnement à domicile	43
6.5.7 Innovations et perspectives d’amélioration	44
7. Discussion.....	45
7.1 Retour sur les objectifs de recherche	46
7.2 Analyse des principaux résultats et liens avec la littérature scientifique	47
7.2.1 Impacts sur le rendement, l’engagement et l’identité	47
7.2.2 Effets de l’environnement sur la reprise des rôles et des occupations.....	49
7.2.3 Les occupations quotidiennes : entre surcharge, impuissance et possibilité de reconstruction.....	51
7.2.4 Un modèle biomédical inadéquat face à des besoins occupationnels complexes...53	
7.3 Rôle et apports de l’ergothérapie dans le rétablissement post-psychose post-partum.....	54
7.4 Retombées du projet et recommandations pour la pratique et la recherche	57
7.5 Forces et limites de l’étude	59
8. Conclusion.....	60
Références	62
ANNEXE A	70
ANNEXE B	72
ANNEXE C	73

Liste des abréviations

ACE	Association canadienne des ergothérapeutes
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
MCREO	Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel

Résumé

Problématique : La psychose post-partum et l'épisode maniaque constituent des urgences psychiatriques majeures ayant des répercussions importantes sur le fonctionnement, les rôles et la participation occupationnelle des femmes. Malgré leur portée clinique, les impacts occupationnels et environnementaux de ces troubles demeurent peu documentés, limitant la mise en place d'interventions adaptées et la reconnaissance du rôle de l'ergothérapie en santé mentale périnatale.

Objectif : Cet essai vise à décrire les enjeux fonctionnels et occupationnels vécus par les femmes ayant traversé une psychose post-partum ou un épisode de manie, selon la perspective de professionnelles de la santé, et à explorer des pistes d'intervention ergothérapique pertinentes.

Méthode : Une approche qualitative descriptive a été utilisée. Des entretiens semi-dirigés auprès de professionnelles ayant une expérience clinique en santé mentale périnatale ont été analysés selon une analyse thématique inductive inspirée de Paillé et Mucchielli (2021). Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) a soutenu l'interprétation des résultats.

Résultats : L'étude met en lumière, à partir des propos recueillis auprès de deux ergothérapeutes et d'une psychiatre, des perturbations importantes du fonctionnement quotidien chez les femmes ayant vécu une psychose post-partum, telles que des difficultés à reprendre les soins personnels, les activités domestiques et les occupations liées au rôle maternel, ainsi qu'une désorganisation des routines, une diminution du sentiment d'efficacité personnelle et une transformation de l'identité maternelle. Le rétablissement apparaît fortement influencé par la qualité du soutien social et institutionnel offert. Enfin, les professionnelles interrogées identifient plusieurs besoins d'intervention, dont l'accompagnement dans la reprise graduelle des occupations, l'adaptation de l'environnement, la structuration des routines et le soutien à la redéfinition du rôle maternel.

Discussion/Conclusion : La psychose post-partum apparaît comme une expérience de rupture majeure, affectant simultanément le fonctionnement occupationnel, les rôles sociaux et la construction identitaire des femmes qui y sont confrontées. Les résultats de cette étude montrent que le rétablissement dépasse largement la stabilisation clinique : il s'inscrit dans un processus graduel de réappropriation des occupations, de reconstruction du rôle maternel et de restauration du sentiment de compétence. Dans cette perspective, l'ergothérapie a le potentiel de soutenir l'engagement et la participation occupationnelle, de favoriser une organisation plus structurée du quotidien et d'accompagner la reconstruction de l'identité occupationnelle, par des interventions individualisées et centrées sur le sens. Ces constats soulignent la nécessité de poursuivre le développement des pratiques et de renforcer la recherche en ergothérapie auprès de cette clientèle, afin d'enrichir les trajectoires de soins en santé mentale périnatale.

Mots-clés : psychose post-partum, épisode de manie, rétablissement, ergothérapie, santé mentale périnatale.

Abstract

Problem: Postpartum psychosis and manic episodes are major psychiatric emergencies that have significant repercussions on women's functioning, roles, and occupational participation. Despite their clinical significance, the occupational and environmental impacts of these disorders remain poorly documented, limiting the implementation of appropriate interventions and the recognition of occupational therapy's role in perinatal mental health.

Objective: This study aims to describe the functional and occupational challenges experienced by women who have lived through postpartum psychosis or a manic episode, from the perspective of health professionals, and to explore relevant occupational therapy intervention strategies.

Method: A qualitative descriptive approach was used. Semi-structured interviews with professionals who have clinical experience in perinatal mental health were analyzed using an inductive thematic analysis inspired by Paillé and Mucchielli (2021). The Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) guided the interpretation of the findings.

Results: Based on interviews with two occupational therapists and one psychiatrist, the study highlights significant disruptions in daily functioning among women who have experienced postpartum psychosis, including difficulties resuming personal care, domestic activities, and occupations related to the maternal role, as well as disorganized routines, decreased self-efficacy, and a transformation of maternal identity. Recovery appears to be strongly influenced by the quality of social and institutional support available. The professionals interviewed also identified several areas requiring intervention, such as support for the gradual resumption of occupations, environmental adaptation, routine structuring, and assistance in redefining the maternal role.

Discussion/Conclusion: Postpartum psychosis emerges as a profoundly disruptive experience, simultaneously affecting women's occupational functioning, social roles, and identity construction. The findings show that recovery extends far beyond clinical stabilization; it unfolds as a gradual process of reappropriating occupations, rebuilding the maternal role, and restoring a sense of competence. From this perspective, occupational therapy has the potential to support occupational engagement and participation, promote a more structured organization of daily life, and foster the reconstruction of occupational identity through individualized, meaning-centered interventions. These findings underscore the need to further develop clinical practices and strengthen occupational therapy research with this population in order to enrich care pathways in perinatal mental health.

Keywords: postpartum psychosis, manic episode, recovery, occupational therapy, perinatal mental health.

Introduction

La psychose post-partum ou psychose **puerpérale** est une pathologie psychiatrique rare, mais aux conséquences graves, qui touche environ 1 à 2 femmes sur 1000 accouchements (Perry et al., 2021). Ce trouble se manifeste dans les jours ou semaines suivant l'accouchement et constitue une urgence psychiatrique en raison des symptômes aigus qu'il provoque, tels que des hallucinations, des idées délirantes, une confusion mentale marquée et une agitation intense. Contrairement à la dépression post-partum, qui est relativement plus courante et caractérisée par un sentiment de tristesse persistante, la psychose post-partum entraîne une rupture avec la réalité et un risque significatif pour la sécurité de la mère et de son enfant (Bergink et al., 2016). L'étiologie de cette pathologie reste encore mal comprise, bien que plusieurs facteurs de risque aient été identifiés, incluant des déséquilibres hormonaux post-partum, une susceptibilité génétique et des perturbations immunitaires (Perry et al., 2021).

Les répercussions de la psychose post-partum ne se limitent pas aux symptômes psychiatriques aigus. Cette maladie impacte profondément la vie des femmes qui en souffrent, affectant leur capacité à remplir leur rôle maternel et à gérer les activités de la vie quotidienne. Bien que la littérature demeure limitée, particulièrement en ergothérapie, plusieurs travaux soulignent que ces femmes vivent des difficultés importantes dans la prise en charge de leur bébé ainsi que dans le maintien de leurs interactions sociales. Ces défis sont souvent aggravés par l'isolement, la rupture des réseaux de soutien et la méconnaissance entourant la maladie. L'isolement social, fréquemment relevé dans la littérature, contribue à une détresse psychologique prolongée et complique le processus de rétablissement (Heron et al., 2012). »

Dans ce contexte, l'ergothérapie pourrait jouer un rôle essentiel dans le rétablissement de ces femmes. En intervenant sur les aspects fonctionnels et occupationnels de leur quotidien, les ergothérapeutes seraient en mesure de les accompagner dans la reprise progressive de leurs responsabilités maternelles et dans la réintégration de leurs rôles sociaux. Cependant, malgré l'importance de cette approche, la psychose post-partum reste encore peu étudiée en ergothérapie, et les stratégies d'intervention spécifiques à cette clientèle sont insuffisamment documentées. Cet essai vise donc à explorer les impacts fonctionnels de la psychose post-partum, à identifier les obstacles rencontrés par ces femmes et à analyser les pratiques mises en place par les ergothérapeutes et autres professionnels de santé pour les aider à surmonter ces défis. Afin d'offrir une compréhension globale de cette problématique, le présent essai est structuré en plusieurs sections. La première section présente l'état actuel des connaissances sur la psychose post-partum ainsi que les fondements théoriques mobilisés dans cet essai. La suivante détaille la méthodologie retenue et les procédures d'analyse mises en œuvre. Une section subséquente expose les résultats issus des entretiens menés, puis en propose une interprétation à la lumière de la littérature scientifique. Enfin, la conclusion formule des recommandations cliniques et des pistes de recherche destinées à renforcer la contribution de l'ergothérapie en santé mentale périnatale.

2. État des connaissances

2.1 La période de vie post-partum

La période post-partum constitue une transition développementale majeure, caractérisée par une réorganisation des rôles occupationnels, des dynamiques identitaires et des fonctions physiques et psychologiques de la femme (Barclay et al., 1997 ; Curren et al., 2022 ; Thibault, 2022). La période post-partum exige de la femme une adaptation significative sur les plans identitaire et occupationnel, impliquant l'acquisition de nouvelles

compétences spécifiques au rôle maternel (de las Heras de Pablo et al., 2017). Cette phase, souvent minimisée dans le continuum des soins périnataux, est pourtant associée à un risque accru de détresse psychologique, notamment la dépression ou la psychose post-partum, ainsi qu'à une fragilisation de la participation aux occupations quotidiennes (Sutter-Dallay et al., 2019). Comme le soulignent Horne et al. (2005), le quotidien des mères est fréquemment restructuré autour des exigences liées à la maternité, ce qui entraîne une prédominance des occupations orientées vers les besoins de l'enfant. Ces occupations maternelles englobent une variété d'activités, allant des soins physiques et de l'interaction affective à l'encadrement éducatif, en passant par les co-occupations avec l'enfant et le développement de compétences parentales (Odgers et al., 2024). Toutefois, dans ce processus d'engagement intense, les mères peuvent éprouver des difficultés à maintenir un équilibre entre leurs propres besoins et ceux de leur bébé, ce qui peut mener à un désengagement progressif de leurs propres occupations, alors que les besoins de l'enfant prennent progressivement le dessus sur les occupations personnelles de la mère (Pitonyak et al., 2022).

Les premières semaines suivant l'accouchement peuvent engendrer une grande vulnérabilité émotionnelle chez de nombreuses femmes, lesquelles rapportent fréquemment des sentiments de découragement, de tristesse, d'irritabilité ou une sensation d'être dépassées par les exigences du rôle maternel (Barclay et al., 1997). Ces réactions sont souvent amplifiées par une accumulation de facteurs stressants tels qu'un sommeil perturbé, des difficultés liées à l'allaitement ou à la régulation du nourrisson, ainsi que par les douleurs physiques résiduelles de l'accouchement, notamment dans la région lombo-pelvienne (Barclay et al., 1997). Par ailleurs, le manque de soutien émotionnel et pratique de l'entourage immédiat peut accentuer la détresse et affecter la perception de compétence parentale. À ces éléments s'ajoute la charge mentale liée à la gestion des imprévus, à la prise de décisions continues, et à la pression implicite de répondre adéquatement aux besoins du

nourrisson dans un contexte d'apprentissage constant (Curren et al., 2022 ; Thibault, 2022). L'ensemble de ces facteurs : surcharge mentale, perturbations physiologiques, exigences accrues et faible soutien, peut entraîner une diminution marquée du sentiment d'efficacité parentale, limitant la confiance des femmes dans leur rôle de mère. Cette fragilité peut nuire à l'établissement d'un lien d'attachement sécurisant, compromettant ainsi la construction d'une relation mère-enfant positive et stable (Slomian et al., 2019). Ainsi, la période post-partum, bien qu'ancrée dans un processus naturel de transition, comporte plusieurs facteurs de risque susceptibles d'altérer la santé mentale et la participation occupationnelle, nécessitant une intervention professionnelle intégrée.

2.2 Attentes sociales, normes culturelles et santé occupationnelle maternelle

L'expérience post-partum des femmes est intimement liée à des constructions sociales et culturelles qui façonnent les attentes envers la maternité. Dans de nombreuses sociétés occidentales, y compris au Québec, persiste un idéal normatif de la « bonne mère », dévouée, disponible et compétente, qui valorise le sacrifice de soi et la performance parentale sans faille (Desrosiers et al., 2019). Les normes socioculturelles entourant la maternité peuvent créer un écart entre l'expérience réelle des femmes et les standards internalisés de la « bonne mère ». Ce désalignement, associé à une forte crainte d'être jugée négativement, contribue au développement de culpabilité, de honte et de détresse émotionnelle, pouvant mener à un retrait ou à une diminution de l'engagement dans certaines activités (Liss et al., 2013). Ainsi, cet écart entre les attentes socioculturelles et l'expérience réelle constitue un enjeu majeur pour la santé occupationnelle des mères. En ergothérapie, cette dissonance est perçue comme une entrave majeure à la santé occupationnelle : elle peut inhiber la reprise des activités valorisées, affecter la perception de compétence parentale et nuire à la régulation émotionnelle. L'intervention en ergothérapie s'inscrit dans une perspective parent-centrée qui

reconnaît la pluralité des façons d'exercer le rôle parental et remet en question l'idée d'un modèle unique ou normatif de maternité. Dans cette optique, l'ergothérapeute soutient la cliente dans une reconfiguration identitaire cohérente avec ses valeurs, ses capacités et son contexte, plutôt que de se conformer à des attentes socioculturelles normatives (Lim et al., 2022).

La période postnatale est souvent teintée d'une pression implicite ou explicite à répondre à une image idéalisée de la maternité, ce qui peut engendrer une intolérance à l'échec et à l'imperfection. Cette pression à être une mère « parfaite » s'appuie sur des attentes irréalistes, souvent intériorisées, selon lesquelles la compétence maternelle serait évaluée à travers le tempérament de l'enfant ou à la capacité de répondre parfaitement aux besoins du nourrisson (Henshaw et al., 2014). Par ailleurs, la culture contemporaine, largement façonnée par les médias sociaux, contribue à normaliser des standards de performance maternelle particulièrement exigeants. Comme l'ont souligné DeFoor et Amiri (2023), les plateformes numériques diffusent des représentations idéalisées du rôle maternel qui renforcent l'idée qu'une « bonne mère » doit maintenir un haut niveau de disponibilité émotionnelle, de compétence parentale et d'équilibre personnel tout en retrouvant rapidement sa productivité professionnelle et son corps d'avant la grossesse. Dans cette dynamique, les femmes sont constamment exposées à des images soigneusement sélectionnées d'autres mères, ce qui alimente un processus de comparaison sociale permanent. Selon Tate (2023), ces contenus s'inscrivent dans l'idéologie du « intensive mothering », laquelle impose des attentes souvent inatteignables et accentue les écarts perçus entre les expériences réelles et les modèles idéalisés véhiculés en ligne. Ce contexte favorise l'émergence d'un perfectionnisme maternel dysfonctionnel, caractérisé par une auto-évaluation sévère, un doute persistant quant à ses compétences et un sentiment d'insuffisance lorsque la réalité ne correspond pas aux normes valorisées dans les médias sociaux (DeFoor & Amiri, 2023 ; Tate, 2023). Or, les

travaux récents démontrent que ces attentes maternelles irréalistes et la comparaison sociale intensifiée par les médias numériques constituent des facteurs de risque reconnus pour la détérioration de la santé mentale périnatale, notamment en ce qui concerne la détresse psychologique, l'anxiété et la dépression post-partum (DeFoor & Amiri, 2023 ; Tate, 2023). Cette association documentée ouvre ainsi la voie sur les impacts de ces dynamiques sur le bien-être psychique des mères.

2.3 La psychose post-partum : définition, manifestations et facteurs de risque

La psychose post-partum est un trouble psychiatrique qui appartient au spectre des psychoses aiguës et peut être associé à des troubles de l'humeur. C'est un trouble psychotique grave qui survient dans les semaines suivant l'accouchement, caractérisé notamment par la présence d'idées délirantes centrées sur l'enfant ou la grossesse, un état de confusion mentale, une grande instabilité émotionnelle et des hallucinations. Bien qu'elle ne constitue pas un diagnostic distinct dans le DSM-5, elle est généralement classée comme un épisode psychotique bref ou un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques, avec spécification « début lors du post-partum » (American Psychiatric Association, 2015).

La psychose post-partum est fréquemment associée aux troubles de l'humeur, en particulier au trouble bipolaire, dont elle est parfois considérée comme une expression spécifique en période périnatale. En effet, les femmes ayant des antécédents personnels ou familiaux de trouble bipolaire présentent un risque significativement plus élevé de développer un épisode psychotique post-partum, notamment lors de leur première grossesse (Bergink et al., 2016). Bien que son incidence demeure plus faible soit d'environ 1 à 2 femmes sur 1000 accouchements (Perry et al., 2021) que celle de la dépression post-partum, la psychose post-partum se distingue par la sévérité de son tableau clinique et par le risque accru de rechute en l'absence de traitement précoce. La maladie se manifeste généralement dans les

premières semaines suivant l'accouchement, avec un pic d'apparition dans les 14 jours post-partum, bien que des cas plus tardifs aient également été rapportés (Perry et al., 2021).

Les symptômes de la psychose post-partum varient en intensité, mais ils incluent fréquemment des hallucinations auditives et visuelles, des idées délirantes centrées sur le bébé, une désorganisation sévère du comportement, une agitation psychomotrice extrême et une altération marquée du jugement (Klompenhouwer et al., 1995). Certaines femmes développent des croyances irrationnelles les amenant à percevoir leur enfant comme étant en danger ou possédé, ce qui peut poser un risque important pour la sécurité de l'enfant. D'autres éprouvent des épisodes de confusion mentale intense, se traduisant par une incapacité à comprendre leur environnement immédiat ou à accomplir des tâches simples. La psychose post-partum constitue une urgence psychiatrique majeure, nécessitant une évaluation rapide, une prise en charge interdisciplinaire spécialisée et une attention particulière à la sécurité de la mère et de l'enfant ainsi qu'à la qualité de leur interaction (Highet et al., 2023).

Plusieurs facteurs de risque sont associés à la psychose post-partum. D'un point de vue biologique, la chute brutale des hormones post-accouchement, notamment de l'œstrogène et la progestérone, semble jouer un rôle clé dans le déclenchement de la maladie (Bergink et al., 2016). Les données actuelles indiquent que la chute abrupte des œstrogènes après l'accouchement, combiné à des déséquilibres immunitaires et inflammatoires, constitue un mécanisme central dans la pathogenèse de la psychose post-partum (Bergink et al., 2016). En parallèle, les antécédents psychiatriques, en particulier les troubles bipolaires et les épisodes psychotiques antérieurs, constituent l'un des principaux facteurs de vulnérabilité. Enfin, les facteurs environnementaux et psychosociaux, tels que le stress maternel, le manque de

soutien social et les troubles du sommeil, augmentent le risque de déclencher un épisode psychotique post-partum (Robertson & Lyons, 2010).

2.4 Formation, reconnaissance professionnelle et développement du champ en maternité en ergothérapie

Malgré la pertinence de l'ergothérapie dans le champ de la maternité, cette spécialisation demeure encore marginale dans les milieux cliniques et académiques québécois. Le manque de reconnaissance institutionnelle du rôle de l'ergothérapeute dans les trajectoires de soins périnataux s'explique en partie par une méconnaissance du potentiel d'intervention occupationnelle durant cette période de transition, historiquement dominée par des approches biomédicales et psychothérapeutiques (McGrath et al., 2024). Cette réalité se reflète notamment dans la formation initiale des ergothérapeutes, où les contenus portant sur la santé parentale demeurent souvent peu développés, malgré les appels croissants à intégrer une approche véritablement parent-centrée dans les programmes de formation (McGrath et al., 2024).

Toutefois, des avancées émergent. Certaines universités québécoises commencent à intégrer des notions de périnatalité dans leurs programmes, tandis que des cliniciens spécialisés militent activement pour l'inclusion systématique de l'ergothérapie au sein des équipes périnatales (McGrath et al., 2024). Le développement de stages ciblés, de pratiques avancées et de recherches appliquées en santé parentale pourrait ainsi favoriser une meilleure visibilité du rôle de l'ergothérapeute, contribuant à une offre de services plus équitable et inclusive dans le réseau québécois de la santé. Un renforcement de la collaboration interprofessionnelle et une reconnaissance politique accrue apparaissent également essentiels pour ancrer durablement cette pratique dans les trajectoires périnatales. Cette évolution s'inscrit dans la continuité des orientations canadiennes en santé mentale périnatale, qui

encouragent la collaboration interprofessionnelle et la participation des thérapeutes en réadaptation (Williams et al., 2014).

Dans ce contexte, l'ergothérapie, en tant que discipline centrée sur la participation significative aux occupations, détient un rôle stratégique dans le soutien à la santé parentale. Les interventions en post-partum s'ancrent dans une approche holistique centrée sur la mère, visant à rétablir l'équilibre occupationnel, à soutenir la reprise des routines et à promouvoir une identité maternelle positive (Association canadienne des ergothérapeutes, 2024). Grâce à une analyse des facteurs personnels, contextuels et environnementaux, l'ergothérapeute est en mesure d'identifier les obstacles à la participation, qu'ils soient d'ordre physique (douleurs musculosquelettiques, fatigue chronique), cognitif (brouillard mental, surcharge informationnelle) ou émotionnel (anxiété, ambivalence identitaire). Des stratégies adaptées, telles que l'aménagement des routines, l'enseignement de techniques d'autorégulation sensorielle, la modulation de l'environnement domestique ou l'adaptation des activités de soins au nourrisson, permettent de soutenir la compétence perçue et l'engagement occupationnel de la mère (Lim et al., 2021 ; McGrath et al., 2024). L'intervention en ergothérapie favorise ainsi un engagement occupationnel durable, essentiel au bien-être maternel et à la qualité des interactions parent-enfant. Cette contribution s'avère d'autant plus cruciale dans un contexte où les normes sociales exercent une pression délétère sur la performance parentale, exacerbant les risques de détresse et de désengagement occupationnel. Ces constats soutiennent l'importance de développer un continuum de soins cohérent, favorisant une meilleure accessibilité et continuité des services pour les mères vivant un épisode psychotique post-partum.

2.5 Continuum de services actuellement offert au Québec

L'évaluation en ergothérapie en période post-partum repose sur une compréhension des déterminants biopsychosociaux qui influencent la capacité de la mère à s'engager pleinement dans ses occupations parentales. Cette évaluation doit être contextuelle, centrée sur les besoins exprimés par la cliente, et tenir compte de la dynamique familiale, des facteurs de stress psychosociaux, de la qualité du soutien social et de la perception de compétence parentale. Au Québec, bien que l'offre de services demeure inégalement répartie selon les régions, un continuum de services périnataux en santé mentale et en réadaptation tend à se développer, notamment dans les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS/CIUSSS). L'ergothérapie peut y être intégrée au sein des équipes de périnatalité, aux côtés de professionnels en psychologie, travail social et soins infirmiers, pour offrir un accompagnement multidisciplinaire aux mères à risque ou en situation de détresse postnatale. Toutefois, malgré des avancées notables, l'accessibilité aux services en santé mentale périnatale, y compris l'ergothérapie, reste limitée par des délais d'attente, une méconnaissance des rôles professionnels et un manque de protocoles spécifiques. Des initiatives telles que le programme SIPPE ; Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, offerte par des équipes des CLSC partout au Québec, montrent l'intérêt croissant pour une prise en charge globale, adaptée aux besoins contextuels de la famille (Gouvernement du Québec, 2020). Pour optimiser ce continuum, une meilleure intégration de l'ergothérapie dès la période prénatale jusqu'aux mois suivant l'accouchement est essentielle afin d'assurer une transition fluide vers la parentalité et une prévention efficace des désengagements occupationnels maternels.

2.6 Documenter la pratique de l'ergothérapeute dans les cas de psychose post-partum : pertinence de l'étude

À l'heure actuelle, la présence de l'ergothérapie en périnatalité est de mieux en mieux reconnue, et plusieurs travaux commencent à documenter les interventions auprès des dyades parent-enfant, notamment en lien avec les difficultés d'allaitement, les enjeux développementaux, les considérations musculosquelettiques associées aux soins ou encore l'accompagnement en néonatalogie (Marinucci, 2023). Malgré cette progression, la pratique demeure principalement orientée vers les besoins du nourrisson, tandis que les besoins occupationnels des mères en période post-partum restent beaucoup moins explorés dans la littérature scientifique et souvent marginalisés en clinique (Cavalcante Vidal et al., 2023). Pourtant, il est largement reconnu que la santé mentale et le bien-être émotionnel de la mère influencent directement le développement et l'adaptation de l'enfant (Letourneau et al., 2012).

Ainsi, bien que la contribution de l'ergothérapie au post-partum commence à être décrite, nous disposons encore de très peu de connaissances sur la pratique spécifique en contexte de psychose post-partum, un domaine où les enjeux fonctionnels, identitaires et relationnels sont pourtant considérables. Cette lacune scientifique souligne la pertinence du présent essai, qui vise à mieux comprendre les besoins occupationnels des femmes ayant vécu un épisode psychotique post-partum et à situer la place potentielle de l'ergothérapie dans leur trajectoire de rétablissement. Dans cette optique, Cook et al. (2023) rappellent que l'amélioration de la santé mentale périnatale repose sur la mise en place d'un réseau de soins collaboratif, où les professionnels travaillent ensemble pour développer des interventions interdisciplinaires accessibles et efficaces.

3. Problématique

La psychose post-partum est une affection psychiatrique particulièrement sévère, qui entraîne des conséquences majeures sur le fonctionnement des femmes touchées. En raison de ses manifestations aiguës, elle compromet la capacité des mères à assurer leurs responsabilités maternelles, à gérer les activités de la vie quotidienne et à maintenir des interactions sociales. Au-delà des symptômes psychiatriques, ce trouble provoque un déséquilibre important dans le rôle occupationnel des patientes, les plongeant dans une situation de vulnérabilité où elles se sentent incapables de répondre aux attentes liées à la maternité. Cette difficulté à retrouver un équilibre fonctionnel et émotionnel est souvent exacerbée par le manque de ressources spécialisées, la stigmatisation sociale et l'absence de soutien approprié de la part des professionnels de la santé.

Face à ces enjeux, les interventions en ergothérapie apparaissent comme une approche prometteuse pour accompagner les femmes dans leur rétablissement. L'ergothérapie permet de travailler sur plusieurs dimensions essentielles, telles que la restructuration des routines quotidiennes, le renforcement des compétences maternelles, la gestion du stress et la réinsertion sociale. Cependant, malgré son potentiel, l'ergothérapie reste encore peu développée et insuffisamment documentée dans la prise en charge de la psychose post-partum. Les stratégies spécifiques mises en place par les ergothérapeutes pour soutenir ces patientes manquent de reconnaissance et de validation empirique.

Cet essai permettra de documenter les effets de la psychose post-partum sur la vie quotidienne de ces femmes et de mieux comprendre les approches utilisées pour favoriser leur rétablissement. Il s'agit non seulement d'examiner les conséquences de la maladie sur le plan fonctionnel, mais aussi d'analyser comment les pratiques en ergothérapie peuvent être adaptées et développées pour répondre plus efficacement aux besoins spécifiques de cette

population. En mettant en lumière ces enjeux, cette recherche vise à contribuer à une meilleure intégration de l'ergothérapie dans les protocoles de soins destinés aux femmes ayant vécu une psychose post-partum et à renforcer l'efficacité des interventions mises en place pour faciliter leur rétablissement. Plus précisément, cet essai poursuit l'objectif d'explorer les enjeux fonctionnels vécus par ces femmes à partir de la perspective d'ergothérapeutes et de professionnelles de la santé.

3.1 Question de recherche

L'étudiante-chercheuse a identifié comme question de recherche : « Quels sont les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum ? ».

Ainsi qu'une sous question :

- Quelles sont les améliorations qui pourraient être apportées au système de la santé pour aider à surmonter les enjeux fonctionnels de ces femmes après un épisode de psychose post-partum ?

4. Cadre de recherche

4.1 Cadre conceptuel

Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) constitue un cadre central en ergothérapie. Celui-ci illustre le rendement et l'engagement occupationnel comme une interaction dynamique de la personne, l'environnement et l'occupation. (Polatajko et al., 2013). Selon ce modèle, la personne est considérée comme un être global et en évolution, dont les valeurs, les intérêts, les rôles et les capacités influencent sa participation aux activités qui donnent du sens à son quotidien. La personne se divise en trois composantes : physique, affective, cognitive. La spiritualité, située au centre du modèle, représente l'essence de la personne et agit comme le noyau du rendement occupationnel. Elle

renvoie à ce qui donne sens et motivation aux occupations, influence la perception que la personne a d'elle-même et de ses rôles, et constitue un déterminant central de son engagement dans le rendement occupationnel. Ces activités, appelées occupations, sont classées en trois catégories principales : les soins personnels, les loisirs et la productivité (Polatajko et al., 2013). Finalement, les composantes de l'occupation et de la personne peuvent être influencées par quatre composantes environnementales, soit l'environnement physique, culturel, social et institutionnel (Polatajko et al., 2013).

Le MCREO rappelle que le rendement et l'engagement occupationnels émergent d'une interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement. C'est au sein de cette relation que l'identité personnelle se construit et s'actualise, notamment à travers l'engagement dans des rôles et des activités porteuses de sens (Townsend & Polatajko, 2013). L'analyse approfondie de ces dimensions permet aux ergothérapeutes de saisir la complexité de la réalité de leurs clients et d'élaborer des interventions qui reflètent véritablement leurs besoins, leurs capacités et leur contexte de vie.

4.2 La personne : Identité, rôle et expérience subjective

Dans le cadre du Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), la personne est conçue comme un être unique, global et dynamique, dont l'identité se construit à travers l'interaction de ses valeurs, rôles, intérêts, expériences et capacités, et qui se réalise dans l'engagement envers des occupations significatives. L'approche holistique du modèle met de l'avant que la personne ne peut être comprise isolément, mais plutôt en relation avec les autres et avec son environnement (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2002).

Le MCREO reconnaît plusieurs dimensions constitutives de la personne, chacune contribuant au rendement et à l'engagement occupationnels. La dimension affective renvoie

aux émotions, aux motivations et aux habiletés de régulation émotionnelle. La dimension cognitive englobe les processus mentaux tels que l'attention, la mémoire, le jugement et les fonctions exécutives. La dimension physique recouvre les habiletés motrices, sensorielles et physiologiques qui soutiennent l'action. La dimension spirituelle, située au cœur du modèle, réfère à ce qui donne sens, cohérence et direction à la vie d'une personne : ses valeurs, ses croyances et ses aspirations profondes (Townsend & Polatajko, 2013). Ces dimensions se développent également au contact des expériences sociales et culturelles qui façonnent la manière dont une personne vit, perçoit et interprète ses occupations.

Enfin, cette conception souligne l'importance de l'expérience subjective ainsi que de la complexité identitaire et existentielle de chaque individu. Elle invite l'ergothérapeute à adopter une approche centrée sur la personne, en reconnaissant ses priorités, son rythme d'adaptation et sa capacité à se projeter dans des rôles choisis et porteurs de sens.

4.3 L'environnement : Enjeux contextuels et soutien social

Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO) met en évidence que la participation aux occupations ne repose pas uniquement sur les capacités individuelles, mais émerge plutôt de l'interaction dynamique entre la personne, l'occupation et l'environnement. Les composantes environnementales, regroupées en quatre dimensions : culturelle, institutionnelle, physique et sociale, influencent directement cette interaction et contribuent ainsi au rendement et à l'engagement occupationnels (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2002).

L'environnement culturel reflète l'ensemble des valeurs, normes, croyances et traditions propres à une culture donnée, incluant notamment des dimensions éthiques, religieuses et raciales qui façonnent la perception et l'exercice des rôles sociaux.

L'environnement institutionnel englobe les structures politiques, légales et économiques, les

organisations sociales ainsi que les règlements qui encadrent leur fonctionnement.

L'environnement physique, quant à lui, comprend les éléments matériels et perceptibles du milieu, qu'ils soient naturels ou construits, et qui influencent directement l'accessibilité et les possibilités d'action. Enfin, l'environnement social fait référence aux personnes avec lesquelles l'individu interagit : famille, amis, professionnels, membres de la communauté ainsi qu'aux dynamiques relationnelles et aux soutiens qui en découlent (ACE, 2002).

4.4 L'occupation : Activités significatives et participation

L'occupation occupe une place déterminante dans le MCREO. Elle est définie comme tout ce que les individus font pour s'occuper, se prendre en charge et donner un sens à leur vie. Les composantes de l'occupation se divisent en fonction de leurs buts, soit : les soins personnels, la productivité et les loisirs. Selon la description de Law et al., (2010) : Les soins personnels regroupent l'hygiène, la mobilité fonctionnelle et la vie dans la communauté. La productivité comprend le travail rémunéré ou non, la gestion du foyer ainsi que le travail scolaire et le jeu. Les loisirs sont composés des loisirs sédentaires, des loisirs actifs et de la vie sociale.

4.5 Le rendement

Le rendement occupationnel renvoie à la capacité d'une personne à choisir, organiser et réaliser des occupations significatives qui lui procurent satisfaction et contribuent à son bien-être (ACE, 2002 ; Townsend & Polatajko, 2013). Il met l'accent sur la performance observable dans les activités de la vie quotidienne, la productivité et les loisirs, tout en tenant compte des habiletés et ressources mobilisées pour accomplir ces activités.

Toutefois, dans la perspective du MCREO, le rendement occupationnel ne constitue pas uniquement la performance en tant que telle : il émerge plutôt de l'interaction dynamique

entre la personne, l'environnement et l'occupation. Ainsi, il se distingue de l'engagement, qui fait davantage référence au sens, à la motivation et à l'investissement subjectif envers l'activité, tandis que le rendement reflète la concrétisation observable de cette interaction transactionnelle.

4.6 L'engagement

Quant à l'engagement occupationnel, ce concept se définit à la manière dont la personne participe activement à des occupations porteuses de sens, en mobilisant sa motivation et son investissement personnel (ACE, 2002). Plutôt que de se limiter à l'exécution d'activités, l'engagement met en évidence l'expérience vécue par la personne dans ses occupations, façonnée par ses choix et par les opportunités offertes dans son contexte de vie (ACE, 2002). Ainsi, l'engagement occupationnel est à la fois un processus et un résultat : il traduit la relation significative entre la personne et ses occupations, et constitue un vecteur essentiel de santé et de qualité de vie.

4.7 Pertinence du modèle dans le cadre de l'essai

Le choix du MCREO comme cadre conceptuel repose sur sa pertinence clinique et théorique pour comprendre les impacts fonctionnels de la psychose post-partum. Ce modèle met en évidence l'interaction dynamique entre la personne, son environnement et ses occupations, ce qui permet de saisir la complexité des situations vécues par les femmes. Précisément, il offre ainsi un portrait global des altérations cognitives et affectives, des défis liés au rôle maternel et des influences environnementales, notamment le soutien social, la précarité ou encore les enjeux médico-légaux.

En ergothérapie, le MCREO soutient une approche globale et humaniste, centrée sur l'expérience subjective et l'identité occupationnelle. Ses fondements offrent une structure

rigoureuse pour documenter l'impact des troubles psychiatriques périnataux sur le quotidien, orienter les interventions vers la reprise des occupations significatives et soutenir la reconstruction du lien mère-enfant. Bien que la littérature portant spécifiquement sur l'utilisation du MCREO dans le contexte de la psychose post-partum demeure limitée, ses assises théoriques offrent néanmoins un cadre pertinent pour établir un portrait du fonctionnement occupationnel, comprendre les défis qui en découlent et orienter, par la suite, l'élaboration de stratégies thérapeutiques adaptées aux besoins de cette population.

Ainsi, le MCREO s'impose comme un cadre théorique particulièrement pertinent pour explorer les répercussions de la psychose post-partum sur le fonctionnement quotidien des femmes, en tenant compte de leurs réalités occupationnelles, environnementales et identitaires via l'opinion des professionnels de la santé. Ce modèle soutient une compréhension approfondie des défis rencontrés et oriente l'analyse vers le rétablissement fonctionnel et l'accompagnement centré sur les occupations.

5. Méthode

Les aspects méthodologiques de ce projet de recherche sont présentés dans cette section. Plus précisément, le devis de recherche, l'échantillonnage et le recrutement, les méthodes de collecte des données, la méthode d'analyse des données ainsi que les considérations éthiques sont ici abordées dans cet ordre.

5.1 Devis de recherche

Dans le cadre de cet essai, un devis qualitatif descriptif a été retenu afin d'explorer les enjeux fonctionnels observés chez les femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum, à partir de l'expérience clinique de professionnels de la santé, notamment des ergothérapeutes. Ce type de devis vise à fournir un portrait détaillé et

contextualisé du phénomène étudié, en s'ancrant dans les propos des participants (Sandelowski, 2000) Il permet de décrire le phénomène dans des termes courants, sans manipulation de variables, en demeurant fidèle aux mots et aux événements rapportés. Le devis qualitatif descriptif est particulièrement pertinent lorsqu'il s'agit de documenter de manière précise une réalité peu explorée, en mettant l'accent sur la richesse des expériences plutôt que sur l'abstraction conceptuelle (Sandelowski, 2000).

L'objectif principal de cette recherche est de décrire, documenter et comprendre les répercussions fonctionnelles de la psychose post-partum sur le quotidien des femmes, telles que perçues par les professionnels impliqués dans leur accompagnement. Cet objectif s'inscrit en cohérence directe avec le devis qualitatif descriptif adopté, lequel vise précisément à rendre compte, de manière fidèle et contextualisée, de l'expérience et des observations des intervenants œuvrant auprès de cette clientèle.

5.2 Échantillonnage et recrutement

Les participants ciblés pour constituer l'échantillonnage de cette recherche étaient des professionnels de la santé, incluant des ergothérapeutes, ayant une expérience clinique auprès de femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum. Pour un échantillon homogène, 6 à 12 entrevues suffisent généralement pour atteindre une saturation des thèmes principaux (Guest et al., 2006). Toutefois, puisque ce projet de recherche s'inscrit dans le cadre d'une maîtrise professionnelle en ergothérapie, l'échantillon visé est de 4 à 8 participants. Les critères d'inclusion pour participer à cette étude étaient : 1) d'être membre d'un ordre professionnel de la santé au Québec, 2) d'avoir travaillé auprès de cette clientèle spécifique soit auprès de femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum, 3) de consentir à participer à une entrevue de 45 minutes. Toutefois, le deuxième critère a dû être assoupli en cours de recrutement afin d'inclure également des

professionnelles ayant eu une expérience indirecte auprès de cette clientèle, que ce soit par un rôle de soutien interdisciplinaire, une collaboration clinique ponctuelle ou encore en tant que proche aidante. Cet ajustement visait à enrichir la diversité des perspectives recueillies et à refléter la complexité des trajectoires cliniques rencontrées dans le réseau. Quant aux critères d'exclusion, aucun n'a été retenu afin de favoriser une pluralité des profils cliniques et une représentation variée des réalités professionnelles.

C'est par l'entremise d'un échantillonnage accidentel (Fortin & Gagnon, 2022) que les professionnelles ont été recrutées pour participer à cette étude qualitative descriptive. Cette méthode d'échantillonnage non probabiliste repose sur la sollicitation de personnes accessibles et susceptibles de répondre aux critères de sélection établis en fonction du phénomène à l'étude. Plus précisément, des affiches de recrutement ont été diffusées dans des espaces virtuels ciblés, soit les groupes Facebook « Ergothérapie Québec » et « Ergothérapie santé mentale Québec », dans le but de rejoindre des ergothérapeutes présentant une expérience clinique pertinente auprès de femmes ayant vécu une psychose post-partum (voir Annexe B). Certaines participantes ont également été invitées à partager l'affiche de recrutement au sein de leur réseau professionnel, permettant ainsi de bonifier le bassin de participantes potentielles. La participation était entièrement volontaire.

Une affiche numérique décrivant brièvement la recherche et les modalités de participation a été publiée dans ces deux groupes. Les professionnelles intéressées étaient invitées à communiquer directement avec l'étudiante-chercheuse par courriel pour obtenir plus d'informations. Trois participantes ont ainsi été recrutées. Après un premier contact, les personnes qui répondaient aux critères d'inclusion ont reçu par courriel le formulaire de consentement libre et éclairé (voir Annexe C). Une fois le formulaire signé, un rendez-vous a été fixé pour procéder à l'entrevue.

5.3 Collecte des données

La collecte des données a été réalisée au moyen d'entrevues individuelles semi-structurées, d'une durée approximative de 45 minutes, menées en visioconférence via la plateforme Zoom, selon les préférences et la disponibilité des participants. Ce type d'entretien est reconnu comme étant pertinent dans les devis qualitatifs descriptifs, puisqu'il permet d'explorer les perceptions et les expériences professionnelles en profondeur (Fortin & Gagnon, 2022). Les entrevues ont été enregistrées avec le consentement préalable des participants, puis transcrites intégralement en format texte aux fins d'analyse qualitative.

Le canevas d'entrevue utilisé comportait plusieurs dimensions clés, organisées en trois grandes sections (voir Annexe A). La première visait à recueillir des informations contextuelles et nominales sur le profil des participantes, telles que leur formation, leur rôle professionnel et leur expérience auprès des femmes ayant vécu une psychose post-partum ou un épisode de manie. Ces éléments étaient abordés au moyen de questions introductives posées verbalement en début d'entretien.

Les deux autres sections portaient respectivement sur : (1) les enjeux fonctionnels observés chez les patientes, en lien avec la psychose post-partum ou les épisodes de manie ; (2) les répercussions sur le rôle maternel, les soins à l'enfant, les routines quotidiennes et l'autonomie ; (3) les difficultés relatives aux activités de la vie quotidienne et à l'organisation domestique ; et enfin (4) les éléments liés à l'organisation des services, incluant les rôles professionnels, l'accès aux ressources et les facteurs perçus comme influençant le rétablissement fonctionnel.

Le guide servait de support pour structurer la discussion, tout en laissant une grande place à l'expression libre des participantes, afin de favoriser l'émergence de données riches, nuancées et contextualisées.

Les questions posées étaient ouvertes et semi-dirigées, permettant aux participantes de décrire librement leurs observations cliniques, leur posture interdisciplinaire, ainsi que leurs réflexions sur les limites et les leviers du système actuel.

5.4 Analyse des données

L'analyse des données qualitatives a été réalisée selon l'approche thématique inductive proposée par Paillé et Mucchielli (2012), dont l'objectif est de dégager progressivement le sens à partir des discours recueillis. Le processus débute par une phase d'organisation rigoureuse des données, comprenant la transcription intégrale des verbatim issus des enregistrements d'entrevues. Afin de favoriser une immersion approfondie dans le corpus, plusieurs lectures attentives et la réécoute des enregistrements sont effectués. Par la suite, le matériel est découpé en unités de sens, constituant la base du codage. Ces unités sont ensuite comparées, regroupées et synthétisées à l'aide du logiciel NVivo, de manière à faire émerger des thèmes représentatifs des idées centrales exprimées par les participants. Enfin, une étape de catégorisation permet d'organiser ces thèmes en ensembles plus larges, à partir de rapprochements conceptuels, de redondances ou de contrastes observés entre les extraits. Ce travail conduit à la structuration progressive d'un arbre thématique, illustrant les relations hiérarchiques entre catégories et sous-thèmes.

Le logiciel NVivo a été utilisé pour faciliter l'organisation, le codage et l'analyse des données. Une validation par les participants (member checking) sera également réalisée, consistant à transmettre une synthèse des résultats à chaque participant pour recueillir leur avis sur l'interprétation faite de leurs propos. Cette étape vise à assurer la crédibilité des résultats et le respect des perspectives exprimées.

5.5 Considérations éthiques

Ce projet a fait l'objet d'une demande de certification éthique à l'UQTR (CER-25-319-07-06). Les participants ont été informés des objectifs, modalités, droits et mesures de confidentialité entourant l'étude. Un consentement écrit a été recueilli avant chaque entrevue, et les données ont été anonymisées et conservées de manière sécurisée pour une durée d'au moins six mois, conformément aux normes institutionnelles.

6. Résultats

6.1 Description des participantes

Trois professionnels de la santé ont participé à l'étude, soit deux ergothérapeutes et une psychiatre, recrutés par l'entremise des réseaux sociaux à la suite de la diffusion d'une affiche. Après avoir été contactés par l'étudiante-chercheuse et informés des objectifs de l'étude, ils ont tous consenti à participer aux entrevues.

La première participante, ergothérapeute, n'avait pas travaillé directement auprès de femmes ayant vécu une psychose post-partum, mais elle avait accompagné une amie proche lors d'une hospitalisation liée à un premier épisode psychotique post-partum. La deuxième participante, psychiatre, avait suivi plusieurs patientes présentant des épisodes de manie ou de psychose en période périnatale, principalement dans le cadre de troubles bipolaires ou schizo-affectifs. Son expérience clinique incluait tant le suivi externe que l'hospitalisation, notamment de deux patientes hospitalisées alors qu'elles étaient enceintes, dont l'une avait accouché prématurément pendant son séjour. Elle a souligné que son rôle portait principalement sur l'ajustement du traitement pharmacologique pour assurer la compatibilité avec la grossesse et l'allaitement, ainsi que sur la coordination avec les travailleuses sociales pour le soutien psychosocial, regrettant toutefois le manque de ressources en ergothérapie dans ce contexte.

Enfin, la troisième participante, ergothérapeute depuis 2006 et ayant exercé en santé mentale durant 15 ans, travaillait dans un service qui accueillait des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum. Bien qu'elle n'ait pas assuré leur suivi individuel, elle a côtoyé cette clientèle dans son milieu de pratique, ce qui lui permettait d'apporter un regard éclairé sur les enjeux vécus par cette population.

6.2 Données d'entrevues — Thèmes

Les résultats sont présentés sous forme de thèmes cernés à partir des données des participants. Deux thèmes principaux sont ressortis des entretiens : 1) les enjeux fonctionnels ; 2) organisation, prise en charge et parcours de soins. Les thèmes sont numérotés pour la clarté de la présentation, mais ne reflètent pas une conceptualisation linéaire par les participants ou l'étudiante chercheuse, ni un ordre hiérarchique.

6.3 Les enjeux fonctionnels

6.3.1 Enjeux liés à l'adaptation au rôle maternel

Dans cette première catégorie, les participantes décrivent principalement les difficultés d'adaptation au rôle maternel, c'est-à-dire la manière dont la psychose post-partum ou l'épisode maniaque perturbe la transition vers la maternité, la construction du rôle parental et la reprise des occupations associées à ce rôle. Les enjeux soulevés touchent à la fois les dimensions émotionnelles, cognitives, physiques et organisationnelles de la maternité, rendant plus complexes l'appropriation de ce rôle et la mise en place des routines qui y sont liées.

Les participantes décrivent un bouleversement majeur des occupations quotidiennes liées à la maternité chez les patientes. La psychose post-partum ou l'épisode de manie s'ajoute aux transformations déjà significatives qu'implique l'arrivée d'un enfant. Le manque de sommeil, l'adaptation soudaine à la présence du nourrisson et, dans certains cas, l'hospitalisation ou la séparation d'avec celui-ci viennent rompre brutalement les routines

établies. Cette rupture entraîne un sentiment marqué de perte de contrôle et accentue l'écart entre les attentes liées au plan de naissance et la réalité vécue, fragilisant ainsi la reprise d'un équilibre occupationnel. À ces bouleversements s'ajoutent des manifestations personnelles marquées, telles que l'anxiété, l'hypersensibilité émotionnelle et un sentiment d'incompétence, qui viennent perturber l'appropriation du rôle maternel.

La première ergothérapeute et la psychiatre décrivent un état de vulnérabilité affective important, où la peur de mal faire et la honte liée aux symptômes accentuent la perte de repères. La désorganisation cognitive, l'altération du jugement ainsi que la difficulté à se concentrer ou à planifier les tâches compromettent davantage la capacité des mères à répondre aux exigences constantes du nourrisson. Sur le plan physique, la fatigue extrême, le ralentissement psychomoteur et les effets secondaires de la médication complexifient la réalisation des occupations liées à la maternité, même lorsque la motivation est présente.

Ces enjeux sont exacerbés lorsque l'environnement ne constitue pas un soutien suffisant. L'absence d'aide familiale ou la présence de tensions conjugales contribuent à accroître la charge mentale et la détresse. À l'inverse, les participantes soulignent que le soutien concret du réseau immédiat : conjoint, proches ou intervenants, peut agir comme un facteur protecteur en permettant aux mères de déléguer certaines responsabilités et de préserver des moments de repos essentiels au rétablissement.

6.3.2 Lien mère enfant

Un enjeu central soulevé par les trois participants concerne la qualité du lien d'attachement mère-enfant. Les trois professionnels mentionnent que les épisodes psychotiques limitent la disponibilité affective des mères et compromettent leur capacité à répondre adéquatement aux besoins du nourrisson, particulièrement durant les premières semaines de vie. Comme l'a précisé un intervenant : « *quand ils sont en décompensation, les*

femmes, ils n'ont pas le temps de prendre conscience du fait qu'elles sont enceintes, de la maternité, de vraiment bâtir le lien » (Psychiatre). Cette indisponibilité se traduit par une distance affective, nuisant au développement de la confiance en soi et à l'autonomie de la mère comme de l'enfant. Cependant, cette perception est nuancée par d'autres témoignages. Une participante a observé que le lien pouvait se maintenir lorsque les femmes disposaient d'un soutien social suffisant ou qu'il pouvait se reconstruire progressivement après la phase aiguë. Dans certains cas, le lien d'attachement ne semblait pas avoir été affecté, en particulier lorsque la proximité préexistante avec l'enfant était déjà très forte. La séparation mère-bébé lors d'une hospitalisation, les visites supervisées ou l'absence d'un espace physique adapté dans les unités psychiatriques limite les occasions de proximité et d'interactions significatives rapporte une des participantes.

6.3.3 Difficultés liées aux soins de l'enfant

La prise en charge quotidienne du bébé représente un défi fonctionnel constant pour les mères, déjà fragilisées par les exigences de la réadaptation. Les participantes décrivent la difficulté d'intégrer les soins du nourrisson : alimentation, sommeil, hygiène, allaitement et besoins physiologiques fréquents dans un quotidien marqué par la fatigue et les symptômes psychiatriques. Comme le souligne la psychiatre : « c'est difficile de se déplacer avec un bébé. C'est difficile de se rendre à un rendez-vous. L'organisation que ça prend [...] ». Une participante rapporte également : « Devoir se concentrer sur un bébé naissant, c'est sûr que ça allonge vraiment le chemin de la réadaptation » (Ergothérapeute 1). Ces contraintes retardent le rétablissement et accentuent le sentiment de surcharge parentale. L'enchaînement des tâches telles que préparer un biberon, répondre aux pleurs, anticiper les boires ou organiser une sortie devient laborieux, accentuant le sentiment de perte lors de routine maternelle. La psychiatre et une des ergothérapeutes rapportent aussi que l'environnement peut aggraver ou atténuer ces

difficultés. L'absence de soutien familial, les tensions conjugales, la précarité financière ou l'isolement social limitent la possibilité de déléguer certaines tâches essentielles et augmentent la charge mentale globale. À l'inverse, un soutien concret de l'entourage par exemple, la prise en charge temporaire de certaines tâches, l'aide aux déplacements ou la planification des rendez-vous permettrait de diminuer la charge et d'offrir aux mères un espace minimal de récupération physique et psychique.

L'allaitement, en particulier, a été identifié comme une occupation fortement compromise dans ce contexte. Pour certaines mères et professionnels, les traitements pharmacologiques prescrits, souvent jugés incompatibles avec l'allaitement, entraînaient son interruption. Dans d'autres situations, l'hospitalisation impliquait une séparation physique avec l'enfant, limitant ou empêchant l'allaitement direct. Cette impossibilité représentait une frustration importante, tant pour les patientes que pour les professionnels, l'allaitement revêtant une valeur symbolique et affective forte dans la construction du rôle maternel. Le recours à des ressources matérielles, telles que le tire-lait, permettait parfois de maintenir partiellement ce rôle et de réduire le sentiment de rupture. Toutefois, ces solutions n'étaient pas toujours accessibles, renforçant ainsi le vécu de perte occupationnelle et affective. La psychiatre souligne que l'allaitement menait également des enjeux affectifs plus larges, notamment la culpabilité, la honte ou la peur d'être perçue comme une « mauvaise mère » lorsqu'il devenait impossible de s'y engager. Ces émotions, amplifiées par la pression sociale entourant l'allaitement, contribuaient à fragiliser l'estime personnelle déjà mise à mal par l'épisode psychotique.

6.4 Enjeux fonctionnels touchant le quotidien de la mère

Cette catégorie regroupe les difficultés qui concernent le quotidien de la femme elle-même, c'est-à-dire les occupations individuelles qui ne relèvent pas directement du rôle

maternel ou de la co-occupation avec le nourrisson. Ces enjeux, bien que distincts des responsabilités parentales, influencent fortement la capacité globale de la mère à fonctionner, à maintenir une routine stable et à soutenir son processus de rétablissement.

6.4.1 Autonomie dans les soins personnels et la productivité

Les participantes soulignent que la reprise des occupations de base essentielles au fonctionnement quotidien constitue un préalable indispensable à toute forme d'autonomie. Toutefois, les symptômes psychiatriques, la fatigue extrême, les exigences du nourrisson et les effets des traitements compromettent cette reprise, entraînant une perte de repères et une désorganisation marquée du quotidien. Cette instabilité occupationnelle fragilise l'établissement d'une routine fonctionnelle et complexifie l'équilibre nécessaire aux soins personnels et aux activités productives.

La désorganisation du quotidien constitue ainsi un enjeu majeur pour les mères, qui peinent à maintenir une routine stable dans un contexte marqué par la fatigue, les exigences constantes du nourrisson et les effets des traitements. L'enchaînement des tâches devient particulièrement ardu, entraînant un ralentissement de l'exécution. Cette désorganisation se répercute directement sur les activités de la vie quotidienne, notamment l'hygiène, l'alimentation, l'entretien du domicile et la préparation des repas, qui deviennent difficiles à planifier et à mener à terme. La psychiatre rapporte que la moindre tâche exige un niveau d'énergie et de concentration disproportionné, accentuant la lenteur d'exécution et renforçant le sentiment de perdre le contrôle de la routine domestique. Cette réalité contribue à fragiliser le rendement occupationnel. L'impact de ces difficultés dépasse le seul plan fonctionnel : il entraîne également une surcharge émotionnelle et mentale.

L'environnement joue enfin un rôle déterminant dans l'aggravation ou l'atténuation de cette désorganisation. L'absence de soutien familial, les tensions conjugales, la précarité

financière ou l'isolement social accentuent la charge domestique et limitent la possibilité de déléguer certaines tâches essentielles. À l'inverse, la présence d'un entourage aidant peut soutenir la réorganisation du quotidien, diminuer la charge mentale et favoriser un retour graduel à une routine plus stable.

6.4.2 Hygiène et soins personnels

Prendre soin de soi représentait un défi majeur pour les patientes rapportent les professionnelles. Les propos recueillis mettent en évidence une tendance des mères à accorder la majorité de leur attention au bébé, parfois au détriment de leurs propres besoins, ce qui accentue la négligence des soins personnels. L'hygiène personnelle constituait un autre domaine d'occupation particulièrement affecté. Pour plusieurs patientes, la réalisation de ces soins de base nécessitait une supervision constante et des rappels externes selon les professionnelles. Comme l'exprime une professionnelle : « elle ne pouvait pas nécessairement prendre soin d'elle, toute l'hygiène, tout ça. C'est un besoin de rappel constant, besoin d'accompagnement » (Ergothérapeute 1). Ces difficultés compromettaient non seulement le bien-être physique, mais accentuaient aussi le sentiment de perte d'autonomie et de dépendance, renforçant la fragilisation des routines de vie mentionne une professionnelle.

6.4.3 Sommeil

Le sommeil émerge comme un enjeu central dans le quotidien des patientes, non seulement parce qu'il constitue une fonction de base, mais également en raison de son rôle déclencheur ou aggravant des épisodes psychotiques. L'insomnie est perçue comme un facteur de risque majeur pouvant précipiter une rechute maniaque.

Par ailleurs, les traitements pharmacologiques prescrits pour stabiliser l'état psychique peuvent accentuer la somnolence, ce qui place les mères dans un dilemme entre vigilance

maternelle et besoin physiologique de repos. Un ergothérapeute souligne ce paradoxe : bien que les patientes cherchent à rester suffisamment vigilantes pour s'occuper de leur bébé, le manque de sommeil constitue un facteur pouvant précipiter l'épisode. Ce cercle vicieux sommeil/symptômes fragilise davantage le processus de rétablissement.

6.4.4 Activités domestiques et organisation du quotidien

Les participantes rapportent des difficultés importantes dans la réalisation des activités domestiques chez les femmes ayant vécu un épisode de psychose post-partum ou de manie. La gestion des déplacements, l'organisation des rendez-vous et l'accomplissement des tâches ménagères étaient particulièrement compromis. Comme l'illustre un professionnel : « c'est tellement compliqué se déplacer pour aller quelque part, à un rendez-vous. Mais là imagine si en plus elle vient de faire un épisode et avec un enfant » (Psychiatre 1). Ces contraintes organisationnelles entraînent une perte de confiance dans les capacités à s'engager dans les occupations quotidiennes. Une ergothérapeute témoigne également du besoin accru de soutien conjugal, son partenaire devant assumer la majorité des responsabilités domestiques.

Les participantes soulignent que les atteintes cognitives, telles que la difficulté à planifier, prioriser ou enchaîner les tâches domestiques, contribuent à la désorganisation du quotidien. L'environnement social et matériel influence fortement la reprise de ces occupations : l'absence de réseau, l'isolement, la précarité financière ou le manque d'aménagements concrets dans l'espace domestique amplifient le sentiment de surcharge. À l'inverse, lorsque l'entourage peut offrir un soutien tangible, les femmes parviennent plus facilement à réintroduire graduellement les activités domestiques.

6.5 L'organisation, la prise en charge et parcours des soins

6.5.1 Rôles et responsabilités professionnelles

Les résultats mettent en évidence une hiérarchie professionnelle marquée, dans laquelle le psychiatre occupe une place centrale liée à l'évaluation clinique et à la gestion pharmacologique, tandis que les autres professionnels viennent compléter cette approche. La psychiatre souligne toutefois que son rôle, bien qu'essentiel, ne peut à lui seul répondre à la complexité des besoins associés à la psychose post-partum. Selon elle, l'ergothérapeute est ainsi perçue comme une actrice indispensable, puisqu'elle établit un pont entre la perspective biomédicale et les enjeux fonctionnels et occupationnels du quotidien. La psychiatre précise que l'ergothérapeute hospitalière contribue à rendre les symptômes et les interventions plus intelligibles pour les mères, mais aussi pour les intervenants de proximité, jouant ainsi un rôle de « traduction clinique » qui favorise une compréhension commune et une meilleure cohérence des soins. Malgré cette complémentarité, la psychiatre mentionne que l'organisation institutionnelle marquée par la rotation des équipes, le manque de continuité et le poids des protocoles biomédicaux limite la portée de ces rôles. Les interventions axées sur le fonctionnement et sur le lien mère-enfant peinent alors à trouver leur place dans un système principalement orienté vers la stabilisation rapide des symptômes, ce qui met en lumière les défis entourant la collaboration interprofessionnelle.

6.5.2. Collaboration interdisciplinaire et limites organisationnelles

La prise en charge des femmes vivant une psychose post-partum repose sur la complémentarité des disciplines, un principe reconnu par l'ensemble des participantes. L'approche interdisciplinaire est perçue comme essentielle pour assurer des soins continus et globaux. Toutefois, les professionnelles rapportent que cette collaboration se heurte à des résistances persistantes au sein du réseau, notamment liées à une faible sensibilisation de

certain milieux aux enjeux de santé mentale périnatale. Les équipes obstétricales ou gynécologiques, bien que centrales dans le suivi périnatal, apparaissent parfois peu à l'aise avec les dimensions psychiatriques, ce qui génère des tensions et complexifie le travail interdisciplinaire.

Au-delà des dynamiques professionnelles, plusieurs participantes évoquent le rôle de la DPJ comme un élément particulièrement délicat du travail intersectoriel. Les décisions entourant la garde ou la séparation d'avec l'enfant sont perçues comme des moments à haut risque émotionnel et clinique, où la stigmatisation des troubles mentaux peut influencer les jugements portés sur la compétence parentale. L'institution, censée protéger, adopte ainsi un rôle ambivalent : elle assure la sécurité de l'enfant tout en fragilisant la reconnaissance du rôle maternel, ce qui affecte la trajectoire de rétablissement des femmes selon la psychiatre.

Les participantes soulignent que ces tensions sont exacerbées par un environnement organisationnel centré sur la gestion des risques et le respect strict des protocoles. Ce climat, perçu comme rigide, laisse peu d'espace aux approches relationnelles et centrées sur le rétablissement. Les trois professionnelles mentionnent que les stigmas entourant la maternité et la santé mentale teignent également les échanges interprofessionnels, influençant les recommandations et limitant l'intégration d'approches plus humaines, flexibles et collaboratives.

6.5.3 Continuité et ruptures dans le parcours de soins

Les trois professionnelles révèlent une tension importante entre les besoins de continuité des femmes et les réalités organisationnelles qui entraînent fréquemment des ruptures dans leur parcours de soins. Les participantes décrivent des mères souvent laissées à elles-mêmes après la phase aiguë, sans accompagnement structuré ni suivi adapté aux fluctuations de leur état. Ces ruptures peuvent mener à des rechutes, à une perte de confiance

envers le système et à une détérioration de la relation mère-enfant. Comme le résume la psychiatre « souvent ces mères-là ont besoin de temps, elles ont besoin d'un suivi, peu importe, c'est avec qui : un médecin, un professionnel de santé quelconque ». Les suivis psychosociaux réalisés par les CLSC sont cités comme des pratiques positives lorsqu'ils sont accessibles, car ils renforcent le sentiment de soutien et contribuent à limiter l'isolement. Toutefois, leur disponibilité reste inégale et tributaire de délais importants, ce qui accentue la vulnérabilité des femmes.

En parallèle, plusieurs verbatim font état d'interventions perçues comme inhumaines ou trop centrées sur le biomédical, ce qui nourrit une rupture relationnelle avec les équipes soignantes. Certaines mères rapportent aux professionnels avoir ressenti une approche distante ou déshumanisée, où l'accent était mis davantage sur la stabilisation médicamenteuse que sur leur vécu subjectif. La psychiatre ajoute que la continuité des soins repose autant sur la disponibilité des services que sur la qualité des interactions, lesquelles conditionnent l'adhésion et la confiance envers le réseau. Les participantes soulignent également que le manque de coordination entre les équipes, combiné à la fragmentation des services entre l'hospitalier, le communautaire et la protection de l'enfance, amplifie ces ruptures. La multiplication des intervenants, l'absence de rôle pivot ou de trajectoire clairement définie, ainsi que les changements fréquents d'équipe mènent à un sentiment d'incohérence et d'abandon.

6.5.4. Accessibilité et inégalités d'accès aux services

L'accessibilité aux services spécialisés constitue un enjeu récurrent et préoccupant. Les professionnelles décrivent des délais importants pour accéder aux ressources pertinentes, notamment l'ergothérapie, ce qui retarde la mise en place d'interventions ciblées et réduit l'efficacité des trajectoires de soins. Ces délais prolongés, attribués à des contraintes

structurelles et à la pénurie de professionnels, entraînent des conséquences directes sur le rétablissement et augmentent le risque de chronicisation.

Les participantes soulignent également que l'accessibilité est modulée par des facteurs environnementaux plus larges, tels que la région de résidence, les réalités socioéconomiques ou la rareté des ressources locales. Dans certains contextes, l'absence d'équipes spécialisées en périnatalité ou le manque de services à domicile oblige les mères à multiplier les déplacements ou à composer avec des suivis sporadiques, ce qui fragilise la continuité des soins. Les normes institutionnelles, les listes d'attente prolongées et les critères d'admissibilité restrictifs sont également perçus comme des obstacles concrets, accentuant les inégalités entre les femmes bénéficiant d'un réseau soutenant et celles qui doivent assumer seules les démarches d'accès aux services. À l'inverse, lorsque les structures organisationnelles favorisent une offre plus flexible comme la télépratique ou les suivis intensifs en période critique, les participantes observent une diminution des ruptures et un meilleur engagement des mères dans leur processus de rétablissement.

6.5.5 Adaptation des soins à la période périnatale

L'adaptation des soins en contexte périnatal constitue un enjeu majeur, particulièrement lorsqu'il s'agit d'ajuster les interventions aux réalités de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale. Les professionnels rapportent que la gestion médicamenteuse représente une dimension centrale, nécessitant des ajustements continus pour assurer à la fois la stabilisation des symptômes et la compatibilité avec la grossesse ou l'allaitement. Ces ajustements, bien que nécessaires, s'accompagnent de défis cliniques importants et exigent une collaboration étroite entre psychiatres, obstétriciens et autres intervenants.

Au-delà de l'aspect pharmacologique, la question de l'allaitement illustre la tension entre recommandations médicales, pressions sociales et réalités vécues par les mères. Deux des professionnels révèlent que plusieurs femmes se sentent contraintes d'allaiter, ce qui peut accentuer le sentiment d'échec ou de culpabilité lorsqu'elles ne parviennent pas à répondre à cette norme. La psychiatre adopte volontairement une posture de déstigmatisation, en mettant de l'avant que « l'important c'est que le bébé soit nourri » et en valorisant la légitimité du recours à la formule lorsque l'allaitement n'est pas possible ou souhaité. Cette approche, axée sur le respect de l'autonomie maternelle, est perçue comme facilitatrice de l'adhésion au traitement et du rétablissement global.

Les trois participantes soulignent que l'adaptation des soins périnataux repose également sur la reconnaissance de l'expérience subjective des femmes. Le fait de pouvoir décider librement, à partir d'informations claires et transparentes, favorise le pouvoir d'agir des mères et réduit le risque qu'elles perçoivent la relation thérapeutique comme coercitive. L'adaptation des soins périnataux ne se limite donc pas aux ajustements cliniques ou pharmacologiques, mais implique une compréhension fine du vécu maternel et le respect des valeurs, des capacités réelles et du rythme de chaque femme.

6.5.6 Soutien fonctionnel et accompagnement à domicile

Les trois participantes insistent sur la nécessité d'un soutien concret dans le quotidien des mères. Elles soulignent l'importance d'interventions centrées sur l'organisation de l'environnement domestique, la structuration des routines et l'accompagnement dans les soins au bébé. Ces actions, perçues comme « pratico-pratiques », renforcent le sentiment de compétence parentale et diminuent la charge mentale liée à la maternité en contexte de psychose.

Une des ergothérapeutes illustre cette perspective en évoquant la nécessité d'aider les mères à « aménager la station pour les couches », « planifier les boires » ou encore « trouver des trucs pour que ça soit plus facile ». Ce type d'intervention favorise l'autonomie, soutient l'auto-efficacité et contribue indirectement à restaurer l'estime de soi, souvent fragilisée par l'expérience de la maladie et le jugement social.

Au-delà de l'organisation domestique, les résultats mettent en évidence l'importance de facteurs environnementaux positifs. Les sorties en nature, le temps passé avec le bébé dans des lieux calmes ou sécuritaires, ainsi que la valorisation d'expériences partagées sont décrits comme des leviers facilitant le rétablissement. Ces moments permettent aux mères de réinvestir leur rôle parental dans un cadre soutenant et d'expérimenter des situations de succès, ce qui renforce leur pouvoir d'agir et leur bien-être. L'accompagnement à domicile, qui ancre ces apprentissages dans l'environnement réel des mères, est identifié comme une stratégie particulièrement pertinente et durable.

6.5.7 Innovations et perspectives d'amélioration

Enfin, plusieurs propositions émergent quant à l'organisation future des soins. Les participantes évoquent la pertinence de mettre en place des unités mères-enfants spécialisées, permettant de maintenir le lien mère-bébé tout en offrant un encadrement psychiatrique adapté. Elles soulignent également l'importance d'instaurer des rôles de pivot confiés à des professionnels non médicaux, tels que les ergothérapeutes, travailleuses sociales ou psychoéducateurs, afin de réduire la stigmatisation associée à la médicalisation excessive. L'aménagement de lieux plus intimistes, la présence d'espaces dédiés au contact mère-bébé et la révision des règles de visite en contexte psychiatrique sont également proposés pour soutenir la relation d'attachement et diminuer le sentiment d'exclusion vécu lors de l'hospitalisation.

Sur le plan organisationnel, les participantes évoquent la nécessité de mécanismes de communication interdisciplinaire plus fluides, de rôles mieux définis et d'un leadership partagé, afin de favoriser la cohérence des interventions et de réduire les ruptures dans les trajectoires de soins. Les trois participantes soulignent aussi l'importance d'intégrer des approches davantage centrées sur le rétablissement, la participation sociale et le soutien du rôle maternel, plutôt que sur le seul contrôle des symptômes. Des stratégies comme l'intensification temporaire du soutien à domicile, l'élargissement des ressources communautaires ou la mise en place de suivis post-hospitaliers structurés pourraient contribuer à consolider les acquis et favoriser la stabilité à long terme.

Ces pistes suggèrent la nécessité d'une transformation environnementale, organisationnelle et culturelle, afin de mieux soutenir la maternité en contexte de psychose post-partum. Comme l'illustre la psychiatre : « De trop médicaliser quelque chose, ça stigmatise beaucoup pis ça fait peur. » Cette perspective met de l'avant le souhait d'une approche plus humaine et holistique, centrée sur les besoins occupationnels, psychosociaux et relationnels des femmes.

7. Discussion

Cette section propose une analyse approfondie des résultats obtenus dans le cadre de cet essai portant sur les enjeux fonctionnels rencontrés par les femmes ayant vécu une psychose post-partum, tels que perçus par des professionnelles de la santé. Elle s'ouvre par un retour sur la problématique et les objectifs de recherche, afin de contextualiser les constats recueillis. Ensuite, une interprétation des résultats principaux est proposée, en les mettant en dialogue avec les écrits scientifiques actuels, ce qui permet de faire ressortir les convergences, mais aussi les tensions avec la littérature existante. L'analyse s'inscrit dans une perspective ergothérapique centrée sur la personne, ses occupations et son

environnement, à l'instar du Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnels (MCREO), qui conçoit le rendement comme le résultat de l'interaction dynamique entre ces trois composantes. Cette approche permet de mettre en lumière les dynamiques complexes qui influencent le rétablissement et façonnent la participation occupationnelle des femmes. Cette discussion permet également de soulever certaines lacunes dans les pratiques cliniques et dans la recherche, tout en formulant des recommandations pour mieux répondre aux besoins spécifiques de cette population. Enfin, les retombées cliniques pour la pratique ergothérapique sont abordées, de même qu'une évaluation critique des forces et des limites de l'étude.

7.1 Retour sur les objectifs de recherche

Le présent essai avait pour objectif principal d'explorer les enjeux fonctionnels vécus par les femmes ayant traversé une psychose post-partum ou un épisode de manie, à partir du point de vue d'ergothérapeutes et d'autres professionnelles de la santé. Cette démarche visait à mieux comprendre comment ces épisodes affectent leur quotidien, leurs occupations et leur capacité à assumer leurs rôles significatifs.

De manière générale, les résultats montrent que ces femmes vivent une rupture importante de leurs routines, une fragilisation de leur autonomie dans les soins personnels, des difficultés marquées dans les activités domestiques, ainsi que des défis liés au rôle maternel et au lien avec l'enfant. Le rétablissement apparaît fortement influencé par le soutien social, familial et institutionnel, qui peuvent soit faciliter soit freiner la reprise des occupations. Ces constats permettent de mettre en lumière des besoins encore peu documentés et soulignent la pertinence d'une contribution en ergothérapie plus structurée dans les trajectoires périnatales psychiatriques.

7.2 Analyse des principaux résultats et liens avec la littérature scientifique

Les résultats de cette étude exploratoire ont permis de mettre en lumière les répercussions multiples et profondes de la psychose post-partum sur le fonctionnement occupationnel des femmes, en révélant des perturbations importantes au croisement des dimensions personnelles, environnementales et occupationnelles. Loin d'être limitées à une symptomatologie psychiatrique aiguë, ces perturbations s'inscrivent dans un processus de rupture identitaire, de désaffiliation sociale et de désorganisation du quotidien. En les analysant à la lumière des écrits scientifiques récents, il devient possible de souligner plusieurs constats cruciaux pour la compréhension du rétablissement dans une perspective en ergothérapie centrée sur la personne, ses occupations et son environnement.

7.2.1 Impacts sur le rendement, l'engagement et l'identité

Les récits des participantes révèlent une altération marquée du rendement et de l'engagement occupationnels, particulièrement dans les soins personnels, la gestion du quotidien et les occupations domestiques. La désorganisation globale des routines perturbe directement les occupations significatives, fragilisant le sentiment de compétence ainsi que la construction progressive de l'identité maternelle. Cette rupture dans la continuité occupationnelle peut être comprise comme une perte fonctionnelle qui affecte la capacité à initier, planifier ou soutenir l'engagement ainsi que le rendement aux occupations, un phénomène largement documenté dans la littérature sur la santé mentale. En effet, les pertes liées à la maladie, qu'elles concernent l'énergie, la motivation, les routines ou le sommeil sont reconnues pour compromettre la possibilité même de se préparer, d'entrer ou de demeurer engagé dans une activité, entraînant un cercle de désengagement et de fragilisation occupationnelle (Baker & Procter, 2014)

La littérature scientifique corrobore cette perspective, Kingston et al. (2014) ont démontré que les troubles psychiatriques périnataux, incluant la psychose post-partum, ont des effets délétères sur la participation sociale, l'engagement dans les occupations et le sentiment de compétence parentale. La perturbation des rôles, en particulier du rôle maternel, peut induire une perte de repères identitaires qui compromet la capacité de la personne à se projeter dans une trajectoire de rétablissement. Mauthner (1999) souligne que les femmes ayant vécu un épisode psychiatrique périnatal éprouvent souvent un sentiment de déconnexion avec leur bébé et avec elles-mêmes, alimenté par la stigmatisation, la peur du jugement, la culpabilité et l'incertitude entourant leur capacité à être une « bonne mère ». Il est également notable que certaines ruptures occupationnelles décrites par les participantes, notamment la perte soudaine d'efficacité perçue dans les routines et diminution marquée du sentiment de compétence maternelle dès les premiers jours de l'épisode demeurent très peu documentées dans la littérature spécifique à la psychose post-partum. Ces constats représentent ainsi une contribution originale de cette étude.

Ce sentiment d'aliénation est accentué par les symptômes aigus de la psychose, tels que les idées délirantes, les hallucinations, le désengagement de la réalité, ou encore les ralentissements cognitifs et moteurs. Ces symptômes, bien que souvent transitoires, laissent des séquelles durables dans la représentation que les femmes se font d'elles-mêmes et dans la confiance qu'elles accordent à leurs capacités parentales. Wicks, Tickle et Dale-Hewitt (2020) ont mis en lumière le processus par lequel une crise psychiatrique en période post-partum peut fragiliser le processus de construction identitaire, transformant la maternité en source d'angoisse plutôt qu'en moteur de réalisation personnelle. Leur méta-synthèse montre que l'expérience psychotique génère une déstabilisation profonde du sentiment de soi, plusieurs femmes décrivant que leur « sens de l'identité est complètement dévasté » et que la confrontation entre leurs attentes idéalisées de la maternité et la réalité de la maladie alimente

la peur, la culpabilité et la honte. Cette dissonance identitaire contribue alors à fragiliser la confiance parentale et à rendre le rôle maternel particulièrement difficile à assumer.

7.2.2 Effets de l'environnement sur la reprise des rôles et des occupations

L'analyse met également en évidence le rôle critique de l'environnement dans le façonnement du vécu post-psychotique et dans les trajectoires de rétablissement. Plusieurs dimensions de l'environnement : physique, institutionnel, relationnel, culturel interagissent pour faciliter ou, au contraire, entraver la reprise des occupations. L'environnement hospitalier, notamment, a été décrit par les trois participantes comme inadéquat pour répondre aux besoins spécifiques d'une mère en période post-partum. Dans une perspective MCREO, cette inadéquation environnementale illustre clairement comment les facteurs physiques et organisationnels peuvent limiter l'engagement occupationnel et entraver la continuité des rôles maternels. L'absence d'unité mère-bébé, la séparation prolongée avec l'enfant, le manque d'intimité, et l'uniformisation des soins contribuent à une expérience d'objectivation, où la maternité devient invisible dans l'organisation des soins. Ces constats rejoignent ceux de Sambrook Smith et al. (2019), qui mettent en évidence l'insuffisance des dispositifs de cohabitation mère-enfant dans les milieux psychiatriques, lacune qui compromet à la fois le lien d'attachement et la reconstruction identitaire post-crise.

Au-delà du cadre physique, d'un point de vue institutionnel, plusieurs participantes rapportent des interactions tendues avec les services de protection de la jeunesse, décrites comme marquées par la surveillance, l'évaluation constante de leurs compétences parentales et une crainte persistante d'être jugées, ce qui prend le pas sur l'accompagnement. Cette pression constante de devoir « prouver » sa compétence parentale, dans un contexte de vulnérabilité extrême, alimente l'anxiété et empêche le développement d'une relation thérapeutique de confiance. Engqvist & Nilsson (2014) notent que ces dynamiques de

pouvoir peuvent nuire au rétablissement, en renforçant le sentiment d'impuissance et de stigmatisation intériorisée. Un environnement institutionnel rigide et culpabilisant agit comme une barrière au rendement et à l'engagement occupationnel : il freine la reprise des occupations significatives, l'autodétermination et le développement de stratégies d'adaptation. Ces résultats mettent en évidence des enjeux institutionnels encore peu documentés dans la littérature, notamment une relation avec la DPJ perçue comme centrée sur la surveillance et le contrôle, ainsi que l'absence d'espaces adaptés pour la dyade mère-enfant. Ces éléments constituent des apports originaux en élargissant la compréhension des obstacles environnementaux susceptibles d'influencer le processus de rétablissement.

À l'inverse, la présence d'un environnement relationnel soutenant constitue un facteur protecteur essentiel. Les femmes ayant bénéficié de l'implication de leur partenaire, de leur famille élargie ou d'amies proches ont témoigné d'une meilleure capacité à réintégrer progressivement leurs rôles, à déléguer certaines tâches, à trouver du répit et à préserver une stabilité minimale dans la routine quotidienne. Ces soutiens relationnels agissent comme des facilitateurs environnementaux essentiels selon le MCREO, en renforçant la capacité des femmes à retrouver un équilibre occupationnel. Killien (2005) souligne que la présence d'un réseau social soutenant incluant le partenaire, la famille et les ressources communautaires constitue un élément central de l'ajustement post-partum, puisqu'il favorise la reprise des rôles, réduit la détresse et contribue à stabiliser l'organisation du quotidien. Il s'agit là d'un levier important pour les interventions en ergothérapie, qui peuvent inclure ce réseau dans la planification des routines et dans l'aménagement des rôles sociaux. Ces résultats renforcent la pertinence d'une approche systémique et inclusive du soutien, qui dépasse la figure de la patiente pour intégrer l'ensemble de son réseau naturel dans le processus thérapeutique. Les participantes ont également expliqué comment ces dynamiques institutionnelles, notamment

celles associées à la protection de la jeunesse, freinent la reprise des occupations significatives et complexifient la reconstruction des rôles maternels.

7.2.3 Les occupations quotidiennes : entre surcharge, impuissance et possibilité de reconstruction

Les résultats mettent en évidence que les occupations du quotidien, telles que les soins à l'enfant, la préparation des repas, l'entretien ménager ou encore l'allaitement, sont profondément affectées par l'épisode de psychose post-partum. Ces activités, pourtant centrales et non anodines dans la vie quotidienne d'une nouvelle mère, deviennent, dans ce contexte, à la fois sources de surcharge, de détresse. L'incapacité temporaire à répondre aux exigences de ces occupations engendre un sentiment d'impuissance, de culpabilité, et nuit au développement du lien avec l'enfant.

Les participantes rapportent que ces femmes rencontraient des difficultés marquées à accomplir des gestes simples du quotidien, tels que bercer leur bébé, structurer une routine, ou prendre soin de leur hygiène personnelle. Cette perte d'autonomie fonctionnelle a été décrite comme déstabilisante, menaçant à la fois le sentiment d'efficacité personnelle et l'intégration du rôle maternel. Ces observations rejoignent les travaux de Forde et al. (2020), qui démontrent les femmes vivant un trouble psychiatrique périnatal sont particulièrement vulnérables à une surcharge occupationnelle : l'accumulation des attentes sociales entourant la maternité, combinée à une symptomatologie aiguë, peut limiter la reprise graduelle des rôles significatifs et fragiliser la construction identitaire. Ces dynamiques contribuent à accroître le risque de repli, de culpabilité ou de difficulté à se projeter dans une trajectoire de rétablissement.

Par ailleurs, l'allaitement apparaît comme une occupation fortement investie, autant en termes d'identité que de normes sociales. Lorsque les femmes en post-partum vivent un

trouble psychiatrique ou traversent une période de grande vulnérabilité, toute difficulté liée à l'allaitement, notamment l'impossibilité d'allaiter, qu'elle soit médicale, pharmacologique, psychologique ou institutionnelle, est souvent perçue comme un échec. Brown et al. (2016) montrent que les femmes cessent fréquemment l'allaitement en raison de difficultés physiques, de douleur ou d'un manque de soutien, et que ces situations peuvent entraîner un sentiment d'échec, de culpabilité et une détresse émotionnelle, fragilisant ainsi le sentiment de compétence maternelle. Ainsi, chez plusieurs femmes ayant vécu un épisode de psychose post-partum, l'impossibilité d'allaiter renforce l'impression de ne pas être « à la hauteur », amplifiant une vulnérabilité déjà présente. Dans cette optique, les interventions doivent permettre de redéfinir le rôle maternel autour de la qualité du lien affectif et du sens attribué à l'engagement avec l'enfant, plutôt que sur la conformité à des attentes rigides ou idéalisées.

Pourtant, ces mêmes occupations peuvent devenir, à certaines conditions, des vecteurs de résilience. Le retour progressif à certaines activités, l'adaptation des tâches en fonction de l'énergie disponible ou l'engagement dans des routines partagées avec le bébé permettent à certaines femmes de retrouver un sentiment d'utilité, de compétence et de plaisir. Ces expériences résonnent avec les fondements de l'approche centrée sur le pouvoir d'agir en ergothérapie, selon laquelle l'occupation constitue un moteur de changement, capable de soutenir la transformation identitaire et le rétablissement psychique lorsqu'elle est investie de manière signifiante (Townsend & Polatajko, 2013).

Dans cette perspective, les interventions en ergothérapie peuvent jouer un rôle clé. En s'appuyant sur une évaluation fine des besoins, capacités et priorités de la cliente, l'ergothérapeute peut proposer des stratégies concrètes telles que l'établissement d'horaires structurants, l'adaptation de l'environnement domestique, ou encore l'introduction graduelle d'activités significatives. L'objectif est de favoriser la reprise fonctionnelle dans un cadre

sécurisant et respectueux du rythme de la personne, tout en soutenant la restauration du rôle maternel. Il apparaît également que les micro-enjeux occupationnels du quotidien (organisation des soins du bébé, déplacements, routines d'alimentation, gestion du sommeil), bien que centraux pour les participantes, sont peu détaillés dans les écrits actuels. Leur identification précise constitue donc un apport distinctif de cette étude, en mettant en lumière des besoins fonctionnels encore largement sous-documentés.

7.2.4 Un modèle biomédical inadéquat face à des besoins occupationnels complexes.

Enfin, un thème transversal ressort avec constance des propos recueillis : la remise en question implicite du modèle biomédical actuellement dominant. Celui-ci, en centrant son action sur la symptomatologie et la stabilisation pharmacologique, tend à évacuer les dimensions affectives, sociales et occupationnelles du rétablissement. Les professionnels de la santé ont rapporté chez ses femmes un sentiment de solitude et d'incompréhension, se traduisant par le manque d'écoute, le peu d'espace accordé à la narration subjective et l'absence de vision globale du rétablissement. Ce vide thérapeutique post-stabilisation, souvent vécu comme une forme d'abandon, révèle un écart entre les interventions médicales reçues et les besoins perçus par les femmes. Davidson et al. (2005) soulignent que l'approche strictement biomédicale, bien qu'indispensable pour stabiliser les symptômes, demeure insuffisante pour soutenir le rétablissement réel. Une fois la crise aiguë passée, les personnes se retrouvent souvent sans accompagnement pour reconstruire leur quotidien, reprendre leurs rôles sociaux ou retrouver un sentiment de cohérence personnelle, ce qui génère un vide thérapeutique particulièrement marqué dans les trajectoires post-psychotiques.

Ce décalage est d'autant plus préoccupant que la fin de l'épisode aigu ne marque pas nécessairement la fin des difficultés : les femmes se retrouvent souvent à reconstruire leur quotidien en l'absence de repères, avec un sentiment d'incompétence et de désorganisation

persistante. Dans cette perspective, il devient essentiel de penser le rétablissement non pas uniquement comme une absence de symptômes, mais comme une réappropriation progressive et soutenue des rôles significatifs. Comme le soulignent Davidson et al. (2005), le rétablissement renvoie à un processus dynamique de reconstruction identitaire fondé sur l'espoir, l'autodétermination et la possibilité de reprendre contrôle sur sa vie à travers des occupations significatives.

C'est ici que l'ergothérapie prend tout son sens. En proposant une approche holistique centrée sur la personne, ses occupations et son environnement, l'ergothérapeute peut contribuer à restaurer le sentiment de compétence, structurer les routines, faciliter la reprise des rôles maternels et sociaux, et soutenir le lien mère-enfant à travers des activités concrètes. Ces interventions agissent comme un pont entre la stabilisation médicale et la reprise d'une vie significative, comblant ainsi une lacune importante du modèle biomédical. Comme le rappellent Wilcock et Hocking (2015), la santé ne peut se réduire à l'absence de maladie : elle émerge de la possibilité pour une personne de s'engager activement dans des occupations significatives et socialement valorisées.

7.3 Rôle et apports de l'ergothérapie dans le rétablissement post-psychose post-partum

Les résultats de cette étude révèlent des altérations fonctionnelles majeures chez les femmes ayant vécu une psychose post-partum, touchant l'ensemble des sphères de la vie quotidienne : gestion des soins personnels, maintien des routines, interactions sociales, ainsi que la reprise du rôle maternel. Ces ruptures dans la continuité occupationnelle, souvent exacerbées par des hospitalisations prolongées, une séparation mère-enfant et un manque de ressources post-crise, soulignent la nécessité d'une prise en charge globale. L'ergothérapie, en tant que discipline centrée sur l'occupation humaine, se positionne comme un acteur central et incontournable du rétablissement fonctionnel, identitaire et relationnel. Elle ne

constitue pas seulement un service complémentaire, mais un pilier essentiel de la continuité des soins, du lit d'hospitalisation au retour à domicile.

Dans ce contexte, l'ergothérapeute a pour rôle de soutenir une réintégration progressive, individualisée et contextualisée des occupations significantes. En s'appuyant sur une approche holistique centrée sur la personne, ses valeurs, ses capacités et son environnement, l'ergothérapie vise à restaurer le pouvoir d'agir et la capacité d'exercer des rôles significatifs. Les activités fondamentales : hygiène, sommeil, alimentation deviennent les premières cibles d'intervention, non pas comme des tâches banales, mais comme des fondations de la reconstruction identitaire et fonctionnelle. Comme le souligne Eken (2024), les interventions ergothérapeutiques axées sur la structuration des routines, la régulation du rythme circadien, la gestion de l'énergie et la priorisation des tâches contribuent de façon significative à réduire l'instabilité émotionnelle et à soutenir la reprise du quotidien, souvent fragmenté après une crise psychiatrique.

Un apport distinctif de l'ergothérapie réside dans le soutien à la reprise du rôle maternel, processus souvent entravé par un vécu d'échec, une perte de confiance et des sentiments de honte ou de déconnexion avec l'enfant. L'approche occupationnelle permet ici de travailler non seulement sur les capacités fonctionnelles, mais aussi sur le sens attribué à l'engagement maternel. À travers des interventions telles que les ateliers mère-bébé, les observations guidées, les activités dyadiques en contexte réel (soin, jeu, alimentation), l'ergothérapeute favorise le rétablissement du lien d'attachement et la réappropriation du rôle parental, à un rythme sécuritaire et progressif (Van Antwerp et al., 2024).

L'allaitement, souvent perçu comme un enjeu identitaire autant que biologique, constitue une occupation symbolique majeure, mais également un terrain de détresse. Certaines femmes, en raison de traitements pharmacologiques ou de contextes institutionnels,

sont contraintes d'abandonner l'allaitement, ce qui peut être vécu comme une rupture douloureuse. Dans ce cadre, l'ergothérapeute peut intervenir de manière non prescriptive, en favorisant une approche inclusive, respectueuse du choix et du rythme de la mère. Vidmar (2020) et Haas (2022) montrent que l'aménagement de l'environnement, la simplification des routines de soins, l'ajustement postural, et la réduction de la charge mentale liée à l'allaitement peuvent améliorer l'expérience maternelle, qu'il y ait allaitement ou non.

En parallèle, l'ergothérapie mobilise des stratégies concrètes de compensation et d'adaptation, telles que les horaires visuels, les outils de planification (calendrier, check-lists, routines pictographiques), et les techniques de gestion de l'énergie. Ces outils visent à réduire la surcharge cognitive, à restaurer un sentiment d'efficacité personnelle, et à structurer un quotidien souvent chaotique. Comme le notent Barbic et al. (2021) et Khan (2025), ces interventions sont d'autant plus efficaces qu'elles sont contextualisées dans l'environnement réel de la femme, et qu'elles incluent une évaluation fine de ses priorités, de ses capacités fluctuantes et de ses ressources sociales.

Enfin, l'ergothérapie, par son ancrage dans la participation sociale et l'inclusion, agit aussi comme médiateur contre l'isolement. Elle favorise la réappropriation des espaces sociaux (ex. centres communautaires, parcs, groupes de soutien), et renforce la confiance nécessaire à un retour vers des relations plus égalitaires, notamment avec les partenaires et les proches. Crabtree et Gregoire (2021) insistent sur le fait que l'ergothérapeute, en intégrant une perspective intersectionnelle et en travaillant en collaboration interdisciplinaire (notamment avec la psychiatrie, l'obstétrique et les services sociaux), peut contribuer à créer un filet de soutien durable et humain autour de ces femmes.

Ainsi, dans le contexte spécifique de la psychose post-partum, l'ergothérapie ne se limite pas à faciliter l'engagement dans les occupations : elle redonne du sens au faire,

rétablit l'accès à soi à travers l'occupation et soutient une réconciliation identitaire par la reconstruction graduelle des rôles. Son intégration systématique dans les trajectoires de soins périnataux psychiatriques représente une avenue incontournable pour répondre aux besoins occupationnels, émotionnels et sociaux de cette population.

7.4 Retombées du projet et recommandations pour la pratique et la recherche

Les résultats de cet essai soulignent la nécessité d'une meilleure intégration de l'ergothérapie dans les parcours de soins offerts aux femmes ayant vécu une psychose post-partum. En mettant en lumière les perturbations profondes du fonctionnement occupationnel, notamment au niveau des soins personnels, du sommeil, des routines familiales et du rôle maternel, cette recherche met en évidence des besoins concrets auxquels l'ergothérapie est particulièrement bien outillée pour répondre. Ainsi, ce projet apporte des retombées professionnelles, scientifiques et sociales importantes.

Sur le plan clinique, les constats permettent de clarifier et de valoriser le rôle spécifique de l'ergothérapeute dans les trajectoires de rétablissement post-psychose. L'évaluation fine des capacités fonctionnelles, la reprise graduelle des occupations significatives et le soutien à l'organisation du quotidien représentent des avenues d'intervention essentielles pour favoriser le retour à une maternité investie et adaptée. L'implantation d'un suivi en ergothérapie post-hospitalier, notamment sous forme de visites à domicile, de groupes mère-bébé ou d'accompagnement individuel, apparaît comme une recommandation prioritaire. Ces interventions pourraient permettre d'agir concrètement sur les AVQs/AVDs, reprise des loisirs et intérêts de la mère, la gestion de la charge mentale, la planification des routines, et la reprise du lien mère-enfant. De plus, une collaboration interdisciplinaire étroite entre psychiatres, ergothérapeutes, infirmières, travailleuses sociales et obstétricien·ne·s est essentielle afin d'assurer la cohérence et la continuité des soins.

Sur le plan professionnel, cette étude met également en lumière la nécessité de former les ergothérapeutes aux enjeux spécifiques de la santé mentale périnatale. Bien que les ergothérapeutes disposent déjà d'outils pertinents pour intervenir sur le plan occupationnel, le développement de compétences approfondies en périnatalité permettrait d'optimiser la qualité des soins offerts, notamment en tenant compte des dynamiques affectives, relationnelles et identitaires propres à cette période. La création de formations continues ciblées et le développement de guides cliniques fondés sur les données probantes représentent des pistes concrètes pour renforcer l'expertise du milieu.

Du point de vue scientifique, les résultats de ce projet confirment le besoin urgent de poursuivre les recherches sur les interventions en ergothérapie spécifiques à la psychose post-partum. Peu d'études ont jusqu'ici documenté l'efficacité des approches occupationnelles dans ce contexte, malgré leur pertinence évidente. Il est recommandé de développer des devis méthodologiquement rigoureux, incluant des études longitudinales ou des essais cliniques, afin de démontrer la valeur ajoutée de l'ergothérapie pour cette clientèle. Une meilleure documentation de ces interventions favoriserait leur reconnaissance institutionnelle et leur intégration systématique dans les plans de soins périnataux.

Enfin, ce projet s'inscrit dans une volonté plus large de promouvoir l'inclusion pleine et entière de l'ergothérapie dans les services de santé mentale périnatale, afin de pallier les lacunes actuelles du système et de garantir aux femmes un accompagnement plus humain, holistique et centré sur leurs occupations. Il est espéré que les résultats présentés ici contribuent à ouvrir la voie à une reconnaissance accrue de l'ergothérapie comme acteur clé dans la restauration du pouvoir d'agir, du lien mère-enfant, et du bien-être global des femmes ayant vécu une psychose post-partum.

7.5 Forces et limites de l'étude

Cette étude comporte plusieurs forces. D'abord, elle contribue à documenter une thématique encore peu explorée en ergothérapie, soit l'impact fonctionnel de la psychose post-partum et de l'épisode maniaque. La majorité des écrits actuels privilégient une perspective biomédicale ou psychiatrique, laissant en marge les dimensions occupationnelles et environnementales. En ce sens, ce travail enrichit le corpus scientifique en proposant une analyse centrée sur les occupations, ce qui accroît sa pertinence clinique et son apport à la profession.

Sur le plan méthodologique, l'utilisation d'entrevues semi-dirigées auprès de professionnelles de la santé ayant une expérience clinique concrète auprès de cette clientèle a permis de recueillir un matériau riche, nuancé et solidement ancré dans la réalité clinique. Les participantes partageaient une expérience significative en santé mentale, favorisant une cohérence dans les témoignages et une compréhension approfondie du phénomène étudié. Par ailleurs, la diversité des trajectoires professionnelles et des milieux de pratique représentés a contribué à enrichir l'analyse. Cette pluralité de perspectives a soutenu une profondeur analytique et augmenté la probabilité d'atteindre la saturation des données, un critère déterminant en recherche qualitative (Fortin & Gagnon, 2022).

Enfin, l'approche qualitative descriptive, en demeurant fidèle au discours des participantes, a renforcé la crédibilité des résultats. L'ancrage conceptuel dans le MCREO a également permis d'assurer une cohérence analytique robuste, en mettant en lumière les interactions entre la personne, son environnement et ses occupations.

Néanmoins, l'étude comporte certaines limites qu'il est important de reconnaître. La taille réduite de l'échantillon limite la diversification des perspectives recueillies, particulièrement en ce qui concerne la variété des milieux de pratique, des régions et des

contextes organisationnels. L'absence du point de vue des femmes ayant vécu une psychose post-partum constitue également une limite majeure, puisque la recherche repose exclusivement sur la perspective professionnelle. Ce choix méthodologique, bien qu'il ait permis d'obtenir des données ancrées dans la pratique, restreint la compréhension globale du phénomène en excluant le vécu subjectif des mères. Enfin, l'ajout d'un ergothérapeute reconnu pour son expertise spécifique en psychiatrie périnatale aurait pu enrichir davantage l'analyse et renforcer la crédibilité des résultats.

La position de la chercheuse, elle-même en formation en ergothérapie, doit également être considérée comme un biais potentiel d'analyse. Malgré la mise en œuvre de stratégies de rigueur : transcriptions intégrales, immersion prolongée dans les verbatim et catégorisation systématique, l'interprétation demeure influencée par son identité professionnelle émergente ainsi que par son intérêt marqué pour la discipline, le domaine de la santé mentale périnatale et la thématique étudiée.

8. Conclusion

La psychose post-partum, bien que rare, constitue une urgence psychiatrique majeure dont les répercussions dépassent largement le seul plan médical. Les résultats de cet essai montrent que les femmes qui en sont atteintes vivent des perturbations profondes de leur fonctionnement quotidien : rupture des routines, baisse du sentiment d'efficacité personnelle, difficultés à reprendre leurs rôles maternels, conjugaux et sociaux, ainsi qu'un effritement du sens attribué à leurs occupations. L'expérience ne se limite donc pas à un épisode aigu, mais s'accompagne d'une transformation durable du rapport à soi, à l'enfant et à l'environnement.

Dans ce contexte, l'ergothérapie apparaît comme un levier important encore sous-utilisé pour soutenir le rétablissement fonctionnel et identitaire. En s'appuyant sur une approche holistique centrée sur l'occupation, elle pourrait favoriser la reprise graduelle des

activités quotidiennes, la réorganisation des routines, la reconstruction du rôle maternel ainsi que l'identité propre à la femme. Le Modèle canadien du rendement et de l'engagement occupationnel (MCREO) offre d'ailleurs un cadre pertinent pour comprendre l'interaction dynamique entre la personne, ses occupations et son milieu, et pour identifier des interventions adaptées aux besoins spécifiques de cette population.

Toutefois, les résultats révèlent un manque de reconnaissance et de structuration du rôle de l'ergothérapeute dans les trajectoires de soins en santé mentale périnatale au Québec. L'absence de protocoles cliniques spécifiques, le peu de formations approfondies en périnatalité et la méconnaissance du potentiel de l'ergothérapie limitent son intégration auprès de ces femmes. Ces constats soulignent l'importance de développer davantage les connaissances scientifiques et cliniques dans ce domaine, afin de clarifier la contribution potentielle de l'ergothérapie et de favoriser une collaboration interdisciplinaire plus systématique.

En somme, la psychose post-partum représente bien plus qu'un diagnostic psychiatrique : elle incarne une expérience de rupture et de transformation qui mérite d'être accompagnée avec bienveillance, compétence et sensibilité. En plaçant la participation, la signification et l'équilibre occupationnel au cœur du processus de rétablissement, l'ergothérapie offre une avenue prometteuse pour restaurer le pouvoir d'agir, redonner sens au quotidien et soutenir la reprise d'une maternité vécue dans la dignité et la reconnaissance. Ce travail ouvre la voie à de futures recherches visant à approfondir la compréhension des besoins fonctionnels de ces femmes et à concevoir des interventions ergothérapeutiques fondées sur des données probantes, contribuant ainsi à une pratique clinique plus humaine, inclusive et éclairée.

Références

- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd.). Elsevier Masson. (Original work published 2013)
- Association canadienne des ergothérapeutes. (2002). *Promouvoir l'occupation : une perspective de l'ergothérapie*. CAOT Publications ACE.
- Austin, M. P., Highet, N., & the Expert Working Group. (2014). *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. Centre of Perinatal Excellence (COPE).
- Baker, A. E. Z., & Procter, N. G. (2014). Losses related to everyday occupations for adults affected by mental illness. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 21(4), 287–294. <https://doi.org/10.3109/11038128.2014.894571>
- Barbic, S. P., MacKirdy, K., Weiss, R., Barrie, A., Kitchin, V., & Lepin, S. (2021). Scoping review of the role of occupational therapy in the treatment of women with postpartum depression. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(4). <https://doi.org/10.3928/24761222-20210921-02>
- Barclay, L., Everitt, L., Rogan, F., Schmied, V., & Wyllie, A. (1997). Becoming a mother: an analysis of women's experience of early motherhood. *Journal of Advanced Nursing*, 25(4), 719-728. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.t01-1-1997025719.x>
- Barnes, S. J., Na, Y., Drainoni, M.-L., Linas, B. A., Bosch, N. A., & Tamlyn, A. L. (2025). Barriers and facilitators to conducting human subjects research at a safety net institution from the perspective of researchers. *PLOS ONE*, 20(1), Article e0313530. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0313530>
- Bergink, V. (2023). Prevention and treatment of postpartum mania, psychosis, and psychotic depression. *European Neuropsychopharmacology : The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 74, 92–94. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.06.002>

- Bergink, V., Rasgon, N., & Wisner, K. L. (2016). Post-partum psychosis : Madness, mania, and melancholia in motherhood. *American Journal of Psychiatry*, 173(12), 1179–1188. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16040454>
- Brown, A., Rance, J., & Bennett, P. (2016). Understanding the relationship between breastfeeding and postnatal depression: The role of pain and physical difficulties. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 273–282. <https://doi.org/10.1111/jan.12832>
- Cavalcante Vidal, C., Marinho Marques, A. L., Lobo Jucá, A., Vieira da Silva, E., de Oliveira Lemos Gomes, S., de Almeida Alves, C. K. et Veras Falcão, I. (2023). Occupational therapy practice with puerperal women in the actions of the family health support center. *Brazilian Journal of Occupational Therapy*, 31, 1-16. <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO268935042>
- Cook, J. L., Shea, A. K., & St-André, M. (2023). Troubles de santé mentale périnataux : agissons maintenant, ensemble. *Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 45(1), 6–8. <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.12.005>
- Crabtree, N., & Gregoire, S. (2021). *A guide for occupational therapist working with women with postpartum depression and eating disorders* [Master Thesis]. University of North Dakota. <https://commons.und.edu/ot-grad/470/>
- Curren, L. C., Borba, C. P. C., Henderson, D. C., & Tompson, M. C. (2022). « Making room »: A thematic analysis study of the process of postpartum maternal adjustment. *Maternal and Child Health Journal*, 26(5), 1142-1152. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03393-7>
- Davidson, L., O'Connell, M. J., Tondora, J., Lawless, M., & Evans, A. C. (2005). Recovery in serious mental illness: A new wine or just a new bottle? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(5), 480–487. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.5.480>

- DeFoor, M., & Amiri, A. (2023). A conceptual analysis of mental health maladaptation in postpartum. *The Journal of Perinatal Education*, 32(1), 14–22.
<https://doi.org/10.1891/JPE-2021-0018>
- Desrosiers, M.-H., de Montigny, F., & Boisvert, J. (Ed.). (2019). *Regards critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux*. Presses de l'Université du Québec.
- Eken, A. (2024). *Occupational therapy best practices in maternal health* [Doctoral dissertation]. University of North Dakota.
<https://commons.und.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1686&context=ot-grad>
- Engqvist, I., & Nilsson, K. (2014). The recovery process of postpartum psychosis from both the woman's and next of kin's perspective: An interview study in Sweden. *The Open Nursing Journal*, 8, 8–16. <https://doi.org/10.2174/1874434601408010008>
- Forde, R., Peters, S., & Wittkowski, A. (2020). Recovery from postpartum psychosis: A systematic review and metasynthesis of women's and families' experiences. *Archives of Women's Mental Health*, 23(5), 597–612. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01025-z>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2022). *Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives* (4e éd.). Chenelière éducation.
- Gouvernement du Québec. (2020, 3 novembre). *Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)*. https://www.quebec.ca/famille-et-soutien-aux-personnes/grossesse-parentalite/soutien-pendant-grossesse-naissance/grossesse/services-integres-perinatalite-petite-enfance?utm_source=chatgpt.com
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough?: An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*, 18(1), 59–82.
<https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>

Haas, C. R. (2022). *The development of a transition to motherhood education and support program: elevate motherhood* [Doctoral dissertation]. University of North Dakota.

<https://commons.und.edu/ot-grad/505/>

Henshaw, E. J., Fried, R., Teeters, J. B., & Siskind, E. (2014). Maternal expectations and postpartum emotional adjustment in first-time mothers: Results of a questionnaire survey. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 35(3), 69-75.

<https://doi.org/10.3109/0167482X.2014.937802>

Heron, J., Gilbert, N., Dolman, C., Shah, S., Beare, I., Dearden, S., Muckelroy, N., Jones, I., & Ives, J. (2012). Information and support needs during recovery from postpartum psychosis. *Archives of Women's Mental Health*, 15(3), 155–165.

<https://doi.org/10.1007/s00737-012-0267-1>

Highet, N.J. and the Expert Working Group and Expert Subcommittees (2023) *Mental health care in the perinatal period: Australian clinical practice guideline*. Centre of Perinatal Excellence (COPE).

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

<https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686561>

Khan, S. (2025). Occupational Therapy Guidelines for Supporting Role Transitions and Managing Stress in Women Experiencing Postpartum Depression. *Occupational Therapy in Mental Health*, 1-19.

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0164212X.2025.2476167>

Killien, M. G. (2005). The role of social support in facilitating postpartum women's return to employment. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34(5), 639–646.

- Kingston, D. E., McDonald, S., Austin, M.-P., Hegadoren, K., Lasiuk, G., & Tough, S. (2014). The Public's views of mental health in pregnant and postpartum women: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 84. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-84>
- Klompenerhouwer, J., van Hulst, A., Tulen, J., Jacobs, M., Jacobs, B., & Segers, F. (1995). The clinical features of postpartum psychoses. *European Psychiatry*, *10*(7), 355–367. [https://doi.org/10.1016/0924-9338\(96\)80337-3](https://doi.org/10.1016/0924-9338(96)80337-3)
- Letourneau, N. L., Dennis, C.-L., Benzies, K., Duffett-Leger, L., Stewart, M., Tryphonopoulos, P. D., Este, D., & Watson, W. (2012). Postpartum depression is a family affair: Addressing the impact on mothers, fathers, and children. *Issues in Mental Health Nursing*, *33*(7), 445–457. <https://doi.org/10.3109/01612840.2012.673054>
- Lim, Y. Z. G., Honey, A., & McGrath, M. (2022). 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>
- Liss, M., Schiffrin, H. H., & Rizzo, K. M. (2013). Maternal guilt and shame: The role of self-discrepancy and fear of negative evaluation. *Journal of Child and Family Studies*, *22*(8), 1112–1119. <https://doi.org/10.1007/s10826-012-9673-2>
- Marinucci, A. M. (2023). Assisting mothers in the transition into motherhood [Doctoral dissertation]. University of North Dakota. <https://commons.und.edu/ot-grad/579>
- Mauthner, N. S. (1999). "Feeling low and feeling really bad about feeling low": Women's experiences of motherhood and postpartum depression. *Canadian Psychology*, *40* (2), 143-161. <https://doi.org/10.1037/h0086833>

- McGrath, M., Honey, A., Codd, Y., Rider, J. V., Morrison, R., Abizeid, C. M., Zein, H., Tan, H. L., Sim, S. S., Wan Yunus, F., Romli, M. H., & Pituch, E. (2025). Every parent matters: The value of a parent-centric approach to supporting parenting occupations and roles. *British Journal of Occupational Therapy*, 88(1), 3–4.
<https://doi.org/10.1177/03080226241241221>
- Odgers, S., Thomas, Y., & Tokolahi, E. (2024). Mothering occupations: A review identifying mothering occupations. *Australian Occupational Therapy Journal*, 71 (2), 352-363.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12921>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Armand Colin.
- Perry, A., Gordon-Smith, K., Jones, L., & Jones, I. (2021). Phenomenology, epidemiology and aetiology of postpartum psychosis: A review. *Brain Sciences*, 11 (1), 47.
<https://doi.org/10.3390/brainsci11010047>
- Pitonyak, J. S., Souza, K., Umeda, C., & Jirikowic, T. (2022). Using a health promotion approach to frame parent experiences of family routines and their significance for health and wellbeing. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention*, 15(4), 335-356. <https://doi.org/10.1080/19411243.2021.1983499>
- Rich, C., & Skuthan, A. (2025). Occupational therapists' role in maternal health in the home environment after cesarean section. *The American Journal of Occupational Therapy*, 79(1). <https://doi.org/10.5014/ajot.2025.050806>
- Robertson, E., & Lyons, A. (2003). Living with puerperal psychosis: A qualitative analysis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(4), 411–431.
<https://doi.org/10.1348/147608303770584755>
- Roxburgh, E., Morant, N., Dolman, C., Johnson, S., & Taylor, B. L. (2023). Experiences of mental health care among women treated for postpartum psychosis in England: A

qualitative study. *Community Mental Health Journal*, 59(2), 243–252.

<https://doi.org/10.1007/s10597-022-01002-z>

Sambrook Smith, M., Lawrence, V., Sadler, E., & Easter, A. (2019). Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: Systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*, 9(1).

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024803>

Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative description? *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334–340. [https://doi.org/10.1002/1098-240X\(200008\)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G](https://doi.org/10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G)

Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>

Sutter-Dallay, A.-L., Guédeney, A., & Guédeney, N. (2019). *Psychiatrie périnatale : histoire, concepts, applications, limites*. EMC — Pédiopsychiatrie, 16(1).

Tate, M. K. (2023). The impact of social comparison via social media on maternal mental health, within the context of the intensive mothering ideology: A scoping review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(9), 854–870.

<https://doi.org/10.1080/01612840.2023.2238813>

Thibault, S.-M. (2022). *L'ergothérapie et les changements vécus chez les femmes lors de la transition vers la maternité (matrescence)* [thèse de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognitio. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10527/1/eprint10527.pdf>

Van Antwerp, L., Matthews, M., Jhummun, D., Smolanaers, M., & Hucks, L. (2025).

Empowering mothers during recovery. In *Enhancing women's wellbeing during matrescence, motherhood, and perinatal transitions*. Routledge.

<https://doi.org/10.4324/9781003397724-23>

Wicks, S., Tickle, A., & Dale-Hewitt, V. (2019). A Meta-Synthesis Exploring the Experience of Postpartum Psychosis. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 34(1), 3–35.

Wilcock, A. A., & Hocking, C. (2015). *An occupational perspective of health* (3rd ed.). SLACK Incorporated.

Williams, J., Ryan, D., Thomas-Peter, K., Walker, J., Cadario, B., & Li, D. (2014). Best practice guidelines for mental health disorders in the perinatal period. BC Reproductive Mental Health Program & Perinatal Services BC.

Vidmar, B. A. N. (2020). *Supporting the role and transition to motherhood through the occupation of feeding* [Doctoral dissertation]. University of St. Augustine for Health Sciences. <https://soar.usa.edu/otdcapstonespring2020/8>

ANNEXE A

Canevas d'entrevue semi-structurée — Ergothérapeutes et professionnels de la santé

Introduction

1. Pouvez-vous vous présenter brièvement et décrire votre expérience professionnelle auprès des femmes ayant vécu une psychose post-partum ou un épisode de manie ?
2. Qu'est-ce qui vous a amené à travailler avec cette population en particulier ?
3. Selon votre expérience, quel est l'impact de la psychose post-partum sur le quotidien des femmes que vous accompagnez ?

Perception des enjeux fonctionnels

4. Quels sont les principaux défis fonctionnels observés chez ces femmes dans leur vie quotidienne ?
5. Comment ces troubles affectent-ils leur engagement occupationnel et leur rôle maternel ?
6. Quels facteurs facilitent ou entravent leur engagement dans leurs activités et leur autonomie ?
7. Avez-vous observé une différence entre les femmes bénéficiant d'un soutien familial et celles qui en ont moins ?
8. Quel impact ces difficultés occupationnelles ont-elles sur la relation mère-enfant ?

Intervention et collaboration interprofessionnelle

9. Pouvez-vous décrire les interventions que vous mettez en place auprès des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum ? En quoi ces interventions visent-elles à soutenir leur autonomie et leur engagement dans les occupations du quotidien ?
10. Quels sont les effets des interventions sur l'engagement et le rendement occupationnel de ces femmes ?
11. Quels seraient, selon vous, les indicateurs d'un rétablissement fonctionnel ?

12. Comment collaborez-vous avec les autres professionnels de la santé dans la prise en charge de ces femmes ?

13. Quelles difficultés rencontrez-vous dans la mise en place des interventions ?

Section spécifique aux ergothérapeutes

13. Quels changements ou améliorations suggèreriez-vous pour mieux répondre aux besoins de ces femmes ?

14. Quels seraient les besoins en formation ou en ressources pour améliorer les interventions ergothérapeutiques dans ce contexte ?

Section spécifique aux autres professionnels de la santé

15. Selon vous, quel est l'apport spécifique de l'ergothérapie dans le processus de rétablissement ?

16. Comment voyez-vous l'intégration des interventions occupationnelles dans les protocoles de soins en psychiatrie périnatale ?

17. Y a-t-il des pratiques émergentes ou innovantes dans la prise en charge de la psychose post-partum ?

18. Quel est votre avis sur l'importance des unités mères-enfants dans la prise en charge de ces patientes ?

19. Quelles sont les principales lacunes dans l'offre de soins pour ces patientes ?

20. Quel est le rôle du suivi à long terme dans la prévention des récives ?

ANNEXE B

RECHERCHE DE PARTICIPANT(E)S



Université du Québec
à Trois-Rivières

EXPLORER LES ENJEUX FONCTIONNELS DES FEMMES AYANT VÉCU UN ÉPISODE DE MANIE OU UNE PSYCHOSE POST-PARTUM

Objectif de recherche

Explorer les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum, en tenant compte de leur perception ainsi que de celle des professionnel·le·s de la santé.

Implication

Entrevue individuelle de 45 minutes en ligne (Zoom) ou en personne, selon votre disponibilité.



Pour participer au projet

- Être ergothérapeute membre de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec ou un·e autre professionnel·le de la santé membre de son ordre professionnel.
- Avoir travaillé auprès de femmes ayant vécu un épisode de manie ou de psychose post-partum.

Démarche à suivre

Si vous souhaitez participer ou en savoir plus, contactez Rosemarie Hamel, étudiante à la maîtrise en ergothérapie.

COURRIEL : ROSEMARIE.HAMEL@UQTR.CA
NUMÉRO DE CERTIFICAT ÉTHIQUE: CER-25-319-07-06

ANNEXE C



**FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT
Pour les participants au projet de recherche**

Titre du projet de recherche :	Les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum
Mené par :	Rosemarie Hamel, étudiante, département d'ergothérapie, Maîtrise en ergothérapie, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Sous la direction de :	Mathieu Dumont, erg., Ph. D., professeur associé, Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR)
Membres de l'équipe de recherche	N/A
Source de financement :	N/A
Déclaration de conflit d'intérêts :	Aucun conflit d'intérêts à déclarer

Préambule

Votre participation à cette recherche, qui vise à mieux comprendre les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum, est souhaitée. Cependant, avant d'accepter de participer à ce projet et de signer ce formulaire d'information et de consentement, nous vous invitons à prendre le temps de le lire attentivement. Ce document vous aidera à comprendre ce que votre participation implique afin que vous puissiez prendre une décision éclairée à ce sujet.

Ce formulaire peut contenir certains termes que vous ne comprenez pas. Nous vous encourageons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles à la chercheuse responsable de cette étude ou à un membre de l'équipe de recherche. N'hésitez pas à leur demander toute clarification nécessaire. Prenez tout le temps dont vous avez besoin pour lire et comprendre ce document avant de prendre votre décision.

Numéro du certificat : CER-25-319-07-06

Certificat émis le : 2025-06-09

Résumé et objectif(s) de la recherche

Le projet de recherche vise à explorer les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum. Plus précisément, cette étude cherche à identifier les défis rencontrés par ces femmes dans leurs activités quotidiennes ainsi que les stratégies et interventions mises en place par les professionnels de la santé, notamment les ergothérapeutes, pour favoriser leur rétablissement.

L'Objectif du projet de recherche consiste à :

Explorer les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum en considérant la perception des ergothérapeutes ainsi que des professionnels de la santé. Cette recherche vise ainsi à combler un manque de connaissances dans le domaine de l'ergothérapie et à contribuer à l'amélioration des pratiques et ressources offertes aux femmes touchées par ces troubles psychiatriques sévères.

Nature et durée de la participation

Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à une entrevue individuelle d'une durée approximative de 45 à 60 minutes. L'entrevue pourra se dérouler en mode virtuel (via Zoom) ou en personne, selon votre préférence et votre disponibilité. L'entretien sera réalisé par la chercheuse principale, Rosemarie Hamel, et enregistré dans son intégralité afin de permettre une retranscription fidèle des échanges.

L'entrevue débutera par une présentation du projet, suivie d'un rappel des objectifs de la recherche. Ensuite, des questions porteront sur des informations générales comme l'âge, votre parcours professionnel, etc. La discussion abordera les défis fonctionnels liés à un épisode de manie ou une psychose post-partum, les interventions qui ont été mises en place, leur efficacité perçue ainsi que le travail interdisciplinaire/collaboratif. Enfin, les facteurs pouvant faciliter ou entraver le retour à leurs occupations significatives.

Risques et inconvénients

Aucun risque majeur n'est associé à votre participation. Le principal inconvénient concerne le temps requis pour l'entretien. Toutefois, il est possible que certaines discussions sur votre expérience personnelle fassent émerger des émotions. Si cela se produit, nous vous encourageons à en parler avec la chercheuse, qui pourra vous référer à une ressource appropriée si nécessaire.

Avantages ou bénéfices

Votre participation contribuera à l'avancement des connaissances sur les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu une psychose post-partum et sur les interventions pouvant soutenir leur engagement occupationnel. Bien qu'aucun bénéfice direct ne soit prévu pour les participantes, les résultats de cette recherche pourraient aider à améliorer les pratiques et les interventions destinées à cette population.

Numéro du certificat : CER-25-319-07-06

Certificat émis le : 2025-06-09

Compensation ou incitatif

Aucune compensation n'est offerte

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée en retirant tous les identificateurs directs. Les résultats de la recherche, qui pourront être diffusés sous forme d'essai de maîtrise ou d'article scientifique, ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées sur les serveurs de l'université ou sur le OneDrive de l'UQTR. Les seules personnes qui y auront accès seront l'étudiante-chercheuse, Rosemarie Hamel, et, au besoin, le directeur de projet, Mathieu Dumont. Toutes ces personnes ont signé un engagement à la confidentialité. Les données seront conservées pendant 7 ans suivant la fin du projet, soit en décembre 2032, puis détruites. Les enregistrements audio déposés dans les dossiers OneDrive de l'étudiante-chercheuse seront détruits après la transcription des données. Les données papier, s'il y a, seront déchiquetées et jetées dans un endroit prévu pour les documents confidentiels tandis que les documents informatisés seront effacés définitivement. Les données ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, de refuser de répondre à certaines questions ou de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

Le consentement donné pour participer au projet ne vous prive d'aucun droit au recours judiciaire en cas de préjudice lié à la recherche.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer avec l'étudiante-chercheuse, Rosemarie Hamel, par courriel à l'adresse suivante : rosemarie.hamel@uqtr.ca.

Surveillance des aspects éthiques de la recherche

Cette recherche est approuvée par un comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER -25-319-07-06 a été émis le 9 juin 2025

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, veuillez communiquer avec le secrétariat de l'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, par téléphone 819-376-5011 poste 2139, sans frais 1-800-365-0922 poste 2139 ou par courrier électronique à cereh@uqtr.ca.

Numéro du certificat : CER-25-319-07-06

Certificat émis le : 2025-06-09

CONSENTEMENT**Engagement de la chercheuse ou du chercheur**

Moi, Rosemarie Hamel m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant des participants humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet *les enjeux fonctionnels des femmes ayant vécu un épisode de manie ou une psychose post-partum*. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

Je consens à être enregistré(e).

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant :	Chercheur : Rosemarie Hamel
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Rosemarie Hamel
Date :	Date : 25 juin 2025

Numéro du certificat : CER-25-319-07-06

Certificat émis le : 2025-06-09