

ESSAI PRÉSENTÉ À L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ERGOTHÉRAPIE (M.Sc.)

PAR
SARAH-MAUDE THIBAUT

L'ERGOTHÉRAPIE ET LES CHANGEMENTS VÉCUS CHEZ LES FEMMES LORS DE LA
TRANSITION VERS LA MATERNITÉ (MATRESCENCE)

DÉCEMBRE 2022

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de cet essai a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie 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 cet essai. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de cet essai requiert son autorisation.

REMERCIEMENTS

Dans un premier temps, je souhaite remercier ma superviseuse d'essai, Mme Catherine Briand qui m'a permis de me familiariser avec la recherche. Sa rigueur m'a permis de compléter mon essai tout en ayant une méthode structurée et inclusive. Merci d'avoir montré de l'intérêt pour mon sujet et de l'avoir fait évoluer afin d'obtenir des résultats globaux prenant en compte les différentes opinions. Je prendrai exemple de ce processus, lors de ma future pratique. Je serai un véhicule et un facilitateur de partage de savoir. Merci aussi à ma correctrice externe, Joanie Thériault, qui m'a permis de pousser plus loin ma réflexion quant à la scientificité de mon travail.

Dans un deuxième temps, je souhaite remercier toutes les parties prenantes qui ont participé aux différents groupes de discussion. Leurs savoirs variés m'ont permis d'obtenir des résultats plus justes. Je souhaite aussi remercier Aurélie Deschênes et Rosemarie Pruneau de m'avoir accompagné dans la prise de note lors des groupes de discussions.

Dans un troisième temps, je souhaite remercier Marie-Michèle Lord, professeure du cours de séminaire. Tu m'as permis de pousser ma réflexion plus loin tout en ayant du plaisir et en nous faisant vivre des expériences hors du commun. Merci encore d'avoir écouté nos besoins d'apprentissage. Merci aussi à tous mes collègues de séminaire pour vos commentaires constructifs.

Dans un quatrième temps, je souhaite remercier les ERGAMIS qui m'ont permis de terminer mon parcours universitaire tout en ayant du plaisir et une magnifique complicité. Vous êtes des personnes formidables. Restez-vous! Un merci tout spécial à Aurélie Deschênes pour avoir relu et corrigé certaines parties de mon travail.

Finalement, j'aimerais remercier ma famille et mon copain de m'avoir soutenue tout au long de mon parcours universitaire. Un merci spécial à ma mère, Isabelle Desjardins, d'avoir relu l'intégralité de mon travail, d'avoir amélioré la structure de mon texte ainsi que d'avoir *JAZZER* ma figure finale. Merci aussi à ma tante, Marie-Josée Thibault, d'avoir corrigé l'orthographe dans mon essai.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
LISTE DES TABLEAUX.....	v
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	vii
RÉSUMÉ.....	viii
1. INTRODUCTION DU SUJET DE L'ÉTUDE.....	1
2. PROBLÉMATIQUE.....	2
2.1. Définition et prévalence de la transition vers la maternité (Matrescence).....	2
2.2. Évolution de la périnatalité au Québec.....	2
2.3. Vision de la périnatalité par la société québécoise.....	3
2.4. Changements vécus par la femme liés à la maternité : la matrescence.....	3
2.5. Impacts de la difficulté d'adaptation aux différents changements liés à la maternité.....	4
2.6. Programmes mis en place de ce jour pour soutenir l'adaptation au changement.....	5
2.7. Pertinence de l'étude.....	6
3. BUT/OBJECTIFS/QUESTIONS DE RECHERCHE.....	8
4. CADRE CONCEPTUEL.....	9
4.1. Cadre conceptuel de compréhension.....	9
4.1.1. Concept de transition de vie.....	9
4.2. Cadre conceptuel de la schématisation et de l'analyse.....	11
4.2.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH).....	11
5. MÉTHODOLOGIE.....	15
5.1. Revue de littérature : Impact de la transition vers la maternité.....	15
5.1.1. Préparation à la revue de littérature.....	15
5.1.2. Choix des articles retenus.....	16
5.1.3. L'analyse des données.....	18
5.2. Revue de littérature : Interventions possibles en ergothérapie.....	18
5.2.1. Préparation à la revue de littérature.....	18
5.2.2. Choix des articles retenus.....	18
5.2.3. L'analyse des données.....	20
5.3. Tableaux d'extraction et schématisation.....	20
5.4. Consultation de parties prenantes.....	21
5.4.1. Choix de parties prenantes et rencontre de validation.....	21
5.5. Considération des avis de parties prenantes et schématisation finale.....	22

6. RÉSULTATS.....	23
6.1. Revues de littérature et schématisations théoriques : Changements vécus	23
6.1.1. Résultats de la revue de littérature	23
6.1.2. Schématisations basées sur le MOH	23
6.1.3. Changement au niveau du corps	24
6.1.4. Changement au niveau des rôles	27
6.1.5. Changements vécus par les nouvelles mères : vue d'ensemble et synthèse	29
6.2. Revues de littérature et schématisations théoriques : Interventions possibles en ergothérapie	31
6.2.1. Résultats de la revue de littérature	31
6.2.2. Schématisations basées sur le MOH	32
6.2.3. Interventions possibles auprès de la clientèle des nouvelles mères	32
6.3. Consultation de parties prenantes.....	36
6.3.1. Résultats de la consultation des parties prenantes.....	36
6.3.1.1. <i>Éléments à ajouter concernant les changements</i>	36
6.3.1.2. <i>Priorisation des interventions auprès de la clientèle</i>	38
6.3.1.3. <i>Éléments à ajouter concernant les interventions</i>	39
6.3.1.4. <i>Enjeu au niveau de la faisabilité relevé par les parties prenantes</i>	40
6.3.2. Schématisation théorique bonifiée et finale.....	41
7. DISCUSSION.....	44
7.1. Retour sur les objectifs	44
7.2. Discussion des résultats	44
7.2.1. Changements vécus par les femmes.....	45
7.2.2. Interventions afin de répondre aux besoins des nouvelles mères	46
7.3. Besoins de la femme vs services actuellement offerts	47
7.4. Comparaison des modèles discutant de la maternité et de l'ergothérapie	49
7.5. Place de l'ergothérapie afin d'aider les femmes	50
7.6. Forces et limites de l'étude	51
7.7. Retombée de l'étude.....	52
8. CONCLUSION.....	53
LISTE DE RÉFÉRENCES.....	54
ANNEXE A TABLEAUX D'EXTRACTION DE DONNÉES REVUE DE LITTÉRATURE : CHANGEMENT VÉCUS	59
ANNEXE B TABLEAUX D'EXTRACTION REVUE DE LITTÉRATURE : INTERVENTIONS POSSIBLE.....	61
ANNEXE C FORCES ET LIMITES DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS POUR LES INTERVENTIONS.....	63
ANNEXE E INFORMATIONS RECUEILLIE : INTERVENTIONS POSSIBLE.....	70

ANNEXE F	CANEVAS DE PRISES DE NOTE GROUPES DE DISCUSSION	77
----------	---	----

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Auteurs ayant inspiré les différentes catégories de la schématisation	31
Tableau 2. Auteurs ayant inspiré les différentes catégories de la schématisation	34
Tableau 3. Élément important à ajouter pour les changements vécus par les nouvelles mères	37
Tableau 5. Grands concepts à prioriser lors des interventions en périnatalité	38
Tableau 4. Élément important à ajouter au niveau des interventions possibles auprès de la clientèle	39
Tableau 6. Synthèse de l'information sur les résultats et identifications des meilleures évidences quant aux changements vécus chez les femmes lors de la transition vers la maternité	59
Tableau 7. Synthèse de l'information sur les résultats et identifications des meilleures évidences quant aux interventions possibles en ergothérapie.	61
Tableau 8. Éléments clés portant chez les changements vécus chez les femmes	65
Tableau 9. Éléments clés recueillis portant sur les interventions possibles	70
Tableau 10. Évaluation de la qualité des articles selon la pyramide des niveaux d'évidence de Tomlin et Borgetto (2011)	77

LISTE DES FIGURES

Figure 1. théorie de la transition selon Schlossberg (1984) adaptée dans Perceived needs and coping resources of newly hired nurses par Schmitt, C. et Schiffman, R. (2019)	10
Figure 2. Le mécanisme de l'adaptation occupationnelle. (Repris du Model of Human Occupation : Theory and Application de Gary Kielhofner, 3e éd. Lippincott. Williams & Wilins. Philadelphia. 2002. Adapté par Pépin 2004).....	12
Figure 3. Processus de sélection des articles pour la revue structurée au niveau des changements vécus chez la femme.....	17
Figure 4. Processus de sélection des articles pour la revue structurée au niveau des interventions possibles en ergothérapie	19
Figure 5. Schématisation théorique des changements vécus au niveau de corps vécus et corps réel	26
Figure 6. Schématisation théorique des changements vécus au niveau des rôles.....	28
Figure 7. Schématisation théorique des changements vécus par les femmes lors de la matrescence	30
Figure 8. Schématisation théorique des interventions possibles auprès des femmes lors de la matrescence	35
Figure 9. Schématisation de la transition vers la maternité avec un regard ergothérapique incluant les changements vécus et les interventions pour faciliter l'adaptation des femmes	43
Figure 10. Modèle proposé dans le cadre de la thèse doctorale de Dr. Slootjes :The Person-centered Occupational Model of Matrescence (POMM) (slootjes, 2021)	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACE	Association Canadienne des ergothérapeutes
AVD	Activités de la vie domestique
AVQ	Activités de la vie quotidienne
CISSS	Centre intégrés de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégrés universitaires de santé et de services sociaux
CRP	Centres de ressources en périnatalité
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	ministère de la Santé et des services sociaux
MOH	Modèle de l'occupation humaine
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
PEO	Personne-environnement-occupation
POMM	<i>The person-centered occupational model of Matrescence</i>

RÉSUMÉ

Problématique : Entre 82% à 84% des femmes québécoises vivront la maternité au cours de leur vie. (Provencher et al., 2018). La transition vers la maternité qui marque, dans la vie des femmes, la naissance d'un nouveau rôle, amène plusieurs changements, autant physiques que psychologiques (Will et Bianchi-Demicheli, 2006). Actuellement, la majorité des services offerts dans les milieux de santé sont axés sur la santé physique et laisse de côté les besoins globaux des femmes. **L'objectif** est donc de documenter les changements de la transition vers la maternité sur les femmes ainsi que les interventions permettant de répondre aux besoins d'adaptation des nouvelles mères en périnatalité. **Cadre conceptuel:** Le concept de transition a été défini afin de mieux comprendre la complexité d'une transition. Aussi, le modèle de l'occupation humaine (MOH) a été choisi pour amener une vision ergothérapique et pour faire des liens entre les différents changements vécus et les interventions proposés. **Méthode :** Pour ce faire, cinq étapes distinctes inspirées des écrits de l'analyse inductive générale de Thomas (2006) ont été privilégiées soit, 1) Revue de littérature: impact de la transition vers la maternité ; 2) Revue de littérature: Intervention possible en ergothérapie ; 3) Tableau d'extraction et schématisation ; 4) Consultation de parties prenantes ; 5) Considération des avis des parties prenantes et schématisation finale. **Résultats :** Au niveau des changements vécus par les nouvelles mères, les données recueillies ont permis de faire ressortir les différents changements pouvant être vécus par les femmes (au niveau du corps et au niveau des rôles) ainsi que l'implication de ceux-ci dans l'adaptation des femmes dans cette transition. Les changements vécus influencent la personne, ses actions et son environnement. Dans le même ordre d'idée, l'environnement a aussi un impact sur la personne. En ce qui a trait aux interventions possibles afin de répondre aux besoins des femmes, les résultats démontrent qu'il est important de travailler avec la personne plus précisément au niveau psychologique, sur l'équilibre de vie des nouvelles mères et sur leur environnement. Les parties prenantes ont aussi mis l'accent sur le fait de préparer le post-partum avant l'accouchement, et ce en gardant une approche holistique. **Discussion :** Le concept de complexité de la transition, vécue par les femmes, a été démontré par la multitude de changements tous interreliés et qui s'influencent mutuellement. Aussi, l'interaction entre les différents concepts modifie la capacité d'adaptation de la mère et donc son avenir. En **conclusion**, cette étude a permis de démontrer la complexité des changements vécus par les femmes ainsi que leurs différents besoins lors de la transition vers la maternité. L'étude a, aussi, permis de sensibiliser quelques professionnels de la santé à une approche plus globale auprès des nouvelles mères.

Mots clés : Transition vers la maternité, ergothérapie, adaptation occupationnelle, intervention

ABSTRACT

Issues: Between 82% and 84% of Quebec women will experience motherhood during their lifetime (Provencher et al., 2018). The transition to motherhood, which marks the birth of a new role in women's lives, brings about many changes at both the physical and psychological levels (Will et Bianchi-Demicheli, 2006). Currently, the majority of services offered in health care settings are focused on physical health and leave out the needs of women. The **objective** is therefore to document the changes that the transition to motherhood has on women as well as the interventions that can meet the adaptation needs of new mothers in the perinatal setting. **Conceptual framework:** The concept of transition was defined to better understand the complexity of a transition. Also, the Model of Human Occupation (MOHO) was chosen in order to make links between the different changes experienced and the interventions. **Method:** To do this, five distinct steps inspired by the writings of the general inductive analysis of Thomas (2006) were privileged: 1) Literature review: impact of the transition to motherhood; 2) Literature review: possible intervention in occupational therapy; 3) Extraction table and schematization; 4) Consultation of stakeholders; 5) Consideration of the opinions of stakeholders and final schematization. **Results:** In terms of the changes experienced by new mothers, the data collected allowed us to highlight the different changes that women may experience (in terms of their bodies and roles) as well as the implication of these changes for women's adaptation to this transition. The changes experienced influence the person, her actions and her environment. In the same vein, the environment also has an impact on the person. In terms of possible interventions to meet the needs of women, the results show that it is important to work with the person more specifically on the psychological level, on the life balance of new mothers and on their environment. Stakeholders also emphasized the need to prepare the postpartum period before delivery, keeping a holistic approach. **Discussion:** The concept of the complexity of the transition experienced by women was demonstrated by the multitude of changes that are all interrelated and influence each other. Also, the interaction between the different concepts modifies the mother's ability to adapt and therefore her future. In **conclusion**, this study demonstrated the complexity of the changes experienced by women and their different needs during the transition to motherhood. The study has also allowed to sensitize some health professionals to a more global approach with new mothers.

Keywords: Transition to motherhood, occupational therapy, occupational adaptation, intervention

1. INTRODUCTION DU SUJET DE L'ÉTUDE

Entre 82% à 84% des femmes québécoises vivront la maternité au cours de leur vie. (Provencher et al., 2018). Quoique très fréquente et perçue par la société comme l'épanouissement féminin (Lapierre, 2012), peu de personnes s'intéressent au vécu et aux changements qu'amène la maternité. En plus des changements physiques, émotionnels, psychologiques et hormonaux, les nouvelles mères vivront des changements au niveau de leurs rôles, de leurs habitudes et de leurs relations personnelles et professionnelles (Will et Bianchi-Demicheli, 2006). Cette transition de vie, comparée par certains auteurs à celle de l'adolescence, est aussi connue sous le nom de matrescence (amalgame lexical des termes maternité et adolescence) (Sacks, 2018). Transition considérée comme importante dans la vie de plusieurs femmes, la matrescence peut nécessiter l'utilisation de stratégies afin de permettre aux femmes de s'adapter à leur nouvelle situation (Schlossberg, 2008).

Dans les faits, jusqu'à 80% des femmes vivront un « *baby blues* » résultant du changement physiologique et celui-ci s'atténuera dans un maximum de 15 jours après l'accouchement (Tremblay et al., 2014). En plus de ce nombre, 15% des femmes vivront une dépression postnatale, s'illustrant par un sentiment d'être dépassé par les différentes contraintes et le déséquilibre au niveau de leurs occupations. Cette situation arrive lorsque les femmes ont de la difficulté à s'adapter aux grands changements causés par l'arrivée du nourrisson (Tremblay et al., 2014). Il a ainsi été démontré que cette situation peut mener à une diminution du sentiment de compétences de la mère ainsi qu'une baisse de l'estime personnelle (Tremblay et al., 2014).

Cet essai porte sur les changements vécus par les femmes lors de la transition vers la maternité ainsi que sur les interventions permettant de répondre aux besoins d'adaptation des nouvelles mères durant cette transition. D'abord, la problématique sera présentée, suivie des objectifs et questions de recherche. Par la suite, la méthodologie sera énoncée ainsi que le cadre conceptuel guidant la schématisation. Les résultats suivront ainsi que la discussion sur ceux-ci incluant les forces et limites de cet essai. Finalement, une conclusion mentionnant les points clés ainsi que les retombées de l'étude sera faite.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1. Définition et prévalence de la transition vers la maternité (Matrescence)

La transition vers la maternité est une transition fréquente dans la vie d'une majorité de femmes au Québec, 82% à 84% des femmes vivront une maternité (Provencher et al., 2018). En 2019, 84 200 nourrissons naissaient au Québec ; sur ce nombre, 35 900 (43%) sont le résultat d'une première grossesse (INSPQ, 2021). La transition vers la maternité marque, dans la vie des femmes, la naissance d'un nouveau rôle, soit celui de mère et est un grand événement qui se définit comme étant le fait de porter et de mettre un enfant au monde (Petit Robert, 2011). Ce processus qui comprend la préparation à la grossesse, les neuf mois de grossesse, l'accouchement ainsi que les premières semaines de vie du nourrisson (Afferback, Koontz, Carter, Grauerholz, 2014) constitue le concept de périnatalité.

2.2.Évolution de la périnatalité au Québec

Au Québec, jusqu'en 1950, la majorité des naissances se passait à la maison. À cette époque, une sage-femme pouvait être appelée, afin d'aider les femmes à accoucher de manière naturelle (Laurendeau, 1983). À la suite de l'accouchement, les femmes recevaient de l'aide des femmes de la famille et/ou du voisinage, afin de se remettre de l'accouchement (O'Neill et col., 1990). C'est seulement au cours du XXe siècle que la périnatalité s'est médicalisée, mettant de côté toutes les pratiques ancestrales. Lors de la première moitié du XXe siècle, la médicalisation se fit très lentement, et fut accélérée drastiquement à la suite de la Seconde Guerre mondiale. Une augmentation accrue du nombre d'accouchements à l'hôpital s'est produite incluant plusieurs pratiques peu éthiques d'un point de vue actuel (O'Neill et col., 1990). Par exemple, il était fréquent d'endormir les femmes lors d'un accouchement (Laurendeau, 1983). Il est pertinent de mentionner qu'encore aujourd'hui, plusieurs pratiques non éthiques sont documentées. Il est maintenant question de violences obstétricales qui prennent différentes formes et qui se définissent par l'ensemble de « comportement, acte, omission ou abstention commis par le personnel de santé, qui n'est pas justifiée médicalement et/ou qui est effectuée sans le consentement libre et éclairé de la femme enceinte ou de la parturiente. » (Azcué et Tain, 2021)

Ce n'est qu'en 1973 que le ministère de la Santé et des Services sociaux a créé la première politique en périnatalité visant à diminuer les morts infantiles et favoriser la santé de la femme. Grâce au mouvement féministe et social présent dans les années 1970, des batailles politiques sur l'humanisation des accouchements et le bien-être de la femme lors de la période de périnatalité ont été lancées (Valentini, 2004). Depuis ce temps, des politiques sur la périnatalité et le bien-être des femmes sont créées chaque décennie, afin d'humaniser la périnatalité.

2.3.Vision de la périnatalité par la société québécoise

Plusieurs biais, présomptions ou croyances sur la périnatalité font partie de notre société. Ceci a un impact sur la vision qu'ont les personnes des nouvelles mères et des services offerts en périnatalité. Entre autres, il est présumé que puisque la maternité est naturelle, alors il en va de soi que la femme va être en mesure de s'occuper de son enfant, et ce de manière exemplaire. La vision actuelle de la société québécoise met l'emphasis sur la sécurité et le développement optimal de l'enfant, mettant de côté le bien-être et l'intégrité des femmes (Lapierre et Damant, 2012). De ce fait, il est mal vu pour une mère d'avoir de la difficulté à s'occuper de son enfant, peu importe les difficultés vécues au post-partum. De plus, la société s'attend que la femme soit en mesure de s'adapter à son nouveau rôle de mère rapidement et qu'elle soit en mesure de maintenir de hauts standards dans ses autres rôles soient ceux de conjointe, maitresse de maison, professionnelles et bien plus. (Lapierre et Damant, 2012). « La maternité est définitivement une construction sociale idéalisée par la société » (Lapierre et Damant, 2012). Les femmes et nouvelles mères, elles-mêmes parties prenantes de cette société, cultivent des standards ou des attentes irréalistes dans l'accomplissement de leur nouveau rôle (Whitcomb, 2012).

2.4.Changements vécus par la femme liés à la maternité : la matrescence

La transition vers la maternité amène son lot de changements qui s'étend sur un long spectre, allant au-delà des changements physiques visibles tels que la prise de poids et l'arrondissement du ventre. Cette transition amène la femme à acquérir le rôle de mère, soit le deuxième rôle auquel les femmes accordent le plus d'importance après celui de conjointe (Boyd, Bee, Andrews, Lord et Gosselin, 2017). La transition vers la maternité influence aussi, les pensées, les routines et les relations de la mère (Will et Bianchi-Demicheli, 2006). À ceci s'additionne le changement hormonal qui augmente drastiquement au courant de la grossesse et qui diminue

précipitamment à la suite de l'accouchement (Salgado et Bravo, 2018). Cette transition a même été nommée la matrescence par la psychologue américaine Alexandra Sacks, spécialisée en santé mentale périnatale. La définition du terme matrescence a grandement évolué depuis sa création dans les années 1970. Il est possible aujourd'hui de mentionner que la matrescence comprend autant, les démarches pour avoir un enfant, la grossesse, l'accouchement et l'année suite à l'accouchement (Kurz et al., 2022). La matrescence est un mélange entre le mot maternité et le mot adolescence puisque les deux transitions se ressemblent grandement, et ce autant au niveau des changements de rôles et responsabilité, des changements hormonaux, des changements corporels ainsi que de nombreuses remises en question au niveau du sens et de l'identité (Sacks, 2018). De ce fait, le monde de chaque femme vivant la maternité change du tout au tout en un peu moins d'un an, et ce, sans préparation (Stern et Al., 1998).

2.5.Impacts de la difficulté d'adaptation aux différents changements liés à la maternité

La transition vers la maternité crée une multitude de beaux moments avec la famille et le nouveau-né. Elle peut, tout autant, engendrer des difficultés dans l'adaptation ainsi que des remises en question de la part de la nouvelle mère (Tremblay et al., 2014). Il est important de noter que, même si la grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés, que le nourrisson se porte bien et qu'il n'y a pas eu de complications, la transition peut être difficile (Schlossberg, 2008). Souvent tabou, les difficultés vécues par les nouvelles mères sont souvent mises de côté. Cependant, une majorité des femmes vivent un sentiment d'échec et/ou d'incompétence dans les premiers mois de vie de l'enfant (Tremblay et al., 2014). En effet, jusqu'à 80% des femmes vivent un « *baby blues* » dans les 15 premiers jours de vie de l'enfant (Tremblay et al., 2014). Ceci est dû en partie au changement radical du niveau d'hormones dans le système de la mère ainsi que du changement de rôle et d'habitude. Souvent peu dépistée, la détresse des mères peut mener à des troubles plus graves tel que la dépression post-partum. La dépression post-partum est présente chez 10% à 15% des femmes (World health organisation, 2019). Ceci peut se caractériser par une culpabilité excessive envers leur nourrisson, une impression d'avoir de la difficulté à développer un lien affectif avec le bébé, un sentiment d'incompétence maternelle, de la honte et de l'irritabilité (Tremblay et al., 2014). Ainsi, les différents symptômes liés à la dépression post-partum peuvent mener à un désinvestissement de la mère dans son rôle de mère et ainsi avoir un impact négatif sur le lien mère-enfant et du fait même sur le développement de l'enfant (Whitcomb, 2012).

2.6. Programmes mis en place de ce jour pour soutenir l'adaptation au changement

Afin de soutenir la transition vers la maternité, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Québec a mis en place des orientations, afin de soutenir la santé et le bien-être des femmes. Les différentes orientations sont présentées dans la politique de périnatalité, 2008-2018 (Laverdière, 2008) ainsi que dans le plan d'action en santé et bien-être des femmes 2020-2024 (ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2020). Ces documents précisent que les mères ont besoin de se sentir outillées pour affronter les défis liés par exemple à l'allaitement. Ils proposent aussi des orientations pour que les femmes aient moins recours aux interventions chirurgicales lors des accouchements et que les femmes aient des services répondant à leurs besoins.

Afin de soutenir les mères lors de la période prénatale et postnatale, le système de santé québécois offre différents services. Pendant la grossesse, un suivi par un professionnel de la santé ainsi que des cours prénataux d'une durée de 4 à 5 rencontres (de 3 heures chacune), abordant différents thèmes tels que le travail, l'accouchement, les soins du bébé, le retour à la maison et l'allaitement, sont offerts (Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-centre-du-Québec, 2022). À la sortie de l'hôpital, le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la naissance à deux ans* est mis à la disposition de toutes les mères. Pour compléter, dans les 24 à 72 heures suivant le congé postnatal, un suivi systématique avec une infirmière est proposé pour soutenir le début de l'allaitement, évaluer la santé du bébé et de la mère et répondre aux différentes questions des parents.

À ceux-ci s'ajoutent plusieurs services complémentaires offerts via différents organismes communautaires, CISSS et CIUSSS. Ces services couvrent le soutien à l'allaitement, la vaccination, les services de relevailles, les groupes d'entraide et bien plus. Le site de l'INSPQ présente les organismes communautaires et les rassemble dans un réseau de centres de ressources périnatales (CRP) (INSPQ, 2022). Ces centres proposent une multitude de services complémentaires ayant comme but de « préparer, d'accompagner et de [...] soutenir [les parents] dans les différentes transitions et adaptations particulières à chacune des périodes que sont la préconception, la grossesse, la naissance et jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de 2 ans » (Réseau des centres de ressources périnatales du Québec, S.D.).

Cependant, en regardant l'intégralité des CRP à travers le Québec et l'étendue des services offerts, il est facile de constater que les CRP ne sont pas présents dans l'ensemble des territoires et n'offrent pas tous les mêmes services. De ce fait, dépendamment des territoires, les services offerts varient. Dans le même ordre d'idée, 51% des femmes ignorent la présence d'organismes communautaires en périnatalité (St-Martin et al., 2021). À l'exception des cours prénataux, les organismes communautaires sont peu connus. Il est alors difficile d'aller rejoindre les nouvelles mères grâce à ce réseau. Il est à noter que les services ci-haut mentionnés sont actuellement, en majorité dispensés par des professions dites plus biomédicales tels que médecins, sages-femmes et infirmières. Malgré qu'il y ait, de plus en plus, de travailleurs sociaux inclus dans le milieu ; très peu de professions, ayant un regard global de la personne, sont impliquées auprès des femmes afin de les soutenir dans cette transition. Par exemple, très peu d'ergothérapeutes travaillent auprès des nouvelles mères afin de les soutenir dans leur transition ; et ce, malgré qu'ils soient les experts de l'occupation et des activités de la vie quotidienne (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2022).

L'ergothérapeute, avec son approche holistique, peut répondre aux besoins des nouvelles mères autant sur un plan physique que psychologique. (OEQ, 2022) L'arrivée d'un nourrisson déséquilibre grandement l'organisation des occupations des nouvelles mères (diminution des heures de sommeil, ajout de tâches, etc.) (OEQ, 2022), l'occupation principale de la femme devenant son rôle de mère, celle-ci laisse, derrière elle, ses propres besoins. Cette transition mène donc à un bouleversement des occupations et à une redéfinition d'un sens à ses occupations principales. Les ergothérapeutes, utilisant abondamment le concept de l'équilibre occupationnel, peuvent travailler avec la femme en respectant ses valeurs, intérêts et choix afin de recréer du sens dans ses occupations pendant cette transition de vie. (OEQ, 2022)

2.7.Pertinence de l'étude

Cette problématique démontre que la transition vers la maternité engendre beaucoup de changements et que ceux-ci peuvent être vécus de différentes manières par les nouvelles mères. Tout comme le grand nombre de changements, les difficultés d'adaptation peuvent mener à plusieurs impacts importants chez la femme. Des services ont été mis en place afin de soutenir la population de nouvelles mères dans cette transition. Cependant, les femmes ressentent encore

beaucoup de pression et ne se sentent pas adéquatement outillées afin de s'adapter à cette nouvelle réalité (Lapierre et Damant, 2012). La vision qu'a la société face à la maternité fait en sorte que la détresse maternelle est sous-estimée et qu'elle n'est pas toujours diagnostiquée ni adressée par la majorité des professionnels de la santé travaillant avec les nouvelles mères (Slootjes et al., 2016). L'approche biomédicale instaurée dans le système de santé québécois ne s'intéresse pas à la globalité des besoins des nouvelles mères. Dans le même ordre d'idées, les intervenants ayant une approche holistique de la personne ne peuvent s'appuyer sur la littérature actuelle incomplète pour déployer une approche basée sur les données probantes.

Malgré le peu de données probantes sur la place de l'ergothérapie en périnatalité, certains auteurs se sont penchés sur le sujet et ont été en mesure de faire un tour d'horizon des différents services que pourraient dispenser les ergothérapeutes. Ce manque de données probantes soulève la nécessité de conduire une étude afin de les soutenir dans l'adaptation à leur nouveau rôle.

3. BUT/OBJECTIFS/QUESTIONS DE RECHERCHE

Les objectifs principaux de cet essai de maîtrise sont de documenter les changements de la transition vers la maternité sur les femmes ainsi que les interventions permettant de répondre aux besoins d'adaptation des nouvelles mères en périnatalité et d'en faire une schématisation. Cette schématisation sera faite avec une perspective ergothérapique à l'aide du modèle de l'occupation humaine (MOH). Un objectif implicite sera de sensibiliser et d'amener un groupe de parties prenantes à réfléchir sur l'importance d'un suivi global répondant aux besoins spécifiques des nouvelles mères dans une vision ergothérapique de la situation de la nouvelle mère.

Les objectifs mentionnés ci-dessus permettent d'élaborer deux questions de recherches. D'une part « Quels sont les impacts de la transition vers la maternité chez la femme concernant la personne, son environnement et ses occupations ? » D'autre part « Quelles sont les interventions permettant de répondre aux besoins d'adaptation des nouvelles mères durant cette transition ? »

4. CADRE CONCEPTUEL

Dans le cadre de cet essai de maîtrise, un portrait des changements vécus chez la femme lors de la maternité ainsi que des interventions afin de répondre aux besoins des nouvelles mères sera dressé d'un point de vue ergothérapique. Afin de mieux comprendre ce que peuvent vivre les femmes lors la maternité, transition de vie importante, le concept de transition sera défini. Aussi, le modèle de l'occupation humaine (MOH), modèle utilisé par les ergothérapeutes, a été choisi afin de faire des liens entre les différents changements vécus et les interventions. Ces deux concepts seront expliqués dans cette section.

4.1.Cadre conceptuel de compréhension

4.1.1. Concept de transition de vie

Le domaine infirmier a largement utilisé et défini le concept de transition de vie (Kralik, Visentin, et Van Loon, 2006), cependant, celui provenant des sciences sociales et humaines sera mis de l'avant afin d'obtenir une vision plus ergothérapique du concept. Le terme transition venant du mot latin *transicion* veut dire : traversée, passage à travers le temps, qui change (Harper, S.D.). Malgré qu'il puisse s'apparenter au terme changement, plusieurs auteurs (Lindmark et al.,2019) s'entendent pour dire que le terme transition signifie plus que le terme changement. Il s'agit plutôt d'un processus psychologique impliqué dans l'adaptation lorsque la réalité d'un individu change ou s'interrompt (Lindmark et al., 2019). Schlossberg (2008) mentionne qu'elle soit positive ou négative, une transition dérange nos vies et crée un changement, et ce autant au niveau des rôles, des routines et des relations sociales d'un individu. Tous ces changements ont aussi un impact sur le sens d'appartenance de l'individu. La transition permet aux personnes de formuler de nouveau but pour le futur et de repenser à ce qu'elles veulent devenir. Cette perception de l'avenir peut changer d'une personne à l'autre.

Plusieurs auteurs se sont intéressés à la façon d'actualiser le concept de transition. Souvent, bien que les termes diffèrent, une grande partie des auteurs en sciences sociales et de la santé illustre la transition en trois étapes linéaires incluant la fin de la situation actuelle (*moving in*), la période d'adaptation aussi illustrée comme un vide (*moving through*) et le début d'une nouvelle situation (*moving out*) (Barclay, 2017). Afin de distinguer les trois stades d'une transition, le modèle

théorique de la transition de Schlossberg (1984) sera explicité (voir figure 1). Ce modèle théorique est basé sur la transition de vie étudiante, mais il est facile de faire le parallèle avec la transition de vie qu'est la maternité.

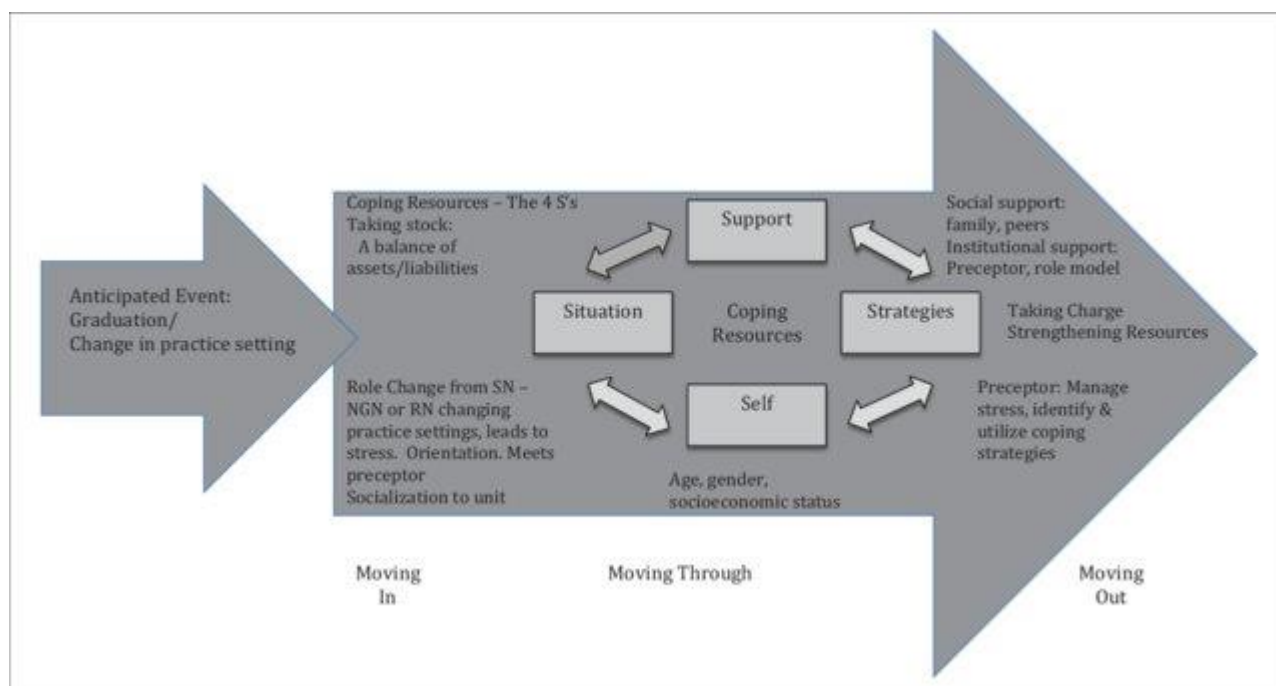


Figure 1. Théorie de la transition selon Schlossberg (1984) adaptée dans *Perceived needs and coping resources of newly hired nurses* par Schmitt, C. et Schiffman, R. (2019)

La première étape d'une transition (*moving in*), commence toujours par la fin d'une situation. Elle se caractérise par une période de planification et d'évaluation de la nouvelle situation. Cette période s'accompagne aussi par des appréhensions, des inquiétudes puisque la situation amène de la nouveauté. En ce qui a trait à la deuxième étape (*moving through*), il s'agit de l'étape où les personnes apprennent à vivre avec la nouvelle situation et avec de nouveaux rôles et habitudes. Schlossberg mentionne qu'à cette étape, des intervenants peuvent soutenir les personnes vivant cette transition. Les intervenants peuvent les aider à utiliser la technique des quatre S (support social, analyse de la situation, trouver un but et un sens et création d'un plan/stratégie) qui permet d'examiner la situation et ainsi d'utiliser les stratégies d'adaptation. Finalement, la troisième étape (*moving out*) se traduit par le début de la nouvelle situation suivant l'adaptation à la transition vécue. (Barclay, 2017)

La résultante de la transition peut s'illustrer soit par une transition réussie, soit par l'échec de la transition. Les auteurs s'entendent pour dire qu'une transition réussie s'illustre par le remplacement d'un sentiment de détresse par la maîtrise de la nouvelle situation et d'un bien-être physique et psychologique (Kralik, Visentin, et Van Loon, 2006). Plus précisément au niveau de la transition vers la maternité, une adaptation réussie peut se caractériser par un sentiment élevé de compétence maternelle, une diminution des symptômes psychologiques négatifs telle que le stress, la détresse psychologique et l'anxiété. À ceci, peut s'ajouter par des sentiments positifs quant à la pensée d'avoir un autre enfant. (Ahn et al., 2021)

4.2.Cadre conceptuel de la schématisation et de l'analyse

4.2.1. Modèle de l'occupation humaine (MOH)

Le modèle de l'occupation humaine (MOH) élaboré par Gary Keilhofner à la fin des années 1980 (voir figure 2), est un modèle centré sur l'occupation. Ce modèle expose l'interaction dynamique entre la personne, son environnement et ses occupations. L'occupation, identifiée comme l'agir d'une personne, dépend de l'environnement dans lequel se déroule l'action et de la personne qui la fait. La participation de la personne aux différentes occupations dépendra aussi d'une multitude de facteurs, tous interreliés tels sa motivation, ses habitudes, ses rôles, ses capacités et l'environnement. De plus, ce modèle longitudinal, permet de visualiser le processus de changement identitaire ainsi que l'évolution de la personne à travers les différentes transitions vécues et à vivre.

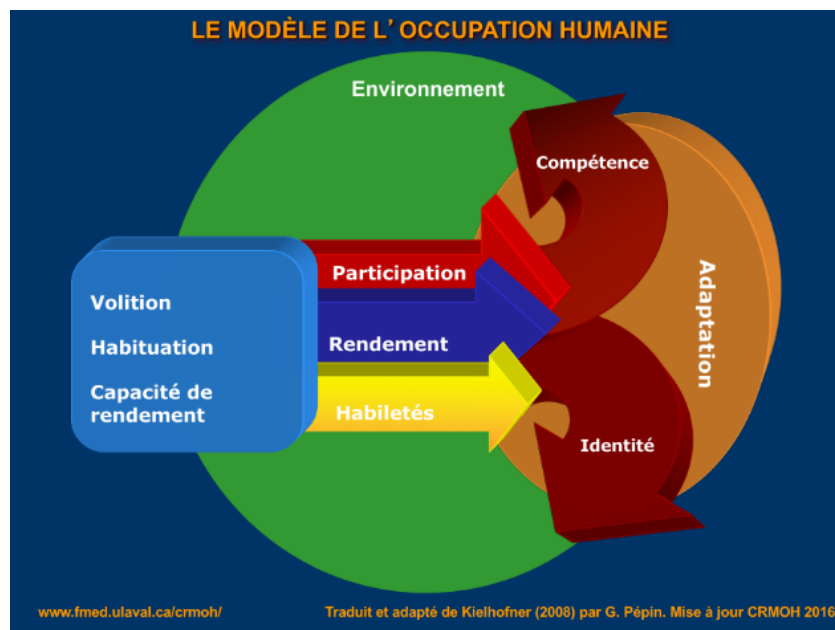


Figure 2. Le mécanisme de l'adaptation occupationnelle. (Repris du *Model of Human Occupation: Theory and Application* de Gary Kielhofner, 3e éd. Lippincott. Williams & Wilins. Philadelphia. 2002. Adapté par Pépin 2004)

Le modèle tel qu'illustré ci-dessus (Voi figure 2) comprend quatre grandes catégories. Cependant, seulement trois des quatre grandes catégories permettront de classer les informations dans la schématisation en lien avec les changements vécus et les interventions possibles.

Premièrement se retrouve la catégorie de la personne, aussi appelée l'être. Cette catégorie comprend les composantes qui définissent une personne et qui l'aideront à se mettre en action (agir) et à agir sur son environnement. Il est possible de retrouver dans cette catégorie les valeurs, les intérêts et les déterminants personnels d'une personne. Les déterminants personnels se définissent par ce que la personne pense au niveau de son sentiment d'efficacité et de ses capacités personnelles dans une certaine circonstance. Il est aussi possible de retrouver dans cette catégorie des comportements semi-automatiques que les personnes font dans un environnement familier. Ceci peut se comparer aux habitudes qu'une personne entreprend selon une situation donnée et les comportements qu'une personne prendra selon un rôle social ou personnel qu'elle occupe. Finalement, il est possible de retrouver dans cette catégorie ce qui a trait à la capacité de performance, celle-ci s'illustre par l'aptitude qu'une personne a à agir dans une situation donnée

selon ses capacités physiques et/ou psychologiques qui sont objectives et l'expérience subjective du corps tel que la douleur. (Morel-Bracq, 2017)

Deuxièmement, la catégorie de l'agir réfère à la personne en action dans son environnement et à travers ses différentes activités, occupations, rôles. Une personne peut agir à trois niveaux. Le premier niveau rend compte de l'engagement d'une personne dans ses différents rôles et occupations. Le deuxième niveau fait référence au rendement d'une personne qui correspond à comment une personne réalise ses activités dans le quotidien. Finalement, le troisième niveau correspond aux habiletés d'une personne dans la réalisation d'action qui sont observables. Dans cette situation, nous pourrions par exemple évaluer la participation d'une nouvelle mère dans l'occupation de «prendre soin de son enfant», nous pourrions décider d'observer sa performance dans «l'allaitement du nourrisson», pour laquelle il faudrait évaluer les habiletés comme «porter son enfant». (Morel-Bracq, 2017)

Finalement se retrouve la catégorie de l'environnement. L'environnement comprend l'environnement physique et l'environnement social. Celle-ci est en interaction avec l'être et l'agir et est en constante évolution ce qui permettra de façonner la personne dans ses différentes expériences. L'environnement peut autant être un facilitateur en offrant des opportunités et des ressources ou un obstacle en offrant des exigences et des contraintes à la personne. (Morel-Bracq, 2017)

Dans le cadre de cet essai, ce modèle permettra de mieux comprendre et d'analyser les changements vécus par les femmes lors de la transition vers la maternité, plus précisément l'adaptation à leur nouveau rôle de mère. En effet, le modèle explique les relations complexes et dynamiques entre les composantes de la personne, les changements vécus dans ses rôles et occupations et l'environnement dans lequel elle évolue (Morel-Bracq, 2017).

Ayant pour but l'adaptation de la personne et permettant d'avoir un large spectre d'interventions, le MOH est l'outil d'analyse et d'intervention qui sera privilégié, afin de soutenir les femmes lors de transition. Selon les besoins observés en évaluation pour chacune des sphères, ce modèle pourra guider les interventions qui sont, selon Schlossberg (2008) à mettre en place dans la deuxième phase d'une transition, soit le «*moving through*». En effet, dans le cadre de cet essai,

cette phase a été privilégiée pour la mise en place des interventions afin de répondre aux besoins des femmes. Ceci a été fait puisque selon le modèle de transition de Schlossberg (2008) c'est lors de cette phase que se déroulent majoritairement les changements et que les intervenants ont un rôle à jouer.

L'auteur du MOH mentionne qu'il y a toujours un équilibre entre ce qui définit la personne, son environnement et ses actions. Quoiqu'il y ait toujours un équilibre, celui-ci ne veut pas dire qu'il correspond à ce que la personne souhaite et/ou à ce qu'il faut pour être fonctionnel au quotidien. De ce fait, toutes interventions faites sur les différentes sphères du modèle mènent à une modification de la participation occupationnelle de la personne pour permettre à la personne d'être et de faire ce qu'elle souhaite. Par exemple, si une femme fait des modifications au niveau de son environnement physique (achat d'une chaise adaptée à l'alimentation du nourrisson), il est possible que l'action de nourrir son enfant soit plus facile, efficace et diminue les chances de douleurs chroniques. (Morel-Bracq, 2017)

5. MÉTHODOLOGIE

Afin de répondre aux objectifs et aux questions de recherche, un exercice de schématisation basé sur deux revues de littératures non exhaustives et sur une consultation de parties prenantes a été effectué. Cinq étapes distinctes inspirées des écrits de l'analyse inductive générale de Thomas (2006) seront présentées dans les sections suivantes : 1) Revue de littérature : impact de la transition vers la maternité ; 2) ; Revue de littérature : Intervention possible en ergothérapie ; 3) Tableau d'extraction et schématisation ; 4) Consultation de parties prenantes ; 5) Considération des avis des parties prenantes et schématisation finale.

5.1. Revue de littérature : Impact de la transition vers la maternité

Une revue de littérature non exhaustive a été choisie comme première étape de ce projet. Ceci a permis de trouver une multitude de données brutes répondant aux différentes questions de recherche et de répertorier les différents changements vécus par les femmes lors de la matrescence (Thomas, 2006). Étant donnée le grand nombre de recherches effectuées au niveau des changements vécus lors de la périnatalité chez la femme, la revue de littérature a permis d'aller rechercher plusieurs articles pertinents ayant un niveau d'évidence élevé et discutant de concepts variés reliés à la transition vers la maternité. (Fournier et al., 2016, p.476). La sélection et la synthèse des différentes données ont ainsi permis de développer une schématisation regroupant l'ensemble des données brutes. La revue de littérature a été réalisée en date du 03 avril 2022.

5.1.1. Préparation à la revue de littérature

La revue de la littérature a été effectuée à l'aide de trois bases de données. Premièrement, la base de données CINAHL a été choisie afin d'aller sélectionner des articles en lien avec les sciences de la santé. Deuxièmement, la base de données Medline a été utilisée afin d'aller récupérer des articles portant davantage sur l'aspect médical et physique se rapportant la transition vers la maternité. Finalement, pour cibler des articles portant sur les aspects psychologiques de la transition vers la maternité, la base de données Psych Info a été choisie.

Les concepts clés de la recherche documentaire dans les différentes bases de données ont été la maternité, la transition ainsi que le concept de méta-analyse/étude de portée/recensions des

écrits. Afin d'obtenir des articles traitant de ses concepts, les mots clés et opérateurs booléens suivants ont été utilisés : (*New mom or first-time pregnancy or transition to motherhood or matrescence or childbirth*) and (*Change or changes or transformation or development or adaptation or role change or lifestyle*) and (*Systematic review or meta-analysis*).

5.1.2. Choix des articles retenus

Afin d'obtenir des résultats récents et répondant à la question de recherche, certains critères ont été posés. Seulement les articles se trouvant entre 2012 et 2022 ont été sélectionnés. Aussi, des critères d'inclusion ont été employés lors de la sélection des articles. Les articles devaient porter sur la transition vers la maternité et devaient être des revues systématiques, études de portée et/ou des méta-analyses. Aussi, seulement les articles écrits en français et en anglais ont été pris en compte. Les articles mentionnant le changement de rôle chez une clientèle avec des besoins spéciaux (enfants prématurés) et/ou une situation particulière (mère sans abris, mère en prison) ont été exclus lors de la sélection des articles.

Au total, 10 articles ont été retenus suite à la recherche dans le but de faire la revue de littérature. La Figure 3 met en évidence les étapes pour la sélection des articles.

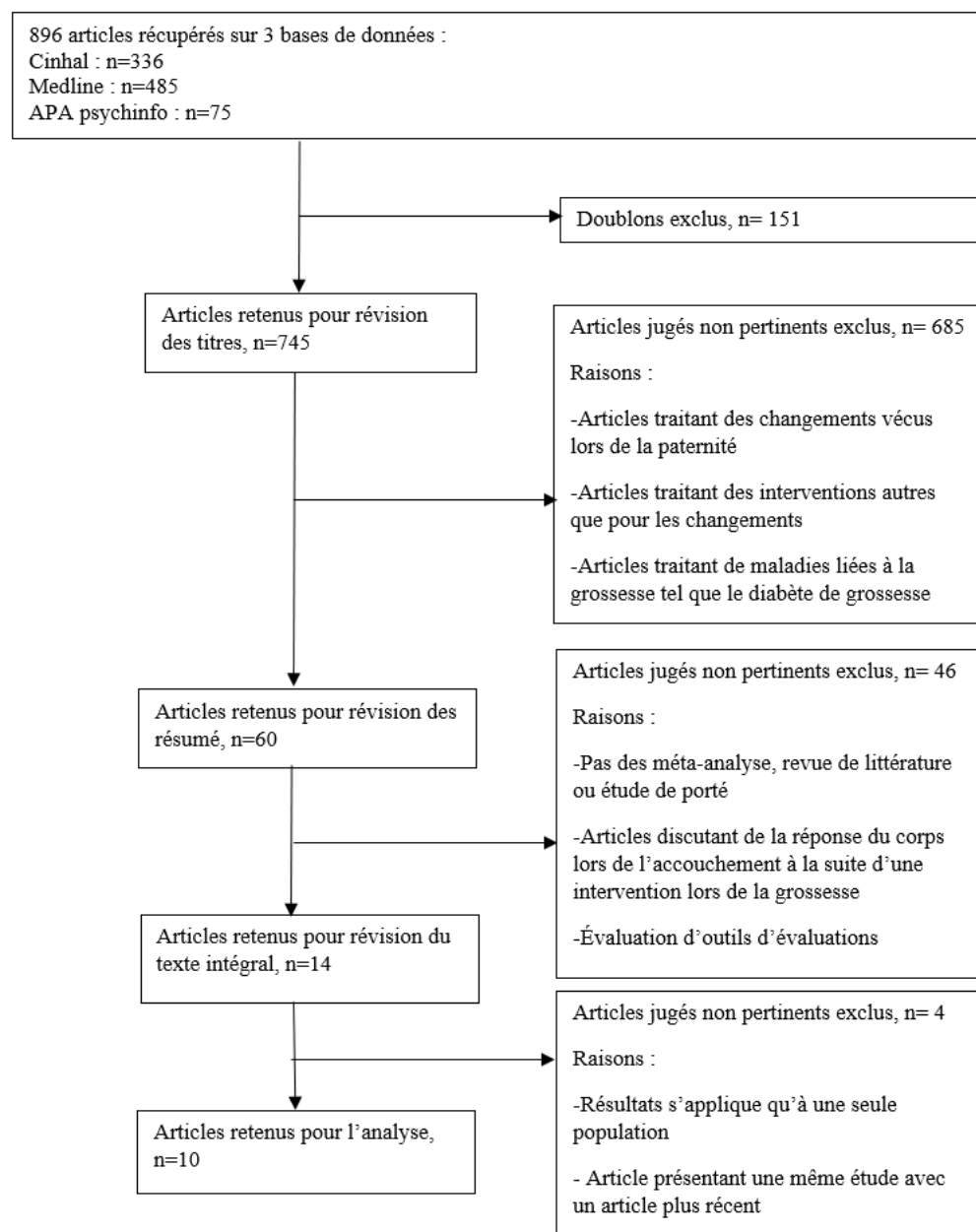


Figure 3. *Processus de sélection des articles pour la revue structurée au niveau des changements vécus chez la femme*

5.1.3. L'analyse des données

L'analyse des données recueillies a été effectuée à l'aide de tableaux d'extraction de données. Le tableau comptabilise les données des articles recueillis lors de la recherche soit : l'objectif de l'étude, la méthode de collecte de donnée et les participants et les résultats de l'étude (voir ANNEXE A).

5.2. Revue de littérature : Interventions possibles en ergothérapie

La revue de littérature a permis de recenser les articles abordant les interventions possibles en ergothérapie dans plusieurs bases de données. La revue de littérature a été réalisée en date du 03 avril 2022.

5.2.1. Préparation à la revue de littérature

La revue de la littérature a été effectuée à l'aide de trois bases de données. Premièrement, la base de données CINHALL a été sélectionnée afin d'aller rechercher des articles en lien avec la science de la santé. Deuxièmement, la base de données Med Line a été utilisée afin d'aller récupérer des articles portant davantage sur des interventions au niveau biomédical. Finalement, la base de données Psych info a été sélectionnée pour obtenir davantage d'informations sur les interventions possibles au niveau de la santé mentale des femmes.

Les concepts clés de la recherche documentaire ont été la maternité, le changement de rôle ainsi que la vision ergothérapique. Afin d'obtenir des articles parlant de ses concepts, les mots clés et opérateurs booléens suivants ont été utilisés, soit (*Maternity or motherhood or mother* or maternal health or perinatal care*) and (*Transition or identity or role change or role*) and (*occupational therap* or occupational perspective*).

5.2.2. Choix des articles retenus

Afin d'obtenir les données probantes les plus actuelles possibles, seulement les articles se trouvant entre 2012 et 2022 ont été sélectionnés. Aussi, des critères d'inclusion et d'exclusion ont été employés lors de la sélection des articles. D'une part, les articles devaient porter sur la transition vers la maternité et devaient être publiés par un ergothérapeute et/ou écrits dans un journal d'ergothérapie. Seulement les articles écrits en français et en anglais ont été pris en compte. D'autre part, les articles relatant des interventions sur d'autres aspect que les changements ont été exclu.

Au total, sept articles ont été retenus suite à la recherche dans le but de faire la revue de littérature. La Figure 4 met en évidence les étapes pour la sélection des articles.

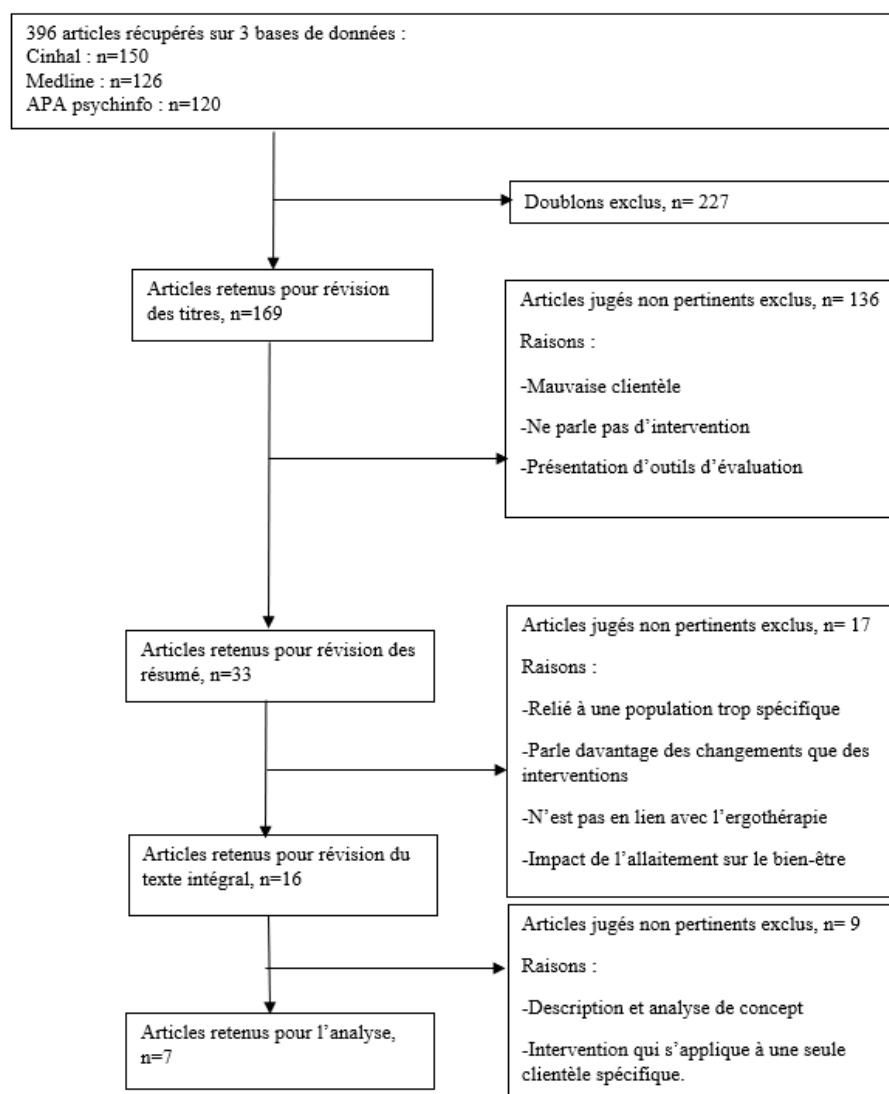


Figure 4. *Processus de sélection des articles pour la revue structurée au niveau des interventions possibles en ergothérapie*

5.2.3. L'analyse des données

L'analyse des données recueillies a été effectuée à l'aide de deux tableaux d'extraction de données. Le premier tableau comptabilise les données des articles recueillis comprenant l'objectif de l'étude, la méthode de collecte de données, les participants et les résultats de l'étude (voir ANNEXE B). Le deuxième tableau visait davantage à valider la qualité des articles trouvés lors de cette revue de la littérature, puisqu'il ne s'agit pas seulement de revues de littératures et de méta-analyses. Celui-ci comprend, les forces et limites de chaque article (Voir ANNEXE C). Afin d'évaluer le niveau d'évidence des articles, la pyramide des niveaux d'évidence de Tomlin et Borgetto (2011) a été utilisée. Cet outil a été privilégié à une hiérarchie unique à 6 niveaux. Ceci s'explique par le fait que le modèle pyramidal permet de mieux juger le niveau d'évidence d'un article puisqu'il sépare les critères au niveau de la validité interne et la validité externe. Par le fait même, il est possible de garder la notion critique de rigueur tout en explicitant davantage les preuves fournies dans les études qualitatives telles que les participants, le devis et la méthodologie (Tomlin et Borgetto, 2011). Cet outil a été utilisé afin de classer les articles selon leurs forces et faiblesses générales puisque les articles avaient une méthodologie toute différente et peu développée.

5.3. Tableaux d'extraction et schématisation

Afin de faciliter la compréhension des différents impacts lors de la transition vers la maternité, un tableau d'extraction des données a été effectué. Le tableau inclut les éléments clés de tous les articles recensés, incluant les deux recensions des écrits, au niveau des changements vécus lors de la transition (voir ANNEXE D). Dans le même ordre d'idées, un tableau a été effectué en recueillant les éléments clés des articles au niveau des différentes interventions possibles à effectuer avec cette clientèle (voir ANNEXE E)

À la suite de l'analyse des données à l'aide des tableaux d'extraction (Voir ANNEXE D et E), il a été possible de créer de premières schématisations théoriques de la transition vers la maternité. Les informations collectées ont été classées selon le MOH afin de faire ressortir la vision ergothérapique. De ce fait, les éléments ont été classés en trois grands concepts, soit la personne, l'environnement et l'agir.

Au total, quatre schématisations ont été effectuées. D'une part, trois schématisations ont servi à illustrer les changements vécus lors de la maternité. Les trois schématisations ont permis de montrer la complexité des changements vécue lors de la transition vers la maternité. D'autre part, au niveau des interventions, une schématisation incluant toutes les interventions recensées a été effectuée.

5.4. Consultation de parties prenantes

Afin de valider et bonifier les données ressorties dans les revues de littératures, des rencontres avec des parties prenantes ont été effectuées. La rencontre avait pour but d'obtenir une vision plus juste de la transition vers la maternité. Ceci a été possible grâce à la variété de parties prenantes consultées : certains détenant davantage un savoir expérientiel et d'autres un savoir pratique ou clinique. Finalement, la consultation de parties prenantes a permis de sensibiliser et d'amener les différents milieux à réfléchir sur l'importance d'avoir des services plus globaux et de créer un engouement envers les besoins des nouvelles mères dans une vision ergothérapique auprès des différents intervenants.

5.4.1. Choix de parties prenantes et rencontre de validation

L'avis de plusieurs parties prenantes a été privilégié. Une partie prenante se définit comme toutes personnes pouvant se sentir interpellées par une situation donnée (Office québécois de la langue française, 2003). Les parties prenantes qui ont été sollicitées pour ce projet incluent des travailleurs de la santé travaillant avec de nouvelles mères, des ergothérapeutes ayant un intérêt pour la périnatalité, des accompagnatrices de naissance, des mères, des dirigeants d'organismes communautaires en périnatalité et des gestionnaires des services de périnatalité.

Les parties prenantes ont été choisies afin de représenter la diversité d'expertise. Au total, trois groupes entre un et sept participants ont été effectué. Dans tous les groupes, des parties prenantes ayant un savoir expérientiel et des parties prenantes ayant un savoir pratique ou clinique étaient présentes. L'application Zoom a été privilégiée afin de rejoindre plus de participants à travers le Québec. Lors de la rencontre d'une heure, un 15 minutes était accordé pour l'explication de la schématisation et du processus de recherche. Par la suite, 20 minutes était dédiée à la

validation de la schématisation complète au niveau des changements vécus et 20 minutes était dédiée à la validation de la schématisation au niveau des interventions possible.

Des groupes de parties prenantes mixtes ont été favorisés puisque ceci permet de co-construire une réflexion en incluant un ensemble de perceptions. Ceci a aussi permis d'avoir des schématisations plus représentatives de la réalité de la transition vers la maternité. Ceci s'illustre par le fait que les intervenants et les nouvelles mères, soit la population touchée par le projet, contribuent avec leur propre savoir à la construction d'un modèle d'intervention répondant à leur besoin. Ceci amène donc à avoir une vision plus juste et optimale des services à offrir (Université de Montréal, 2016). La collaboration entre les clients et les chercheurs permet aussi d'augmenter la validité et la faisabilité de la recherche. Les recherches collaboratives permettent ainsi de vérifier la pertinence et la transmission des nouveaux savoirs (Université de Montréal, 2016)

Les participants ont été sélectionnés par l'entremise d'une affiche déposée sur les groupes Facebook, « ergothérapie et périnatalité Québec » et « trouve ta Doula/Accompagnante à la naissance-Québec ». Aussi, des courriels ont été envoyés afin de rejoindre les gestionnaires des différentes parties prenantes, soit les organismes communautaires des différentes régions administratives. Il est à mentionner qu'une tierce personne était présente afin de prendre des notes lors des groupes de discussion. Aussi les entrevues ont été enregistrées à partir de la plateforme Zoom avec le consentement des participants afin que l'étudiante-chercheuse puisse faire un résumé écrit de la rencontre.

5.5.Considération des avis de parties prenantes et schématisation finale

L'analyse de la rencontre avec les parties prenantes s'est faite à l'aide de résumés des rencontres, écrits dans un canevas préparé à l'avance (voir ANNEXE F). Afin d'y parvenir, l'étudiante chercheuse a d'abord relu les résumés faits par la tierce personne puis bonifié les résumés. Par la suite, il a été possible de regrouper les informations des différents groupes des parties prenantes dans un même document pour en faire ressortir les informations les plus pertinentes et les plus souvent mentionnées. L'analyse des données obtenues lors de la consultation des parties prenantes a permis la création d'une schématisation finale.

6. RÉSULTATS

6.1.Revues de littérature et schématisations théoriques : Changements vécus

6.1.1. Résultats de la revue de littérature

Au total, dix articles provenant de la revue de littérature portaient sur les changements vécus lors de la transition vers la maternité chez la femme. Tous publiés entre 2014 et 2021, ils sont des revues systématiques, des études de portée ou des méta-analyses. Sur les dix articles, deux proviennent des États-Unis, quatre d'Angleterre, deux d'Australie, un de la Corée du Sud et un de l'Écosse. Six articles additionnels provenant de la revue et deuxième revue de littérature (interventions possibles en ergothérapie) ont été inclus à l'étude; puisqu'ils discutaient des différents changements que vivent les femmes pendant la maternité. Au total, 16 articles relatant les changements vécus par les femmes ont servi à la schématisation.

Les données recueillies ont permis de faire ressortir les différents changements pouvant être vécus par les femmes ainsi que l'implication de ceux-ci au niveau de l'adaptation des femmes dans cette transition. Les multiples changements énoncés dans les articles retenus ont été classifiés en deux grandes catégories: 1) Changement au niveau du corps ; 2) Changements au niveau du rôle.

6.1.2. Schématisations basées sur le MOH

En réponse à l'analyse des données, deux grandes catégories de changements se sont démarquées. Ces deux catégories ont fait ressortir les changements des femmes en mettant en évidence les interactions entre la personne, son environnement et ses actions. Afin de bien comprendre l'ampleur des différents changements que vivent les nouvelles mères, deux différentes schématisations ont été effectuées concernant les changements vécus par les femmes : 1) changements vécus au niveau du corps (figure 5) ; 2) changements vécus au niveau des rôles (figure 6).

L'utilisation de ces deux figures permet ainsi de comptabiliser tous les changements ciblés dans la littérature tout en démontrant que plusieurs aspects peuvent influencer l'adaptation des nouvelles mères. À ce sujet, il est important de noter que chaque femme vit la maternité de manières différentes et que les changements ne s'appliquent pas à toutes les femmes. L'utilisation de

schémas a été priorisée, puisqu'ils permettent de montrer les relations entre les différents concepts, tout en permettant d'obtenir une vue globale en un seul regard. L'utilisation du modèle MOH a été privilégiée pour incorporer la vision de l'ergothérapie. Les modèles ont été faits de façon à être superposés pour voir l'ampleur des différents changements.

Dans les deux schémas (corps et rôle), les différents changements ont été classés en trois différentes catégories, soit les changements au niveau de la personne, au niveau de l'environnement et de ses occupations. Il est important de noter que les changements concernant la personne, autant au niveau physique que psychologique, influencent l'environnement et ses actions et vis-versa. Les flèches noires à double sens présentes dans le tableau indiquent cette influence.

Les éléments notés en rouge gras représentent des changements spécifiques à la grande catégorie de changement (changement au niveau du corps et changement au niveau des rôles). Les éléments écrits en noir représentent des changements qui influencent autant le changement au niveau des rôles que celui au niveau du corps vécu et du corps réel.

Afin d'illustrer les différents concepts mentionnés ci-dessus, la schématisation des changements du corps (vécu et réel) sera d'abord présentée, suivie de la schématisation des changements des rôles. Par la suite, la schématisation comprenant l'ensemble des changements recueillis sera présentée.

6.1.3. Changement au niveau du corps

Les changements au niveau du corps sont vécus d'une multitude de façons. En effet, le corps peut être perçu de plusieurs manières. Pour cette étude, les concepts de corps réel et de corps vécus seront abordés. Le corps réel fait référence à une conception plus médicale du corps. Il inclut le côté physique, chimique et biologique du corps. Il fait davantage référence à ce qui peut être objectivable (Wykretowcz, 2015). Le corps vécu, de son côté, correspond aux sensations et perceptions vécues par les personnes. Le corps vécu peut être perçu seulement par la personne vivant la situation. Les personnes extérieures ne voient pas et ne peuvent pas mesurer ce qui est vécu par la personne (Wykretowcz, 2015).

Au niveau de cette grande catégorie de changement (voir Figure 5), il est possible de remarquer l'impact des changements physiques vécus sur la psychologie des nouvelles mères. En effet, plusieurs changements sont notés au niveau physique incluant un gain de poids prévisible, une augmentation de la fatigue, de l'œdème de l'acné, des vergetures, l'augmentation des fréquences des douleurs et bien plus (Abbasi et Van de Akker, 2015 ; Fernandes, Marmeleira et Gutierrez, 2020 ; Fernandes, 2018 ; Lagadec et col., 2018 ; Srisopa et Lucas, 2021 ; Sponseller et col., 2021) (voir Figure 5). Tous les changements vécus peuvent avoir un impact négatif sur l'image de soi de la nouvelle mère. En effet, selon plusieurs auteurs (Beech et col., 2020 ; Fernandes, Marmeleira et Gutierrez, 2020 ; Hodgkinson et col., 2014) les nouvelles mères ont beaucoup d'attentes irréalistes en ce qui a trait au retour de leur corps avant grossesse. Certaines femmes peuvent se sentir trahies par leur corps autant lorsqu'il y a certains imprévus que lorsque le corps change rapidement. Il a été ressorti que les femmes souhaitent garder un contrôle sur leur corps bien qu'il soit impossible de choisir le corps qu'elles auront (Fernandes, Marmeleira et Gutierrez, 2020 ; Hodgkinson et col., 2014 ; Rallis et col., 2014). Ces inconforts au niveau du corps peuvent mener à des difficultés d'attachements entre la mère et le nourrisson (Srisopa et Lucas, 2021).

Ces difficultés d'acceptation au niveau corporel sont exacerbées par les exigences de la société. Ces exigences au niveau de l'idéal de beauté féminin passant par l'objectivation de la femme (Beech et col., 2020 ; Hodgkinson et col., 2014) augmentent la peur du jugement des nouvelles mères ainsi que la difficulté à se représenter dans leur nouveau corps. Certaines femmes vont même jusqu'à éviter d'allaiter et/ou n'allaiteront pas en public afin de respecter les idéaux de beauté émis par la société (Beech et col., 2020).

Il est aussi possible de voir une double influence entre les changements au niveau physique et les actions des femmes lors de la période périnatale. En effet, il a été prouvé que les femmes enceintes et/ou en post-partum ont un plus grand risque d'inactivité. Ceci augmente les risques de prise de poids et de douleurs (Abbasi et Van den Akker, 2015 ; Lagadec et al., 2018). Ceci peut être expliqué par les changements au niveau des routines et aussi par la diminution de l'amplitude articulaire, la rétention d'eau et l'augmentation des douleurs. (Abbasi et Van den Akker, 2015 ; Lagadec et al., 2018)

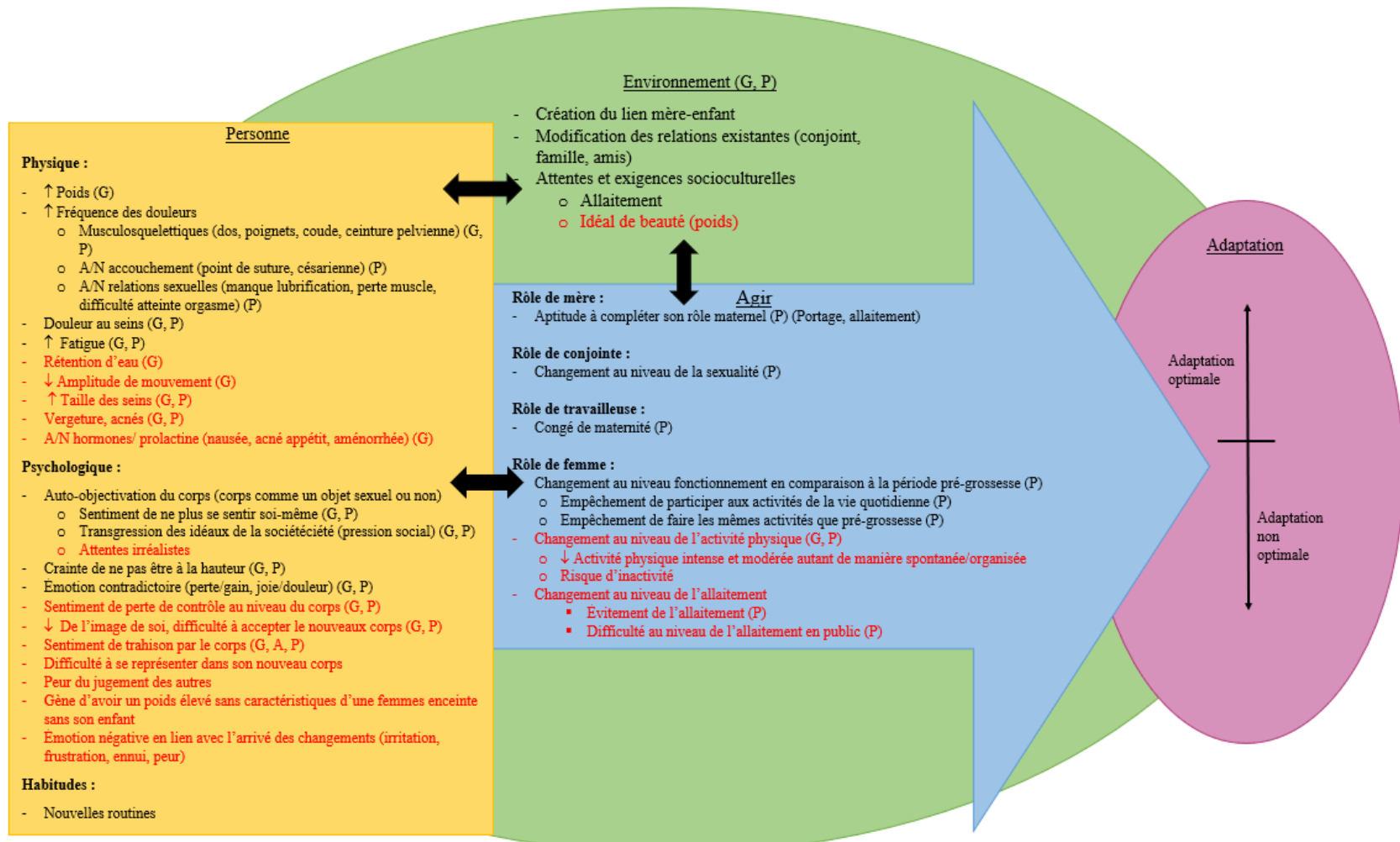


Figure 5. Schématisation théorique des changements vécus au niveau de corps vécu et corps réel

6.1.4. **Changement au niveau des rôles**

Concernant les changements relatifs aux rôles, les auteurs s'entendent pour dire que la transition vers la maternité amène de nouveaux rôles et modifie ceux qui restent suite à la maternité tel que le rôle de conjointe et de travailleuse. Ceci influence ainsi la personne, ses actions et son environnement (Abbasi et Van den Akker, 2015 ; Ahn et al., 2021 ; Fernandes, 2018 ; Korzeniewski et al., 2019 ; Prinds et al., 2014 ; Srisopa et Lucas, 2021 ; Slootjes et al., 2016) (voir Figure 6).

L'ajout d'un nouveau rôle, arrivant simultanément avec de nombreux changements physiologiques rend l'adaptation à la nouvelle situation plus difficile. Selon Slootjes et ses collaborateurs (2016), il est possible d'avoir de la difficulté à arrimer tous les rôles, tout en incorporant une nouvelle routine dans le quotidien. En effet, la maternité amène la femme à être en constante apprentissage en raison de l'évolution rapide du nourrisson. Certaines activités répétées telles que le portage et le fait de nourrir son enfant peuvent impacter le physique des femmes lorsqu'elles sont mal effectuées (Fernandes, 2018). Le soutien de l'environnement social incluant la famille et le conjoint est nécessaire afin que la femme soit en mesure de créer un équilibre satisfaisant (Sponseller et al., 2021).

En plus d'incorporer un nouveau rôle, la maternité change les priorités des femmes (Prinds et al., 2014) changeant du coup les relations avec les autres et ses rôles existants. Par exemple, les femmes perdent de façon temporaire leur rôle de travailleuse et voit leur rôle de conjointe bouleversé afin de s'occuper de leur enfant. Les femmes doivent, suivant ce changement de priorités, se créer une nouvelle identité et trouver un nouveau sens à sa vie (Prinds et al., 2014). Ajoutons à ceci, le fait que les attentes et exigences de la société envers les nouvelles mères engendre une grande pression sur les femmes afin qu'elles exercent de manière exemplaire de leurs rôles, augmentant les risques de symptômes dépressifs (Prinds et al., 2014).

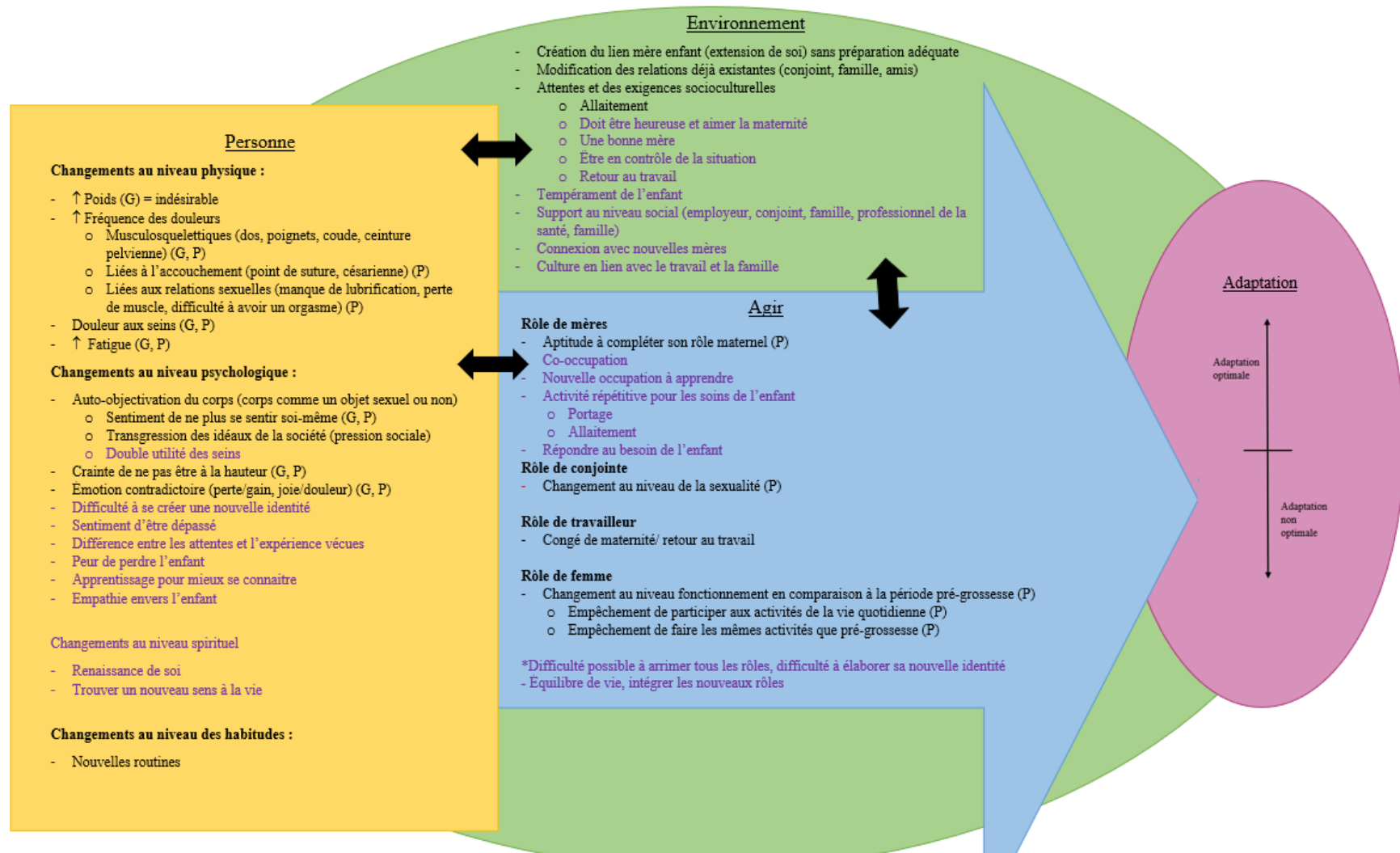


Figure 6. Schématisation théorique des changements vécus au niveau des rôles

6.1.5. Changements vécus par les nouvelles mères : vue d'ensemble et synthèse

La Figure 7 consiste à une intégration du schéma des changement au niveau du corps (vécu et réel) et du schéma des changements vécus au niveau des rôles. Ce tableau permet d'obtenir une vue d'ensemble des changements que peut vivre une femme lors de la transition. Comme mentionné précédemment, il est aussi possible de faire des liens entre les changements vécus chez la personne, les modifications de son environnement et les changements au niveau de son agir. Notons aussi que les changements rapportés peuvent être autant positifs que négatifs et pourront influencer l'adaptation de la femme dans sa transition vers la maternité.

À l'aide de cette figure, il est possible de bien comprendre l'impact que peut avoir l'environnement sur une personne. En effet, la littérature mentionne que les attentes de la société envers les nouvelles mères impactent autant les femmes que leurs actions (Beech et al., 2020 ; Prinds et al., 2014). Plus une femme internalise les attentes de la société en adhérant à celle-ci (voir environnement dans la figure 7), plus elle vivra une détresse psychologique et changera ses actions afin de répondre à ces idéaux. Selon Beech et ses collaborateurs (2020), l'objectivation des femmes, un phénomène ancré dans notre société, fait en sorte que les femmes s'auto-objective d'un point de vue sexuel ou non ce qui impact leur vision de la maternité. Lors des périodes pré-partum et post-partum, les femmes vivent des changements importants au niveau corporel et ceux-ci éloignent la femme des idéaux de beauté féminine présente dans notre société (Beech et col., 2020 ; Hodgkinson et col., 2014). Ceci peut alors créer un sentiment de trahison par le corps et ressentir une perte de contrôle au niveau des attentes face au corps ainsi que la honte et la peur du jugement. Cette situation peut aussi avoir un impact sur les relations au niveau amoureux et professionnel. Dans le même ordre d'idée, l'objectivation du corps de la femme fait en sorte que lorsque la femme porte un enfant, celle-ci n'a plus accès à son corps de la même manière. En effet, le corps de la femme devient public (Beech et al., 2020).

Pour voir quels auteurs ont inspiré les différentes catégories de la schématisation globale (Figure 7), il est possible de consulter le tableau 1.

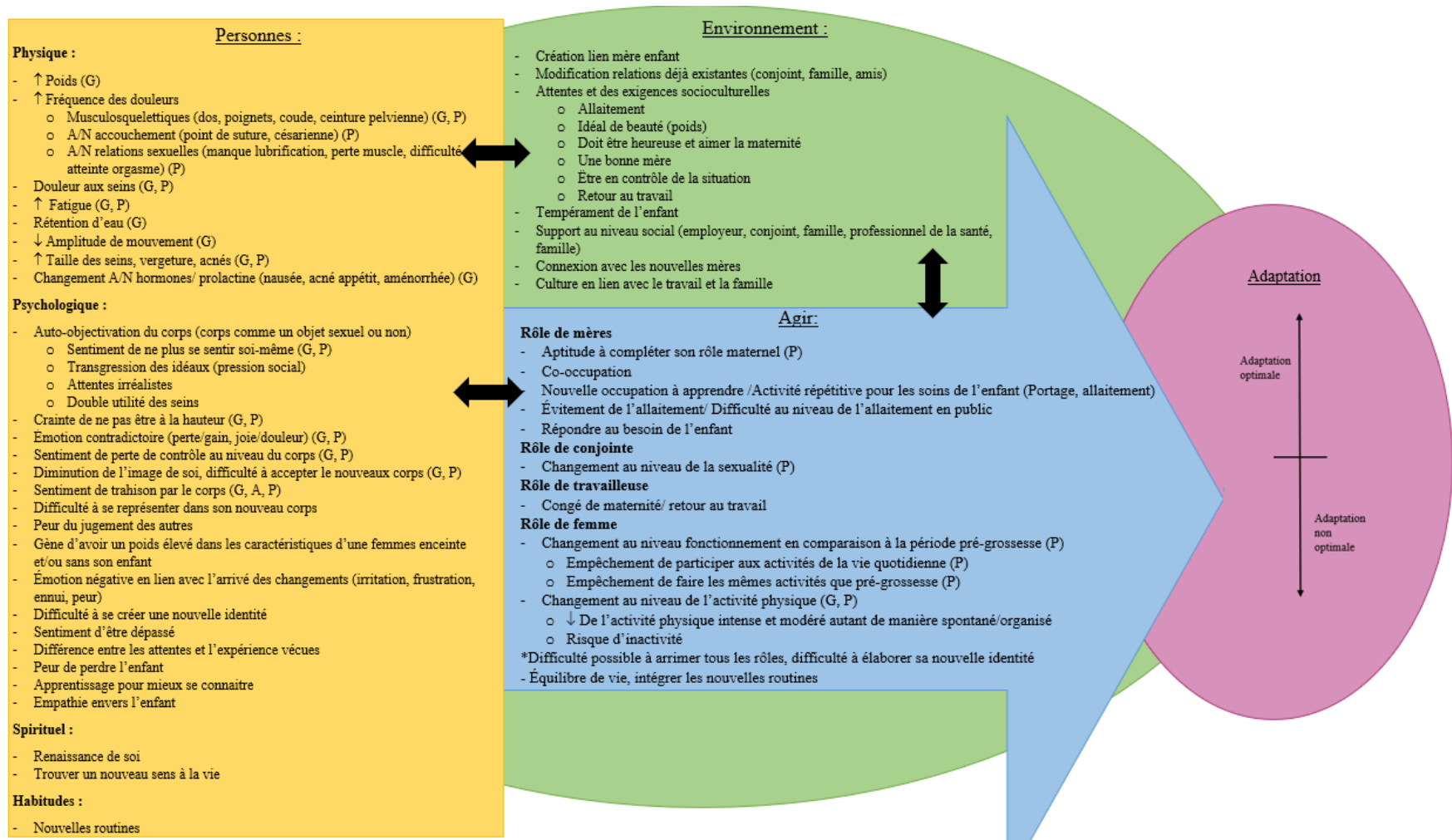


Figure 7. Schématisation théorique de l'ensemble des changements (au niveau du corps et des rôles) vécus par les femmes lors de la matrescence

Tableau 1. *Auteurs ayant inspiré les différentes catégories de la schématisation*

Catégories de la schématisation		Auteurs
Personne	Changement A/N physique	(Abbasi et Van de Akker, 2015); (Ahn et al., 2021); (Fernandes et al., 2020); (Fernandes, 2018); (Hodgkinson et al., 2014); (Korzeniewski et al., 2019); (Lagadec et al., 2018); (Srisopa et Lucas, 2021); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016); (Sponseller et al., 2021)
	Changement A/N psychologique	(Acharya, 2014); (Ahn et al., 2021); (Beech et al., 2020); (Boorman et al., 2019); (Fernandes et al., 2020); (Fernandes, 2018); (Hodgkinson et al., 2014); (Lagadec et al., 2018); (Prinds et al., 2014); (Rallis et al., 2014); (Srisopa et Lucas, 2021); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016)
	Changement A/N spirituel	(Prinds et al., 2014)
	Changement A/N des habitudes	(Prinds et al., 2014); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016)
Environnement		(Ahn et al., 2021); (Hodgkinson et al., 2014); (Prinds et al., 2014); (Rallis et al., 2014); (Srisopa et Lucas, 2021); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016); (Sponseller et al., 2021)
Agir	Rôle de mères	(Beech et al., 2020); (Fernandes, 2018); (Srisopa et Lucas, 2021); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016)
	Rôle de conjointe	(Beech et al., 2020); (Korzeniewski et al., 2019)
	Rôle de travailleuse	(Ahn et al., 2021)
	Rôle de femme	(Abbasi et Van de Akker, 2015); (Lagadec et al., 2018); (Srisopa et Lucas, 2021); (Slootjes et al., 2016)

6.2. Revues de littérature et schématisations théoriques : Interventions possibles en ergothérapie

6.2.1. Résultats de la revue de littérature

Sept articles provenant de la revue de littérature portaient sur les interventions possibles en ergothérapie. Tous ont été publiés entre 2014 et 2021, incluant une revue de littérature (1), une étude de portée (1), une étude de cas témoins (1), un opinion d'expert (1) et des études avec devis mixtes (2). Sur les sept articles, deux proviennent d'Australie (2), des États-Unis (3), du Brésil (1) et de l'Inde (1). Aussi, huit articles provenant de la revue de littérature sur les changements vécus par les femmes ont été inclus puisqu'ils discutaient des interventions possibles en périnatalité. Les interventions mentionnées dans ces 8 articles n'ont pas été explicitement recommandées pour et par des ergothérapeutes. Cependant, ceux-ci ont été pris en compte et ont été validés par les parties

prenantes. Au total, 15 articles relatant des interventions pour répondre aux besoins des nouvelles mères ont servi à la schématisation. Les évidences scientifiques recueillies ont permis de faire ressortir les principales interventions possibles auprès des femmes lors de la transition vers la maternité.

6.2.2. Schématisations basées sur le MOH

Les différentes interventions ont été classées tout comme les changements selon le MOH. Toutes les interventions ont été mises dans la même schématisation afin de faciliter la recherche des différentes interventions possibles à faire auprès de cette clientèle. Il est important de noter qu'une intervention faite au niveau de la personne peut avoir un impact positif et/ou négatif sur ses occupations (agir) et son environnement. Il est de même pour les interventions effectuées au niveau de l'environnement et au niveau des actions de la personne. Les flèches noires présentes dans les différentes figures démontrent cette interaction. Les éléments en rouge gras représentent des interventions qui ont été ciblées afin de faciliter l'adaptation de la femme au niveau de son corps vécu et son corps réel. Les éléments mauves en gras représentent les interventions ciblées afin de faciliter l'adaptation de la femme au niveau des rôles.

6.2.3. Interventions possibles auprès de la clientèle des nouvelles mères

Au niveau des interventions, les écrits mentionnent l'importance de travailler avec la personne plus précisément au niveau psychologique, sur l'équilibre de vie des nouvelles mères et sur l'environnement.

En effets, plusieurs écrits (Beech et al., 2020 ; Fernandes et al., 2020 ; Fernandes, 2018 ; Hodgkinson et al., 2014 ; Srisopa et Lucas, 2021 ; Sky et al., 2021 ; Sloomjes et al., 2016) mettent l'accent sur l'acceptation du corps des nouvelles mères. Différents auteurs (Fernandes, 2018 ; Hodgkinson et al., 2014) mentionnent que le fait d'accepter son corps permet à la femme de créer une meilleure relation avec le fœtus. D'autres mentionnent qu'un environnement social soutenant facilite l'acceptation au niveau physique (Hodgkinson et al., 2014). En plus de l'entourage de la femme, incluant les professionnels de la santé ont aussi un impact sur la manière des femmes d'accepter les changements corporels. À ce sujet, il serait donc préférable pour les professionnels

de la santé de favoriser une image saine du corps (Fernandes, 2018 ; Hodgkinson et al., 2014). Dans le même ordre d'idées, les professionnels de la santé tels que les ergothérapeutes peuvent sensibiliser la population générale et les autres professionnels de la santé tels que les médecins sur les changements corporels dus à la grossesse et lors du post-partum (Fernandes, 2018).

En ce qui a trait à l'équilibre, les écrits mentionnent qu'il est important pour les nouvelles mères de travailler sur l'équilibre des rôles en s'accordant du temps pour se détendre et pour récupérer (Evans et al., 2017). Les professionnels de la santé peuvent aider les femmes à atteindre cet objectif en travaillant avec elles l'acceptation de l'incontrôlable (Evans et al., 2017) la création d'attentes réalistes et la délégation de certaines tâches (Acharya, 2014 ; Ahn et al., 2021 ; Evans et al., 2017). En effet, il est impossible de tout faire tout en dormant suffisamment. Dans le même ordre d'idées, les professionnels de la santé peuvent travailler avec les femmes afin que celles-ci puissent faire une variété d'activités (Sky et col., 2021 ; Evans et al., 2017). Une personne ayant un bon équilibre de vie a plus de chance d'avoir un sentiment d'auto-efficacité élevé dans les occupations liées à la maternité (Slootjes et col., 2016). De ce fait, travailler avec la femme l'estime de soi permet qu'elle ait une attitude plus positive et qu'elle soit davantage disposée à travailler son équilibre de vie (Sky et col., 2021).

Dans le même ordre d'idées, l'enseignement au réseau social de la femme à ce qui a trait au partage des tâches est aussi très important pour permettre à la nouvelle mère de prendre plus de temps pour elle et de faire plus d'activité seul (Evans et al., 2017, sky et al., 2021). En ce sens, il est important de mettre de l'accent sur l'enseignement au niveau de l'entourage proche des nouvelles mères afin que celle-ci soit bien entourée et que l'entourage puisse supporter et aider la nouvelle mère dans son quotidien. « Les femmes ont déclaré avoir besoin du soutien d'un prestataire de soins de santé afin d'être outillées [Traduction libre] » (Srisopa et Lucas, 2021). En ce sens, il importe aussi d'outiller davantage les femmes afin qu'elle puisse prendre de meilleures décisions par elle-même lors de la période post-partum (Acharya, 2014; Korzeniewski et al., 2019; Sponseller et al., 2021).

L'adaptation du domicile, est aussi un type d'interventions possibles à faire. Elle permet que les tâches soient faites plus facile en demandant moins d'efforts et diminuant les risques de blessures (Fernandes, 2018).

Très peu d'écrits mentionnent l'importance d'outiller et de soutenir les mères au niveau du retour au travail. Seulement deux articles recensés (Ahn et al., 2021 ; Sponseller et al., 2021) mentionnent l'importance de faire un lien avec l'employeur pour que la mère se sente bien lors de son retour au travail.

Pour voir l'ensemble des interventions possibles recensées, voir la figure 8. Afin de savoir quels sont les auteurs ayant inspiré les différents concepts, se référer au tableau 2.

Tableau 2. *Auteurs ayant inspiré les différentes catégories de la schématisation*

Catégories de la schématisation		Auteurs
Personne	Interventions A/N physiques	(Abbasi et Van de Akker, 2015); (Beech et al., 2020); (Fernandes, 2018); (Srisopa et Lucas, 2021); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016)
	Interventions A/N psychologiques	(Acharya, 2014); (Ahn et al., 2021); (Beech et al., 2020); (Evans et al., 2017); (Fernandes et al., 2020); (Fernandes, 2018); (Hodgkinson et al., 2014); (Korzeniewski et al., 2019); (Rallis et al., 2014) (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016)
	Interventions A/N des habitudes	(Evans et al., 2017); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016); (Sponseller et al., 2021)
Environnement		(Abbasi et Van de Akker, 2015); (Acharya, 2014); (Ahn et al., 2021); (Fernandes, 2018); (Hodgkinson et al., 2014); (Korzeniewski et al., 2019); (Rallis et al., 2014); (Srisopa et Lucas, 2021); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016); (Sponseller et al., 2021)
Agir	Rôle de mères	(Beech et al., 2020); (Boorman et al., 2019); (Evans et al., 2017); (Fernandes, 2018); (Sky et al., 2021) (Slootjes et al., 2016)
	Rôle de travailleuse	(Ahn et al., 2021); (Sponseller et al., 2021)
	Rôle de femme	(Evans et al., 2017); (Sky et al., 2021); (Slootjes et al., 2016); (Sponseller et al., 2021)

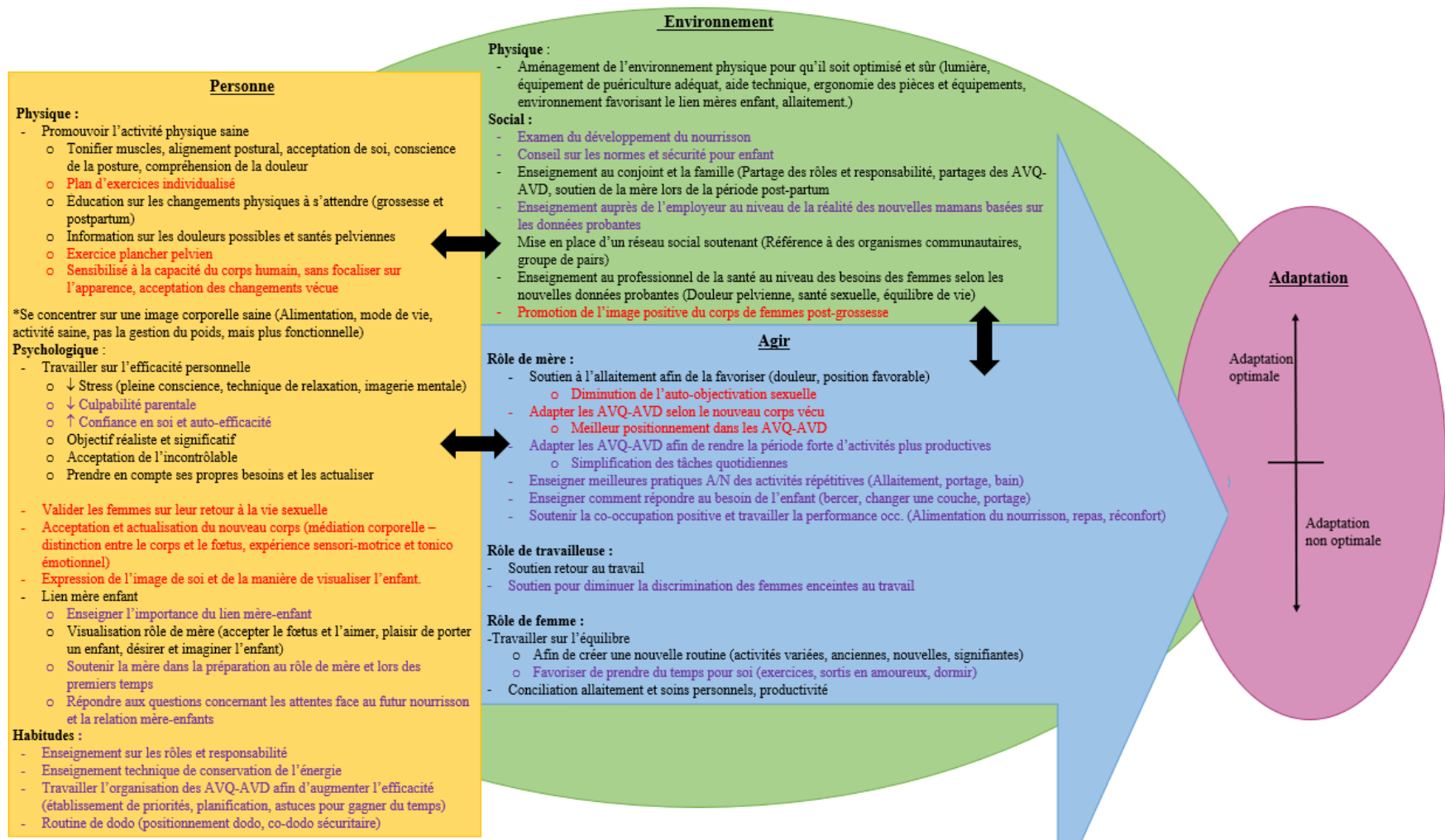


Figure 8. Schématisation théorique des interventions possibles auprès des femmes lors de la matrescence

6.3.Consultation de parties prenantes

Au total, 21 personnes ont démontré de l'intérêt à participer à la consultation. Des 21 personnes, 11 (10 femmes et 1 homme) ont participé aux groupes de discussion. Sur ces 11 personnes tous étaient parents et la majorité avait une double expertise, soit expérientielle et clinique. Les groupes parties prenantes étaient composés de sexologues, sage-femme, responsable d'une maison de naissance, physiothérapeute périnéale, intervenante sociale, accompagnantes à la naissance et des ergothérapeutes intéressés par une future pratique et/ou travail de recherche auprès de cette clientèle.

6.3.1. Résultats de la consultation des parties prenantes

La consultation des parties prenantes a permis de valider et bonifier les schématisations effectuées à partir de la revue de littérature. D'abord, les parties prenantes ont validé et bonifié la schématisation des changements vécus par les femmes. Par la suite, une discussion sur les changements les plus importants et les interventions à prioriser a eu lieu. Suivant la discussion, la schématisation des interventions possibles a été présentée afin d'obtenir des commentaires. Finalement, une discussion sur les différents obstacles à la réalisation des interventions a été effectuée

6.3.1.1. Éléments à ajouter concernant les changements

Lors des groupes de discussion, les parties prenantes ont confirmé que les éléments présents étaient pertinents et représentatifs de la réalité des nouvelles mères. Par ailleurs, ils ont mentionné l'importance d'ajouter certains éléments non recensés dans la revue de littérature et d'approfondir certains termes afin de permettre une vision plus réelle et sans jugement de la maternité.

Tableau 3. *Éléments importants à ajouter : changements vécus chez les femmes*

	Ajout	Explication
Personne	Partage du corps	Le corps n'appartient plus à la femme, mais à la société (Sentiment d'être trop touché par les autres). Partage du corps avec le fœtus (Sensation du fœtus, parfois non appréciée par les femmes). Possible sentiment de vide suite à 40 semaines de cohabitation.
	Modification des hormones	Mettre l'accent aussi au niveau des changements que cela amène au niveau émotionnel. Plusieurs émotions plus difficiles à contrôler. Plus grande connexion avec les émotions. Plus en mesure de comprendre les autres personnes au niveau émotionnel.
	Changement physique et cognitif	Mettre plus d'accent sur les différents changements au niveau physique : fuites urinaires, pression, douleur musculo-pelvienne, digestion, constipation et au niveau cognitif : l'attention moindre, distraction/oubli, difficulté à planifier, sentiment d'être disparate
	Restriction d'activité	Restrictions au niveau des activités physiques (pas de contact, pas de saut), crainte de perdre le bébé si elles font du sport.
	Allaitement	Ajouter aux craintes de ne pas être à la hauteur, puisque grande pression sociale au niveau de l'allaitement Sentiment d'échec si pas en mesure d'allaiter
	Anticipation du futur	Au niveau de l'accouchement : crainte de la déchirure, crainte de faire une selle pendant l'accouchement, accouchement sans péridurale. Au niveau du nourrisson : bébé va faire ses nuits, il va boire aux seins, attentes/anticipation envers le bébé (bébé imaginé vs réel)
	Violences obstétricales	Important de le mentionner puisque cela est une réalité fréquente. Ne pas prendre en compte les souhaits des mères et autres.
Environnement	Choix des nouvelles mères	Jugement des autres mères, surtout si le nourrisson a un retard de développement. Pression de tout savoir, même démonstration de la part des professionnels. Pression au niveau des réseaux sociaux (comparaison entre les mères)
	Isolement/ Solitude	Les mères sont alors seules avec le bébé dans la majorité du temps (Famille nucléaire). L'entourage prend soin de la mère lors de la grossesse pour protéger le bébé. Lorsque le bébé naît, l'attention est portée sur le bébé (tout le monde peut te dire quoi faire).
	Environnement physique	Au niveau de l'environnement, il ne faut pas passer outre les changements au niveau de l'environnement physique, tels que chambre d'enfant, mesure de sécurité supplémentaire, jouet pour enfant.
	Création du lien mère enfant	Ajouter que parfois difficulté d'attachement avec le bébé. Si bébé en santé, souvent peu de reconnaissance au niveau des accouchements difficiles ou grossesses difficiles. Les mères peuvent alors en vouloir à l'enfant.
	Dynamique de couple	Compromis au niveau de règles pour élever l'enfant, quel parent va transmettre quelles valeurs, division des tâches, l'éducation qui diffère avec le conjoint
Agir	Ajout de différents rôles	Les parties prenantes ont mentionné que tous les rôles d'une femme sont modifiés suite à l'arrivée d'un enfant incluant celui d'amis, de filles/belle-fille. Au niveau des amis, plus difficile de garder contact avec les personnes qui n'ont pas d'enfant. Aussi, de nouveau rôle à se créer. Elle mentionnait que les femmes deviennent des « médecins, des cuisinières, etc. »
	Dynamique de couple	Changement au niveau du temps passé ensemble : intimité, moins de moment seulement en couple, besoin d'un moment seul, discussion avec le conjoint, complicité.
	Finance	Coût supplémentaire donc changements au niveau du budget
	Rôle de travailleuse	Changement de priorités, strict sur l'horaire à cause des enfants, manque de place en garderie qui change alors les priorités, parfois changement de domaine
	Temps pour soi	Moins de moments seuls puisque le bébé est souvent avec la mère. Le père sort faire des activités seules, mais la mère toujours avec le bébé. Beaucoup moins de temps de sommeil et moins de temps pour s'alimenter

6.3.1.2. Priorisation des interventions auprès de la clientèle

Suite à la présentation de la schématisation des changements vécus par les femmes lors de la transition vers la maternité, la question de la priorisation a été abordée. Le but de cette étape était de faire ressortir les changements et/ou la difficulté les plus importants chez les nouvelles mères, afin de vérifier si des interventions sont recensées à ce sujet et s'il y a des interventions déjà mises en place afin d'aider les femmes. Les parties prenantes ont fait ressortir plusieurs concepts tels que de vivre à l'extérieur de leur rôle de mère, adapter l'environnement social, et plusieurs autres. Cependant, trois grands concepts ont été mentionnés à prioriser soit 1) préparer le post-partum avant l'accouchement ; 2) Réfléchir au filet social avant l'accouchement ; 3) Travailler la confiance en soi. Ces trois grands concepts sont à prioriser toujours en gardant une approche holistique.

Tableau 4. *Grands concepts à prioriser lors des interventions en périnatalité*

Concepts à prioriser	Explication
Préparer le post-partum avant l'accouchement	Les parties prenantes ont mentionné que la période après l'accouchement est très difficile pour les nouvelles mamans. De plus, lors des cours prénataux, l'accent est beaucoup mis sur l'accouchement et très peu sur la période post-partum. Il serait alors pertinent de parler davantage de post-partum et pré-partum. Pour se faire, des discussions avec des mamans, l'explication de la co-occupation et des trucs pour faciliter ceux-ci sont à prévoir avant l'accouchement. Il est pertinent de faire l'enseignement avant l'arrivée du nouveau-né afin que la mère soit plus préparée à cette nouvelle réalité (préparation de repas à l'avance). Dans le même ordre d'idée, l'enseignement approfondi au niveau de l'anatomie du plancher pelvien/support des organes et l'impact possible au niveau des relations sexuelles permettra de prendre de meilleures décisions éclairées en post-partum. En sommes, il est important d'agir en prévention et de s'informer tôt dans le processus du vécu psychologique des femmes afin de normaliser les effets/changements possibles. Parler davantage du quatrième trimestre.
Réfléchir au filet social avant l'accouchement	Comme mentionné ci-dessus, la période suite à l'accouchement est très difficile et le soutien social est primordial afin de faciliter l'adaptation à ce changement. Cependant, il peut être difficile de choisir les bonnes personnes avec qui s'entourer et de chercher de l'aide le moment venu. Les parties prenantes ont mentionné qu'il est très pertinent de penser au filet social avant l'accouchement. Voir à qui nous pouvons déléguer des tâches, à qui il est possible de faire confiance, qu'elle ressource peut donner des renseignements clairs et justes. Trouver les meilleures ressources selon les besoins de la femme.
Travailler la confiance en soi	Avec les pressions et attentes sociétale, conjugale, personnelle en plus des réseaux sociaux et de tous les sites internet mentionnant quoi faire pour bien s'occuper d'un nourrisson, il est plus difficile pour les femmes de faire confiance à leur propre jugement (sentiment d'efficacité personnel). Il est important pour les femmes de se détacher et de faire confiance en ses choix et dans le rôle qu'elle décide de prendre. Ceci permettra aux nouvelles mères de mieux vivre leur maternité.

6.3.1.3. Éléments à ajouter concernant les interventions

Lors des groupes de discussions, les parties prenantes ont confirmé que les éléments présents au niveau des interventions étaient pertinents et représentatifs. Ils ont souhaité ajouter des éléments spécifiques non recensés dans la littérature afin de préciser les interventions déjà illustrés dans la schématisation. Le tableau 4 illustre les commentaires des parties prenantes .

Tableau 5. *Éléments importants à ajouter : interventions possibles auprès de la clientèle*

	Ajout	Explication
Personne	Travailler les symptômes dépressifs	Les parties prenantes ont mentionné que les nouvelles mères ont très peu de temps. Il est donc à prioriser de petits exercices rapides et efficaces. Par exemple, des exercices de gestions du stress qui prend peu de temps et de même pour des exercices de conservation de l'énergie
	Sensibiliser aux activités répétitives et à l'impact sur le corps	Importance de mentionner l'impact que peuvent avoir sur les corps de différentes activités répétitives et mentionner la possibilité de douleur chronique. Importance de prévenir au niveau des descentes d'organe et du même coup enseigner de meilleures pratiques pour éviter la baisse d'organe
	Valider les sentiments/pensées de la femme	Importance de valider les sentiments/émotions/pensées des nouvelles mères. Au niveau de la sexualité : Libido qui change, valider les attentes et les différences de la personne (mentionner les changements dans le désir, les types de désirs)
	Aider les femmes à se faire confiance	Apprendre à s'affirmer et à demander de l'aide
	Accepter l'incontrôlable	Accepter la fatigue comme un état temporaire, apprendre à faire avec moins d'énergie (attention partagée en continu), normaliser la fatigue chez la nouvelle mère
Environnement	Accompagner la mère afin de créer un village autour de l'enfant	Nommer ses besoins, attentes au niveau du village en prénatal pour qu'il le fasse en postnatal sans avoir besoin de « demander de l'aide ». Normaliser et apprendre à recevoir de l'aide (aller chercher de l'aide surtout pour AVD, les relevailles, organisme communautaire) apprendre à saisir les gens, à qui faire confiance.
	Créer un lien avec l'enfant différemment qu'avec l'allaitement	Moment privilégié avec l'enfant, sans faire de tâches productives
	Travailler les relations au niveau du couple	Prendre du temps ensemble, valider les besoins de l'autre. Apprentissage à s'occuper d'un bébé à deux (conjuguer des valeurs différentes)
Agir	Concilier travail-famille	Transition travail versus congé avec bébé (voir l'horaire de la journée), car plusieurs choix d'occupations. Très peu de ressources à part CNESST pour aider la femme au retour au travail. Enseignement à l'employeur A/N des priorités des femmes suite à l'accouchement. Avoir un horaire modifiable.
	Installer une nouvelle routine	Routine avec bébé, avec activité pour la femme et réaliste avec les intérêts de la personne (adaptation des occupations : ex : Adaptation d'un entraînement avec l'enfant) Apprendre des nouveaux loisirs avec enfant, oser. Promotion aux activités physiques faites avant, mes activités signifiantes. Coffre à outils avec conseils de mères.
	Aborder l'aspect financier	Éducation sur dépenses à prévoir, plus de congé donc moins de revenu. Achat des différents équipements de puériculture.

6.3.1.4. Enjeu au niveau de la faisabilité relevé par les parties prenantes

Lors de la discussion sur les différentes interventions possibles auprès de la clientèle en périnatalité, les parties prenantes ont mentionné divers enjeux au niveau de notre système de santé faisant en sorte qu'il est plus difficile de répondre aux besoins de la clientèle. Les parties prenantes ont aussi fait des recommandations afin de rendre les services plus adaptés.

Premièrement, le réseau de santé actuel focalise ses interventions au niveau de la santé physique, délaissant ainsi, le volet psychologique et les besoins d'adaptation des femmes à ce niveau. Le défi est d'autant plus grand que la santé mentale et la santé physique sont actuellement travaillées par des professionnels de la santé différents. De plus, les services offerts par les divers professionnels de la santé (physiothérapeutes, ergothérapeutes, sexologues) ne sont pas adaptés au nouveau rôle des mères. Par exemple, les cliniques sont majoritairement ouvertes de 8 h à 17 h, des frais d'annulation sont souvent présents et certains professionnels refusent la présence d'enfants. Ces critères ajoutent une pression supplémentaire aux nouvelles mères qui doivent trouver une gardienne, parfois même annuler des suivis en raison de la difficulté à gérer les imprévus et payer des frais d'annulation. Il est important de noter que lorsque cet enjeu a été abordé, certains professionnels ont réagi fortement en mentionnant leur étonnement face à cette situation. Certains ont mentionné ne jamais avoir pensé à cette pression auparavant et qu'ils réalisaient maintenant l'impact de ses politiques sur les femmes.

Deuxièmement, les parties prenantes ont mentionné qu'il était difficile d'aller chercher les pères, de les inclure dans le processus de rendez-vous. Par exemple, les mères sont les personnes qui vont le plus souvent aux rendez-vous médicaux et/ou de réadaptation avec les nouveau-nés. Sans même le vouloir, les professionnels de la santé ajoutent de la charge mentale aux mères avec l'enseignement des différentes techniques à utiliser et/ou exercices à faire. La mère est la seule à obtenir l'information et doit la partager aux restes de son entourage. Suite à cette discussion, une professionnelle présente a proposé de faire un résumé ou une vidéo, et de les envoyer par courriel aux deux parents afin de diminuer le besoin et le temps d'enseignement ainsi que la charge mentale des femmes.

Troisièmement, les choix des mères ne sont pas toujours acceptés par le corps médical. Par exemple, une femme peut sentir un jugement de la part des professionnels de la santé si elle décide de faire de l'hypnose ou d'être accompagnée d'une accompagnante à la naissance lors de l'accouchement; même chose lorsqu'elle prend des décisions à l'égard de son nourrisson. Il a aussi été mentionné que le vécu de la mère n'est pas systématiquement pris en compte lors des différentes interventions soient lors de la grossesse, pendant l'accouchement et lors de la période post-partum. Concrètement, ceci signifie que les professionnels de la santé ne tentent pas de comprendre l'histoire de la femme, soit le contexte à l'origine de ses choix. Plusieurs parties prenantes ont mentionné l'importance de poser de questions aux mères et de comprendre l'histoire de vie de la femme afin de bien l'outiller et de la soutenir.

Comme dernière préoccupation, les parties prenantes ont mentionné que malgré la présence de plusieurs services offerts aux femmes à travers la province, plusieurs sont sous utilisés. Les différents services ne sont pas mis de l'avant (peu de femmes sont au courant des différents services offerts). Par exemple, des services de relevailles sont offert gratuitement dans plusieurs régions. Cependant, une partie prenante mentionnait qu'il y avait très peu de demande pour ce service.

6.3.2. Schématisation théorique bonifiée et finale

Suite à la consultation avec le groupe de parties prenantes, un travail de synthèse a été effectué. Le but de cette synthèse était de colliger l'ensemble des informations recueillies (autant via la revue de littérature que via les discussions avec les parties prenantes) afin d'obtenir une vue globale des changements vécus et des interventions possibles permettant de faciliter l'adaptation de la femme lors de la transition vers la maternité. La schématisation finale permet de répondre aux deux questions de recherche et de visualiser le tout dans une seule figure combinant les concepts des deux modèles présentés dans la partie cadre conceptuel soit le MOH et la définition de la transition de vie.

À l'horizontal, la schématisation finale présente, le concept de transition et d'adaptation de la personne à travers le temps de Schlossberg (2008). Les changements vécus par la femme sont situés au niveau de la première phase de la transition, les interventions possibles se retrouvent

quant à eux au niveau de la deuxième phase de la transition et le continuum de l'adaptation est représenté par la troisième et dernière phase de la transition. En effet, les écrits (Barclay, 2017) mentionnent que les intervenants ont plus d'impacts sur l'adaptation à la nouvelle réalité lorsqu'ils agissent lors de la deuxième phase de la transition. De plus, c'est au moment de la troisième phase de la transition qu'il est possible de faire le bilan de la transition et valider si la transition s'est bien résolue, d'où le positionnement du continuum de l'adaptation..

À la verticale, la schématisation présente le côté ergothérapique via l'inclusion du MOH dans le nouveau modèle. Les changements vécus et les interventions sont séparés selon la personne, l'environnement et les occupations (agir), qui sont tous interreliés par les flèches à la gauche du modèle. L'ergothérapie est aussi présente dans le fait qu'il est possible de voir l'évolution de la personne à travers les différentes actions qu'elle peut prendre. Les différents choix de la personne la mèneront ou non à l'adaptation à cette situation.

En ce qui a trait au contenu, l'ensemble des informations recueillies via les deux revues de littérature et via la consultation auprès des parties prenantes, a été inséré dans le tableau. Les informations en noir sont celles recueillies dans la littérature et les informations en rouge sont celles provenant des parties prenantes. La différence de couleur met l'accent sur la valeur ajoutée provenant de l'implication des parties prenantes dans cette étude. Ceci démontre l'importance d'impliquer des parties prenantes qui sont sur le terrain avant d'émettre une recommandation ou de prendre une décision relative à leur champ d'expertise respectif.

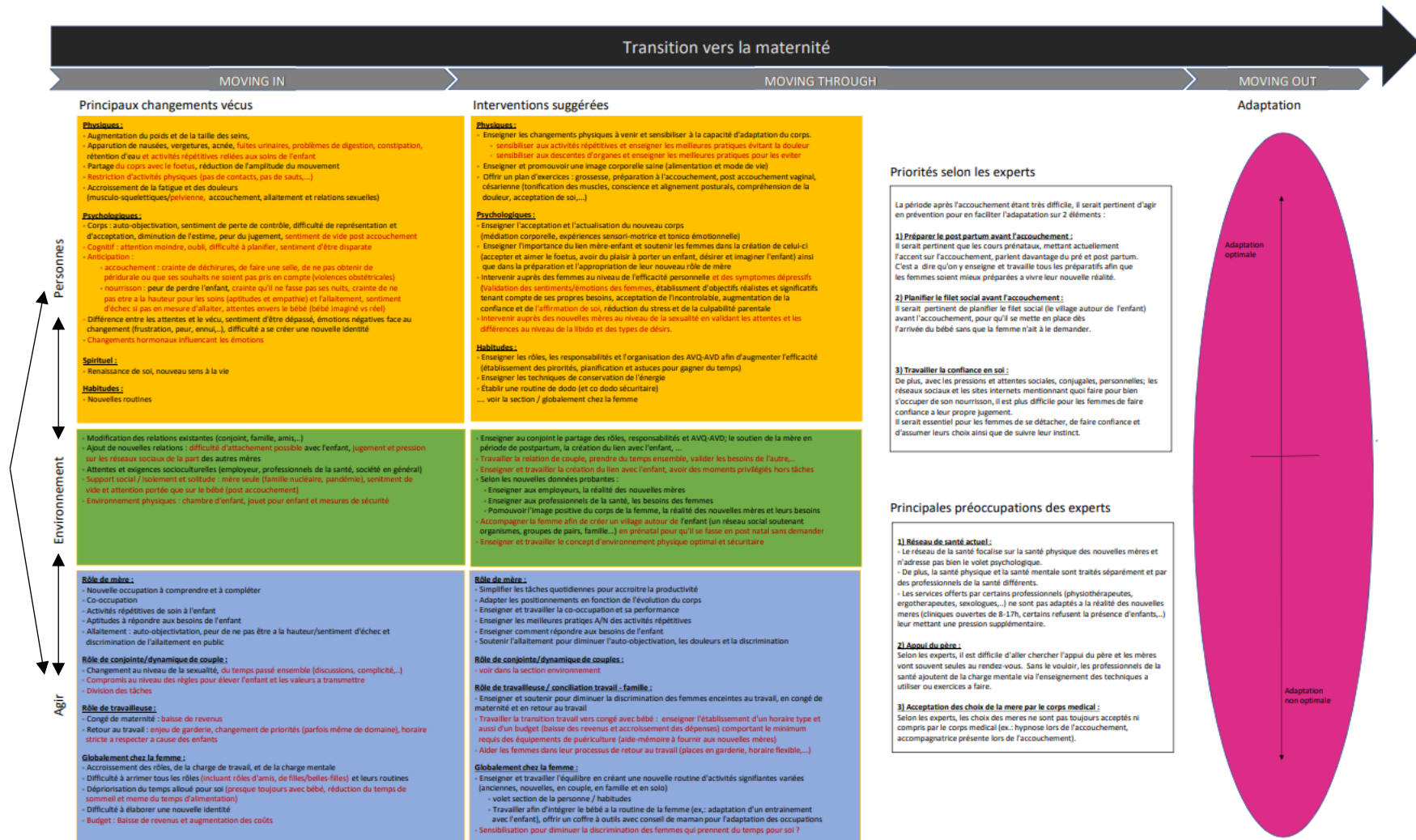


Figure 9. Schématisation de la transition vers la maternité avec un regard ergothérapique incluant les changements vécus et les interventions pour faciliter l'adaptation des femmes

7. DISCUSSION

7.1.Retour sur les objectifs

Cet essai de maîtrise contenait au total trois objectifs : deux objectifs principaux et un objectif secondaire. Le premier objectif qui était de documenter les changements de la transition vers la maternité chez la femme à l'aide d'une schématisation a été atteint. En effet, il a été possible de documenter les changements vécus à l'aide de l'analyse de la revue de littérature et de la bonification suivant la discussion avec les parties prenantes. Il est de même pour le deuxième objectif, soit celui de documenter les interventions possibles en ergothérapie permettant de répondre aux besoins d'adaptation des nouvelles mères en périnatalité en effectuant une schématisation. Il a été possible de documenter et de schématiser les interventions à l'aide de la revue de littérature et de la bonifier suivant la discussion avec les parties prenantes ; le tout afin de faciliter l'application des interventions auprès de la clientèle ciblée. Pour ce qui est de l'objectif secondaire qui était de sensibiliser et d'amener un groupe de parties prenantes à réfléchir sur l'importance d'un suivi global répondant aux besoins spécifiques des nouvelles mères dans une vision ergothérapique, il est, quant à lui, que partiellement atteint. Grâce aux activités de recrutement de parties prenantes, un gain de visibilité au niveau d'une approche globale pour les interventions en ergothérapie a été démontré. En effet, plus de 20 personnes ont pris contact et témoigné leur intérêt à travailler de manière globale avec les nouvelles mères. De plus, lors des groupes de parties prenantes, il a été possible d'exposer l'importance d'une approche globale auprès des nouvelles mères. Cependant, seulement un petit nombre de personnes ont eu accès à cette réflexion. La publication d'un article scientifique est donc à considérer afin de faire connaître cette vision à un plus grand nombre de personnes.

7.2.Discussion des résultats

Cette section présente la discussion des résultats obtenus. Les résultats issus de la revue de la littérature sont mis en relation avec les résultats issus des groupes de parties prenantes, en plus des données externes provenant de la littérature.

7.2.1. Changements vécus par les femmes

Il a été possible de démontrer à l'aide des données recueillies dans les résultats que les femmes vivent une multitude de changements sur plusieurs plans lors de la transition vers la maternité. Les données issues de la littérature ont fait ressortir que les femmes vivent des changements autant au niveau du corps qu'au niveau de leur rôle. La maternité amène la femme à se créer une nouvelle identité. D'autres écrits mentionnent que lors de la naissance d'un nourrisson, la naissance d'une mère, ce produit en même temps (Stern et Bruschweiler-Stern, 2014). Les changements vécus par les nouvelles mères sont grands et ont des impacts dans toutes les sphères de la femme, et ce de manière permanente. Les parties prenantes ont ajouté et fait ressortir l'impact de la maternité sur l'ensemble de l'environnement social de la femme. Ils ont ajouté la perte d'amis, le changement de relations avec les parents et les compromis à faire avec le conjoint qui perdureront. Il est possible d'affirmer que la femme est un être holistique et que la maternité amène des changements dans l'ensemble de ces sphères.

Les parties prenantes consultées et les différents écrits ont aussi amené le concept de complexité. Ils ont démontré que les différents changements dans les différentes catégories de la schématisation étaient interreliés et s'influençaient mutuellement. Dans le même ordre d'idées, l'interaction entre les différents concepts modifie la capacité d'adaptation de la mère et donc son avenir (Morel-Bracq, 2017). La maternité est une transition difficile surtout puisqu'un seul changement influence les autres composantes de la personne, de ses actions et de son environnement. De plus, un seul changement mène à une cascade de conséquences positives et/ou négatives (Schlossberg, 2008). Par exemple, les attentes de la société face au corps peuvent faire une pression chez la femme afin qu'elle retrouve un corps pré grossesse, ou générer de la honte face à son corps et provoquer un changement au niveau de ses activités physiques pouvant mener à des douleurs ou une distanciation de son environnement social, autant au niveau de ses amis que de son conjoint menant à de l'isolement. Avec cet exemple, il est possible de voir la multitude de conséquences engendrées par un changement dans la vie de la femme. Ces différents changements changent la vision qu'a la femme de son futur et aussi de la manière qu'elle s'adaptera à la nouvelle situation.

7.2.2. Interventions afin de répondre aux besoins des nouvelles mères

Après avoir statué que la femme est un être complexe et holistique, il est pertinent d'avoir une approche holistique dans les interventions. Les écrits retenus et les parties prenantes sont allés dans le même ordre d'idée (Acharya, 2014; Evans et al., 2017; Sky et al., 2021; Slootjes et al., 2016; Sponseller et al., 2021). Des écrits supplémentaires ont montré la valeur ajoutée d'avoir des interventions dites plus holistique auprès des nouvelles mères (Frigato et al., 2018; Podvey, 2018; Ets, 2018).

En effet, il est possible d'observer une pratique holistique dans les différentes interventions proposées dans la schématisation (voir figure 9). Les interventions recensées permettent de répondre à la majorité des changements et difficultés que peuvent vivre les nouvelles mères. Les interventions ciblées dans les écrits ont toutes été validées et mises de l'avant par les parties prenantes. Les parties prenantes ont ajouté une section au niveau du soutien lors du retour au travail, une composante qui était très peu ressortie lors de la revue de littérature. Les parties prenantes ont aussi explicité un bémol quant à l'utilisation des plans d'exercices et l'accent mis sur la perte de poids. Ils ont favorisé l'aspect de validation de la femme plutôt que la promotion de l'activité physique. Il est possible de remarquer que les lectures ont surtout énuméré des interventions possibles à faire auprès de la clientèle selon différents angles tandis que les parties prenantes ont mentionné la manière d'agir avec les femmes et de répondre à leur besoin. Par exemple, plusieurs écrits ont mentionné l'importance d'avoir un soutien au niveau de l'environnement social (Ahn et al., 2021 ; Hodgkinson et al., 2014; Prinds et al., 2014 ; Rallis et al., 2014 ; Srisopa et Lucas, 2021 ; Sky et al., 2021 ; Slootjes et al., 2016 ; Sponseller et al., 2021). En plus de le mentionner, les parties prenantes ont rapporté qu'il serait plus pertinent de créer le village en pré partum afin de faciliter le retour à la maison suite à l'accouchement. Les parties prenantes avaient toujours le souci de respecter les besoins des femmes.

Les parties prenantes ont mis de l'avant trois grandes priorités d'interventions auprès des nouvelles mères soit : 1) préparer le post-partum avant l'accouchement ; 2) réfléchir au filet social avant l'accouchement ; 3) travailler la confiance en soi. Voici ce qui a été recensé pour couvrir ces trois grandes priorités. Des étudiantes en ergothérapie ont élaboré un groupe prénatal comprenant plusieurs sujets relatant les difficultés vécues lors du post-partum et des trucs et astuces pour être

en mesure de s'y préparer (Lillibridge et al., 2021). Aucun article n'a cependant été publié quant aux retombées de ce programme. Certaines parties prenantes travaillant dans des cliniques privées m'ont mentionné offrir des cours prénataux répondant aux besoins postnataux des nouvelles mères. De plus, le livre *le mois d'or, bien vivre le premier mois après l'accouchement* (Chadelat et Mahé-Poulin, 2021) a été conseillé afin de préparer les femmes à la période postnatale. Il est pertinent de remarquer que ces trois priorités d'interventions sont scientifiquement prouvées comme étant nécessaires et aidant pour les nouvelles mères et que malgré tout, elles sont peu promues et très rarement offertes par les différents organismes et professionnels de la santé, donc non accessible au grand public.

Il a aussi été possible d'observer que chaque intervention peut permettre de faire des changements importants sur plusieurs sphères de la personne en simultanée. En effet, une intervention faite sur l'environnement social de la personne aura un impact sur l'environnement social, mais pourrait aussi avoir de l'influence sur la personne et sur ses actions. Une simple intervention peut avoir un impact positif important sur l'adaptation de la personne. Ces résultats sont très pertinents puisqu'ils sont validés par la théorie émise par l'auteur du MOH (Taylor, 2017). En effet, l'auteur du modèle met de l'avant l'interaction dynamique entre les catégories du modèle (Taylor, 2017). Il propose alors qu'une intervention faite sur l'une des catégories du modèle permette de modifier l'équilibre d'une personne. Cet équilibre, lorsqu'elle correspond à ce que la personne souhaite, est synonyme d'adaptation. Ceci exprime à quel point le modèle choisi permet de faire des liens entre la transition vers la maternité et l'ergothérapie.

7.3. Besoins de la femme vs services actuellement offerts

Selon la littérature recensée et l'avis des parties prenantes, les femmes mentionnent avoir le besoin de se sentir outillées, écoutées et rassurées (Srisopa et Lucas, 2021 ; Korzeniewski et al., 2014). Les femmes souhaitent aussi qu'il y ait moins de stigmatisation au niveau du corps et être plus supporté par leur environnement social incluant les professionnels de la santé (Srisopa et Lucas, 2021 ; Korzeniewski et al., 2014). Finalement, les femmes souhaitent avoir plus de conseils, autant des professionnels de la santé que des mères ayant plus d'expériences. Les parties prenantes ont ajouté et ont mis de l'avant l'importance d'avoir des interventions combinant la santé mentale et la santé physique.

Les services offerts en postpartum aux nouvelles mères répondent à très peu de leurs besoins. En effet, l'approche biomédicale mise de l'avant dans le réseau de santé ne permet pas aux intervenants de travailler avec la mère afin que celle-ci puisse avoir une adaptation optimale de sa transition vers la maternité. De plus, les services offerts portent majoritairement sur les orientations prises par le gouvernement en collaboration avec les instances de santé (vaccinations des enfants, allaitement, diminution des complications médicales, etc.) et non sur les besoins des mères (Prind et al.). Les parties prenantes ont d'ailleurs mentionné plusieurs obstacles aux interventions pouvant répondre aux besoins des nouvelles mères. Le suivi postnatal, un des seuls services offerts d'emblée à toutes, n'est pas étalé sur une assez longue période dans le temps pour voir les mères évoluer dans leur postpartum. Il est important cependant de mentionner qu'il est ressorti que certaines mères ont été beaucoup rassurées par la visite de l'infirmière à la maison. De plus, il est à noter, que malgré la politique mise en place, les services de suivis postnataux « ne sont pas offerts systématiquement dans toutes les régions, bien qu'ils soient parfois modulés dans les différents établissements en fonction de divers paramètres (allaitement, parité, etc.). » (MSSS, 2020)

Aussi, plusieurs lectures portant sur le post-partum sont disponibles, soit dans le guide *mieux vivre avec son enfant de 0 à 2 ans* et sur les différents sites internet de l'INSPQ. Il peut être difficile pour certaines personnes dépendamment du niveau de littératie de retrouver l'information recherchée et de valider la pertinence des informations.

Les parties prenantes ont par ailleurs démontré que plusieurs ressources communautaires étaient mises à disposition des mères et que les services, souvent gratuits, répondent à un éventail de besoins nommés par les nouvelles mères. Cependant, très peu de nouvelles mères utilisent les services, les parties prenantes mentionnant l'enjeu de visibilité des organismes communautaires en périnatalité.

De ce fait, il est possible de conclure que plusieurs services sont offerts aux femmes afin de les assister dans leur transition vers la maternité. Cependant, il est possible de dire que les outils afin de promouvoir les différents services ne sont pas bien utilisés.

7.4. Comparaison des modèles discutant de la maternité et de l'ergothérapie

Lors de l'écriture de cet essai de maîtrise, une thèse doctorale discutant de la transition vers la maternité et la place de l'ergothérapie est parue. Celle-ci présentait un nouveau modèle nommé le *The person-centered occupational model of Matrescence* (POMM) (Slootjes, 2021). Il a donc été intéressant de comparer le modèle sorti en décembre 2021 et celui présenté dans ce projet. (Voir figure 10)

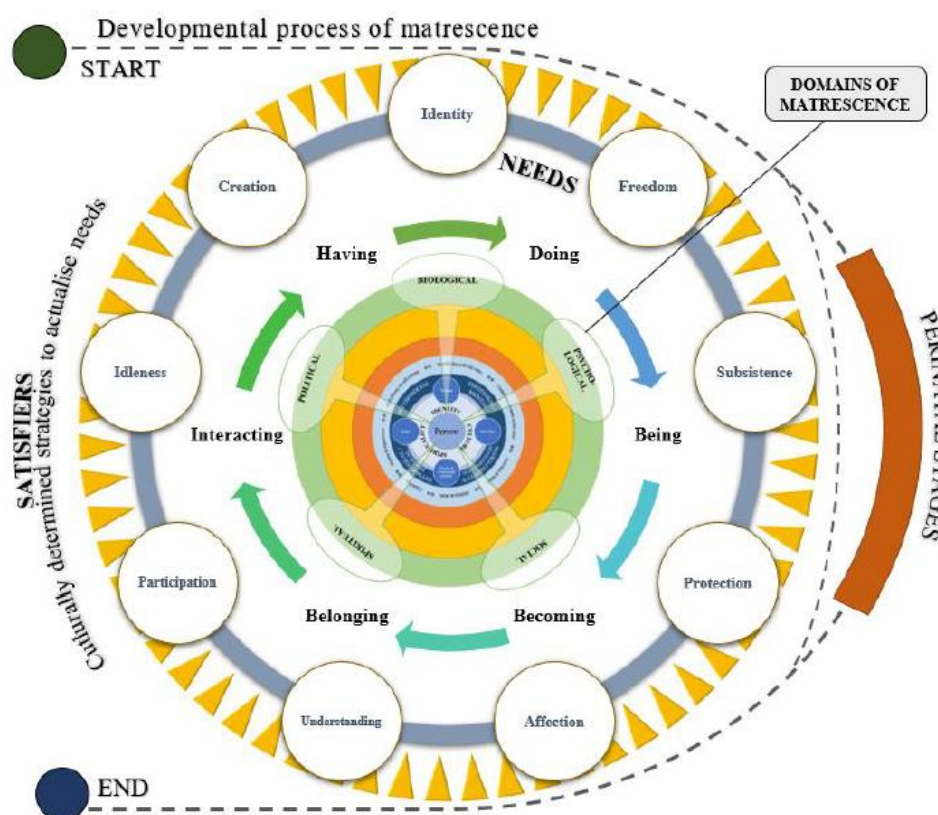


Figure 10. Modèle proposé dans le cadre de la thèse doctorale de Dr. Slootjes :The Person-centered Occupational Model of Matrescence (POMM) (slootjes, 2021)

D'une part, les deux modèles proposés ont certaines ressemblances. En effet, les deux modèles proposent une vision longitudinale et évolutive de la matrescence. Dans le même ordre d'idées, tout comme proposé dans le cadre de cet essai, le modèle présenté ci-dessus prend en

compte la période prénatale et postnatale. Finalement les deux modèles prennent en compte la personne, ses occupations et son environnement.

D'autre part, certains aspects différencient les modèles. Premièrement, malgré que les deux modèles prennent en compte autant la personne, ses occupations et son environnement, le POMM a utilisé le modèle ergothérapique personne-environnement-occupation (PEO), tandis que le modèle utilisé dans le cadre de cet essai est le MOH. La majeure différence entre les deux modèles est que le PEO correspond davantage à une photo dans le temps tandis que le MOH est un modèle montrant l'évolution de la personne. Deuxièmement, le POMM est un modèle plus théorique n'incluant pas d'exemple concret des différents changements vécus et les interventions possibles. Cependant, il est plus complet que le modèle proposé dans cet essai mettant les besoins de la femme de l'avant.

7.5.Place de l'ergothérapie afin d'aider les femmes

Comme mentionné plus tôt dans cette étude, l'ergothérapie est une profession avec vision holistique de la personne et centrée sur le client. Plusieurs études recensées pour ce projet et plusieurs autres dans la littérature (Slootjes et al., 2016; Ferigato et al., 2018; Sponseller et al., 2021; sky et al., 2021; Korzeniewski et al., 2019) mentionnent la pertinence de la profession et montrent les évidences scientifiques en ce qui à trait aux services que peuvent offrir les ergothérapeutes aux nouvelles mères. Les interventions proposées dans les écrits sont validées avec les données probantes, montrant l'importance des ergothérapeutes auprès de la clientèle. Le modèle *The person-centered occupational model of Matrescence* (POMM) (Slootjes, 2021) a même été créé afin de bien voir l'impact positif que peut avoir l'ergothérapie sur les nouvelles mères. Dans le même ordre d'idées, les modèles théoriques utilisés en ergothérapie, tel que le MOH s'applique bien aux transitions, dont celle de la maternité permettant autant d'analyser la situation de manière globale que d'intervenir auprès de la cliente.

Cependant, dans un contexte où les femmes ne reçoivent pas les services appropriés, qu'elles vivent une détresse et/ou la pénurie de main-d'œuvre est présente dans le réseau de la santé, il est pertinent de pousser plus loin la réflexion et de s'intéresser concrètement aux mères et aux services offerts aux femmes. Avant de mettre de l'avant une profession particulière, il est

important de s'intéresser aux besoins des femmes et de promouvoir un accès facile et rapide à des services globaux répondant à leurs besoins. Les parties prenantes présentes lors des groupes de discussion ont aussi fait ressortir ce point. En effet, peu importe le professionnel, l'important au niveau des interventions est de soutenir la transition. Dans les faits, aucune profession à une activité réservée quant à la thérapie auprès des nouvelles mères afin de les soutenir dans cette transition.

À ce sujet, la place de l'ergothérapie dans cette situation serait de faire de l'advocacy (plaider/représenter) pour les femmes vivant cette transition auprès des différents organismes afin que les femmes aient des services répondant à leur besoin, quel que soit le professionnel. Maîtrisant le rôle d'agent de changement (compétence clé de l'ergothérapeute) (Association canadienne des ergothérapeutes [ACE], 2012), les ergothérapeutes pourraient utiliser leur expertise afin de promouvoir l'importance des interventions plus globales auprès des nouvelles mères. Les ergothérapeutes ont l'expertise pour mentionner l'importance d'avoir une approche centrée sur les besoins de ces personnes afin de faciliter la réalisation de leur occupation au quotidien. Pour ce faire, les ergothérapeutes peuvent revendiquer avec les clients et/ou au nom de ceux-ci auprès des instances gouvernementales et communautaires. Le but de ses revendications est d'améliorer l'accessibilité et la complémentarité des services (ACE, 2012). Il serait alors pertinent d'établir un pont entre les organismes communautaires offrant beaucoup de services peu connus et le réseau de la santé qui rencontre toutes les nouvelles mères. Avec les différentes affirmations faites dans cette étude, il serait pertinent d'orienter vers les organismes communautaires et de rester à l'affût des besoins évolutifs de cette clientèle.

7.6. Forces et limites de l'étude

Cette étude, réalisée dans le cadre de la maîtrise en ergothérapie, contient des forces et de limite. Premièrement, l'étude s'est concentrée seulement sur la mère. Ce qui fait en sorte que l'expérience vécue du partenaire n'a pas été prise en compte. L'expérience du partenaire a un impact important sur le soutien qu'il peut amener à la nouvelle mère. Cependant, un homme a fait partie d'un des groupes de parties prenantes, ce qui a permis d'avoir une vision plus variée de l'environnement social des femmes et de faire voir ce que peut vivre le conjoint lors de la transition vers la maternité.

Sur 21 personnes ayant mentionné leur intérêt, seulement onze ont participé aux groupes de parties prenantes (les entrevues ayant été effectuées lors des deux semaines de la construction au Québec, soit entre le 27 juillet et le 4 août). Malgré le petit échantillon de parties prenantes, plusieurs types de parties prenantes étaient représentées, offrant une vision plus globale et juste de la situation. Notons aussi que toutes les parties prenantes présentes étaient aussi des parents. En plus d'une vision professionnelle, les parties prenantes étaient en mesure de faire des liens avec leurs propres vécus. Toujours au niveau du groupe de parties prenantes, il a été observé que les parties prenantes ayant des connaissances plus techniques prenaient davantage la place que les personnes ayant des connaissances au niveau expérientielles. Il a donc été plus difficile d'aller rechercher le vécu plus subjectif des nouvelles mères.

Aussi, il est possible de dire que la recherche n'a pas une grande validité interne puisque le projet ne comportait pas de revues exhaustives de la littérature et que certains des articles avaient un niveau d'évidence faible. Cependant, les informations recueillies lors de la revue de littératures ont été confirmées auprès des parties prenantes qui travaillent sur le terrain. Finalement, il a été possible de comparer les résultats d'étude avec une thèse doctorale publiée en 2021 ayant comme méthodologie une revue exhaustive de la littérature.

7.7.Retombée de l'étude

Cette étude présente plusieurs retombées possibles, et ce autant au niveau social, clinique qu'au niveau de la recherche. En ce qui a trait au retombé social, cette étude a permis de démontrer la complexité des changements vécus par les femmes lors de la transition vers la maternité ainsi que les différents besoins qu'elles ont. Cette étude pourrait permettre aux femmes de bénéficier de services plus adaptés et répondant à tous leurs besoins. Au niveau clinique, l'étude a permis de rassembler une multitude d'interventions possibles qui permettra aux professionnels d'appuyer leur pratique avec des données probantes. Cette étude a déjà permis de sensibiliser quelques les professionnels de la santé à une approche plus globale auprès des nouvelles mères et mobiliser les intervenants voulant travailler auprès de cette clientèle. Finalement au niveau de la recherche, cette étude a permis de valider des données obtenues dans d'autres recherches et de renforcer la validité des recherches précédentes.

8. CONCLUSION

En conclusion, cette étude a permis de mieux comprendre les différents changements que vivent les femmes au cours de la transition vers la maternité et les interventions possibles permettant de répondre aux besoins d'adaptation des nouvelles mères.

Les changements touchent toutes les composantes de la personne tels que son physique, ses pensées, son entourage et ses occupations. Les changements sont tous interreliés et auront un impact sur l'adaptation de la femme à sa nouvelle situation. À ce sujet, les parties prenantes ont fait ressortir l'impact important de la perte/modifications de relations significatives pouvant mener à l'isolement. Il est de même en ce qui a trait aux attentes et exigences de la société envers la femme. À la lumière des différents énoncés décrits ci-dessus, il est possible de dire que la femme est un être holistique et complexe. En ce qui concerne les interventions, les parties prenantes ont fait ressortir l'importance de valider et de travailler la confiance des nouvelles mères. Les parties prenantes ont aussi mentionné l'importance de mieux préparer les femmes à la période post-partum et de créer un village autour des mères afin qu'elles soient en mesure de mieux s'adapter. Actuellement, il a été possible de conclure que les interventions proposées sont axées sur le biomédical et ne répondent pas aux besoins des femmes. Les femmes ont besoin d'une approche globale incluant des interventions concernant la santé mentale et la santé physique. La recherche démontre que plusieurs interventions sont possibles afin de répondre à ces besoins, et ce avec une vision globale de la personne. Il est donc important et dans le rôle des différents professionnels de la santé de promouvoir le besoin de ces personnes vulnérables.

Dans cette étude, les changements vécus par les proches n'ont pas été abordés. De ce fait, il pourrait être intéressant qu'une future étude s'intéresse aux changements vécus par les pères. Les hommes d'aujourd'hui sont une des premières générations de pères impliqués dans l'éducation des enfants. Aussi, lors de cette étude, il a été possible de remarquer un certain engouement de la part des différents professionnels au niveau de la périnatalité. Il pourrait être pertinent de se pencher sur une offre de services/ guide pour intervenant basé sur les données probantes. Ceci permettrait aux professionnels de la santé d'avoir un référent incluant des données fiables et d'avoir un point d'ancrage afin de promouvoir l'importance d'un suivi global auprès des institutions gouvernementales.

LISTE DE RÉFÉRENCES

- Abbasi, M. et van den Akker, O. (2015). A systematic review of changes in women's physical activity before and during pregnancy and the postnatal period. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 33(4), 325-358. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1012710>
- Acharya, V. (2014). Preparing for motherhood: a role for occupational therapy. *WFOT Bulletin*, 70(1), 16-17. <https://doi.org/10.1179/otb.2014.70.1.005>
- Afflerback, S., Anthony, A. K., Carter, S. K. et Grauerholz, L. (2014). Consumption Rituals in the Transition to Motherhood. *Gender Issues*, 31(1), 1-20. <https://doi.org/10.1007/s12147-014-9115-0>
- Ahn, J.-A., Roh, E. H., Kim, T., Lee, J. H. et Song, J.-E. (2021). Maternal adaptation of working mothers with infants or toddlers in South Korea: a systematic review. *BMC women's health*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01357-7>
- Association canadienne des ergothérapeutes [ACE]. (2012). *Profils de la pratique des ergothérapeutes au Canada*.
- Azcué, M. et Tain, L. (2021). L'émergence du concept de « violence obstétricale » : l'impact du mouvement féministe. *Santé Publique*, 33(5), 635-643. <https://doi.org/10.3917/spub.215.0635>
- Barclay, S. R. (2017). Schlossberg's transition Theory. Dans W. K. D.-W. Killam, Suzanne (dir.), *College Student Development: Applying theory to practice on the diverse campus* (1^e éd., vol. 1, p. 23-34). Springer Publishing Compagny.
- Beech, O. D., Kaufmann, L. et Anderson, J. (2020). A systematic literature review exploring objectification and motherhood. *Psychology of Women Quarterly*, 44(4), 521-538. <https://doi.org/10.1177/0361684320949810>
- Boorman, R. J., Creed, D. K., Fenwick, J. et Muurlink, O. (2019). Empathy in pregnant women and new mothers: a systematic literature review. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 37(1), 84-103. <https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1525695>
- Boyd, D. R., Bee, H. L., Andrews, J., Lord, C., Gosselin, F. o. et Boyd, D. R. (2017). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain* (5^e édition. ^e éd.). Pearson ;.
- Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-centre- du-Québec (2022). Services avant et après la naissance. <https://ciusssmcq.ca/soins-et-services/soins-et-services-offerts/grossesse-et-nouveau-ne/services-avant-et-apres-la-naissance/#:~:text=%C3%80%20partir%20de%20la%2010,consultez%20la%20section%20sages%2Dfemmes>.
- Ets, K. (2018). It takes a village to raise a child: How occupational therapists can support new mothers. *Occupational Therapy Now*, 20(3), 21-22. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=129606583&site=ehost-live>

- Evans, K. L., Girdler, S. J., Falkmer, T., Richmond, J. E., Wagman, P., Millsteed, J. et Falkmer, M. (2017). Viewpoints of working sandwich generation women and occupational therapists on role balance strategies. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(5), 366-382. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1250814>
- Ferigato, S. H., Silva, C. R. et Ambrosio, L. (2018). Corporality of pregnant women and occupational therapy: possible actions in the Primary Health Care. *Brazilian Journal of Occupational Therapy / Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(4), 768-783. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1173>
- Fernandes, J., Marmeleira, J. et Gutierrez Filho, P. (2020). Body-mediated intervention with pregnant women: guidelines and fundamentals. *Brazilian Journal of Occupational Therapy / Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 682-692. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoARF1998>
- Fernandes, J. G. (2018). Occupational therapists' role in perinatal care: A health promotion approach. *American Journal of Occupational Therapy*, 72(5), 1-4. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2018-51578-019&site=ehost-live>
- Fournier, H. G., Johanne; Lauzier, Martin; Poirier, Martine. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^e éd.). Chenelière éducation.
- Graham, M. (2020). Use of the Model of Human Occupation (MOHO) to Understand the Occupational Needs of Mothers With Perinatal Mental Illness: A UK Grounded-Theory Study...2020 American Occupational Therapy Association Annual Conference & Expo. *American Journal of Occupational Therapy*, 74(Sup1), 1-1. <https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S1-PO9512>
- Harper, D. Transition. Dans *Online etymology dictionary*. <https://www.etymonline.com/word/transition>
- Hodgkinson, E. L., Smith, D. M. et Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
- Institut de la statistique du Québec. (2021). *Le bilan démographique du Québec* (Édition 2021^e éd.). Québec. statistique.quebec.ca/fr/fichier/bilan-demographique-du-quebec-edition-2021.pdf
- Institut national de santé publique du Québec. (2022). Associations, organismes et groupes de soutien. <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/informations-utiles/ressources-parents/associations-organismes-groupes-soutien>
- Korzeniewski, R., Kiemle, G. et Slade, P. (2019). Mothers' experiences of sex and sexual intimacy in the first postnatal year: A systematic review. *Sexual and Relationship Therapy*. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1671969>
- Kralik, D., Visentin, K. et van Loon, A. (2006, Aug). Transition: a literature review. *J Adv Nurs*, 55(3), 320-329. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x>

- Kurz, E., Davis, D. et Browne, J. (2022). Parturescence: A theorisation of women's transformation through childbirth. *Women and Birth*, 35(2), 135-143. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.03.009>
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A. M., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou, N. et Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- Lapierre, S. D., Dominique. (2012). Regard critiques sur la maternité dans divers contextes sociaux *Monde d'idées*. <https://sciencessociales.uottawa.ca/social-work/sites/socialsciences.uottawa.ca.social-work/files/maternitemondedidee.pdf>
- Laurendeau, F. (1983). La médicalisation de l'accouchement. *Recherches sociographiques*, 24(2), 235-243. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/056034ar>
- Laverdière, F. (2008). *Politique de périnatalité 2008-2018*. Ministère de la santé et des services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf>
- Lindmark, U., Bülow, P. H., Mårtensson, J. et Rönning, H. (2019). The use of the concept of transition in different disciplines within health and social welfare: An integrative literature review. *Nurs Open*, 6(3), 664-675. <https://doi.org/10.1002/nop2.249>
- Maternité. (2011). Dans A. Rey (dir.), *Le Petit Robert* (p. 881).
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2020). *Plan d'action santé et bien-être des femmes 2020-2024*. Gouvernement du Québec.
- Montréal, U. d. (2016). *Pratique collaborative et partenariat patient en santé et services sociaux*. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/04/Referentiel-pratique_Collaborative-et-partenariatPatient_sss-28-10-2016.pdf
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). *Les modèles conceptuels en ergothérapie: Introduction aux concepts fondamentaux*. De Boeck Supérieur.
- O'Neill, M., Saillant, F., Pelletier, L., Leclerc, D. et Lepage, L. (1990). La périnatalité au Québec : Une série d'études significatives à plusieurs égards. *Service social*, 39(2), 217-234. <https://doi.org/https://doi.org/10.7202/706486ar>
- Office Québécois de la langue française. (2003). Partie prenante. Dans Québec (dir.). https://gdt.oqlf.gouv.qc.ca/ficheOqlf.aspx?Id_Fiche=8361126
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ). (2022). *Qu'est-ce que l'ergothérapie*. <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Podvey, M. (2018). Maternal Mental Health and Occupational Therapy: A Good Fit. *OT Practice*, 17-19. <https://biblioproxy.uqtr.ca/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=134167827&site=ehost-live>

- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O. et Buus, N. (2014). Making existential meaning in transition to motherhood--a scoping review. *Midwifery*, 30(6), 733-741.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.06.021>
- Provencher, C. M., Anne; Hallman, Stacey; D'Aoust, Carol. (2018). *Rapport sur l'état de la population du Canada*. Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/91-209-x/2018001/article/54956-fra.pdf?st=1GCSzJBB>
- Rallis, S., Skouteris, H., McCabe, M. et Milgrom, J. (2014). The transition to motherhood: Towards a broader understanding of perinatal distress. *Women & Birth*, 27(1), 68-71.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2013.12.004>
- Réseau des centres de ressources périnatales (RCRPQ). (S.D.). *Qu'est-ce qu'un centres de ressources périnatales (CRP)*. <https://www.rcrpq.com/les-crp/>
- Sacks, A. (2018). Dans *A new way to think about the transition to motherhood*. T. Talk.
- Salgado, S. et Bravo, S. J. (2018). Symptômes de grossesse: comment reconnaître les premiers signes?
- Schlossberg, N. K. (2008). *Overwhelmed : coping with life's ups and downs* (2nd^e éd.). Rowman & Littlefield Pub. Group.
- Schmitt, C. et Schiffman, R. (2019, 02/24). Perceived needs and coping resources of newly hired nurses. *SAGE Open Medicine*, 7, 205031211983321.
<https://doi.org/10.1177/2050312119833216>
- Skye, P., MacKirdy, K., Weiss, R., Barrie, A., Kitchin, V. et 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), e249-e259.
- Slootjes, H. (2021). *The Role of Occupational Therapists in Perinatal Health* [La Trobe University].
- Slootjes, H., McKinstry, C. et Kenny, A. (2016). Maternal role transition: Why new mothers need occupational therapists. *Australian occupational therapy journal*, 63(2), 130-133.
<https://doi.org/10.1111/1440-1630.12225>
- Sponseller, L., Silverman, F. et Roberts, P. (2021). Exploring the role of occupational therapy with mothers who breastfeed. *American Journal of Occupational Therapy*, 75(5).
<https://doi.org/10.5014/ajot.2021.041269>
- Srisopa, P. et Lucas, R. (2021). Women's Experience of Pelvic Girdle Pain After Childbirth: A Meta-Synthesis. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 66(2), 240-248.
<https://doi.org/10.1111/jmwh.13167>
- St-Martin, K.-A. G., Chantal; Diaz, Luisa. (2021). *Optimisation des services en allaitement: Outil à l'intention des gestionnaires*. Gouvernement du Québec.
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-815-02W.pdf>

- Stern, D. N., Bruschiweiler-Stern, N. et Freeland, A. (1998). *La naissance d'une mère*. Odile Jacob.
- Taylor, R. R. (2017). *Kielhofner's Model of human occupation* (5^e éd.). Wolters Kluwer.
- Tremblay, P. C., Chan, A., Desjardins, N. et Lévesque, S. (2014). *Santé mentale*. Gouvernement du Québec. infoprenatale.inspq.qc.ca
- Thomas, D. R. (2006). A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data. *American Journal of Evaluation*, 27(2), 237-246.
- Tomlin, G., Borgetto, B. (2011). Research Pyramid: a new evidence-based practice model for occupational therapy. *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association*, 65(2), 189-196.
<https://doi.org/https://doi.org/10.5014/ajot.2011.000828>
- Valentini, H. (2004). «Notre force de changement » – L'évolution de la périnatalité au Québec – 1973-2003. *Santé, Société et Solidarité*, 49-55. https://www.persee.fr/doc/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1221
- Whitcomb, D. A. (2012). Attachment, occupation, and identity: Considerations in infancy. *Journal of Occupational Science*, 19(3), 271-282.
<https://doi.org/10.1080/14427591.2011.634762>
- Will, T. B.-D., Francesco. (2006). « Comment naissent les mères»? Experiences cliniques à la maternité de Genève. *Médecine et Hygiène*, 27(2), 123-132.
<https://doi.org/10.3917/tf.062.0123>
- World Health Organisation (WHO). (2019). *Maternal mental health*.
<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/maternal-mental-health>
- Wykretowicz, H. S., Friedrich; Saraga; Michael; Bourquin, Céline. (2015). Revue Médicale Suisse : Pluralité des corps: 2. Le corps vécu. *Revue Médicale Suisse*, 11(461), 389-393.
<https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2015/revue-medicale-suisse-461/pluralite-des-corps-2.-le-corps-vecu>

ANNEXE A
TABLEAUX D'EXTRACTION DE DONNÉES REVUE DE LITTÉRATURE : CHANGEMENT VÉCUS

Tableau 6. Synthèse de l'information sur les résultats et identifications des meilleures évidences quant aux changements vécus chez les femmes lors de la transition vers la maternité

(Auteur, Date)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Résultats de l'étude
(Abbasi et Van den Akker, 2015)	Synthétiser les recherches pertinentes sur les changements au niveau de l'activité physique chez les femmes avant, pendant et après la grossesse.	Revue systématique incluant 24 articles	Changement dans l'activité physique, changement du type d'activité physique
(Ahn et al., 2021)	Résumer l'état actuel des connaissances sur l'adaptation maternelle des mères qui travaillent avec des nourrissons ou de jeunes enfants en Corée. Analyser les différents facteurs d'influence de l'adaptation maternelle.	Revue systématique regroupant 37 articles	Adaptation à la transition vers la maternité avec un regard sur l'adaptation, psychologie, comportementale, relationnelle et cognitive. Adaptation avec un regard sur le modèle écologique.
(Beech et al., 2020)	Synthétiser les articles disponibles qui explorent l'application de la théorie de l'objectivation de la femme à la maternité	Revue systématique regroupant 20 articles	Objectivation, auto-objectivation et leurs impacts pendant la grossesse, l'accouchement, le post-partum. Influence maternelle sur les enfants
(Boorman et al., 2019)	Mieux comprendre la conceptualisation de l'empathie et la transformation de celle-ci pendant la période périnatale et ses conséquences.	Revue systématique regroupant 13 articles	Conceptualisation et mesure de l'empathie chez les nouvelles mères Explication de l'augmentation d'empathie en devenant Relation entre l'empathie et la qualité de mère ainsi que sur le développement de l'enfant et le bien-être psychologique de la mère.
(Hodgkinson, et al., 2014)	Regrouper et explorer la perception des femmes face à leur image corporelle pendant et après la grossesse. Mettre la lumière sur l'implication des professionnels de la santé	méta-analyse regroupant 17 articles.	Construction sociale de la beauté d'une femme enceinte vs celui de la femme. Le corps de la femme enceinte comme propriété de tous. Contrôle de la femme sur son corps pendant la grossesse vs. La nature de la grossesse Habituation au nouveau rôle de mère.
(Korzeniewski et al., 2019)	Synthétiser les recherches existantes portant sur l'expérience des nouvelles mères dans leur vie sexuelle dans la première année postnatale.	Revue systématique regroupant 13 articles	Temps d'attente avant de reprendre une vie sexuelle selon l'âge et les circonstances. Prévalence des problèmes postnataux, douleur périnéale et trauma, allaitement, dépression post-partum et aide possible de professionnel.
(Lagadec et al., 2018)	Décrire la qualité de vie pendant une grossesse sans complication autant au niveau physique, social que psychologique	Revue systématique regroupant 37 articles	- Progression de la qualité de vie selon les trimestres - Facteurs influençant la qualité de vie de la femme enceinte.

(Prinds et al., 2014)	Explorer et analyser la littérature existante qui concerne la construction de sens existentiels liée à la transition vers la maternité chez les mères de bébés nés à terme dans les pays occidentaux.	Étude de portée avec 11 articles	Changement au niveau de corps lors de la transition vers la maternité Créer de nouveau lien social lors de la transition vers la maternité Changement au niveau psychologique incluant les changements entre le passé et ce que nous espérons pour le futur. La dimension spirituelle en lien avec le changement (changement de valeurs et d'idéal)
(Rallis et al., 2014)	Fournir de nouveaux éléments pour guider la conception de futures recherches sur la détresse périnatale.	Revue de littérature *	Expérience de la détresse périnatale. Lien entre dépression, anxiété et stress maternel Fluctuation du stress selon les différentes périodes de la transition vers la maternité.
(Srisopa et Lucas, 2021)	Synthétiser les études qualitatives originales sur les expériences des femmes vivant avec une douleur à la ceinture pelvienne après un accouchement.	Méta-analyse incluant 7 articles	1) douleur invisible, 2) restrictions dans les activités, 3) difficultés à effectuer leur rôle maternel, 4) spiral d'émotions, 5) besoins d'un support sociaux, 6) adaptations à la nouvelle situation.

ANNEXE B

TABLEAUX D'EXTRACTION REVUE DE LITTÉRATURE : INTERVENTIONS POSSIBLE

Tableau 7. *Synthèse de l'information sur les résultats et identifications des meilleures évidences quant aux interventions possibles en ergothérapie.*

(Auteur, Date)	Objectif de l'étude	Méthodologie	Résultats de l'étude
(Acharya, 2014)	Observer le rôle des ergothérapeutes dans la préparation de la maternité des femmes ayant un trouble mental	Étude de cas de témoins, une participante. Aucune information en ce qui concerne la collecte de données.	Le modèle PEO a été utilisé pour classer les interrogations que la participante avait envers la maternité ainsi que les interventions possibles en ergothérapie.
(Evans et al., 2017)	Identifier les points de vue sur les stratégies d'équilibre des rôles les plus utiles pour les femmes de la génération sandwich qui travaillent. Décrire les similitudes et les différences dans les perspectives de ces femmes et des ergothérapeutes.	Méthode incluant des variables quantitative et qualitative. Questionnaire en ligne rempli par 31 mères et 42 ergothérapeutes	Similarité entre ergothérapeutes et les mères - stratégies liées au sommeil et au repos, - Recherche d'une aide pratique auprès de réseaux de soutien. Différences entre les ergothérapeutes et les mères Mère : -mettre l'accent sur des stratégies liées à la gestion d'un mode de vie actif et à de multiples responsabilités Ergothérapeute : Établissement d'objectifs, interventions axées sur l'activité, suivi des progrès et facilitation de résultats durables.
(Fernandes et al., 2020)	Présenter les changements psychocorporels vécus par les femmes. Présenter des interventions possibles pour soutenir les femmes dans leur adaptation	Revue de littérature sans informations sur la collecte de données ainsi que la scientificité.	La maternité et la relation mère-enfant État psychocorporel de la mère et développement de l'enfant Processus psychocorporels pendant la grossesse Considérations pour les ergothérapeutes
(Fernandes, 2018)	Examiner le rôle de l'ergothérapeute dans les soins périnataux (au niveau de la condition physique) et proposer une approche favorisant la promotion de la santé	Revue de littérature Aucune autre information n'est donnée au niveau du devis et de la collecte de données. Pas de participant à l'étude	– Douleur possible vécue chez les nouvelles mères – Manières de rejoindre les nouvelles mères – Explication d'une approche favorisant la promotion de la santé en ergothérapie.
(Skye et al., 2021)	Comprendre les preuves actuelles soutenant le rôle de l'ergothérapie pour améliorer les résultats des femmes atteintes de dépression post-partum	Étude de portée incluant 14 articles	– soutien aux perturbations et transitions professionnelles – gestion de l'expérience de la maternité dans le contexte de la dépression – valeur ajoutée de l'ergothérapie aux meilleures pratiques actuelles en matière de DPP.

(Slootjes et al., 2016)	Sensibiliser au rôle de l'ergothérapie dans la santé maternelle, en promouvant les ergothérapeutes en tant que membres d'une équipe interdisciplinaire dans un paysage changeant des soins de santé maternelle contemporains.	Opinion d'expert qui inclut une revue de littérature narrative Aucune autre information n'est donnée au niveau du devis et de la collecte de données.	L'article souhaite démontrer en quoi l'ergothérapie peut être bénéfique dans un contexte de périnatalité au niveau de l'amélioration des services interdisciplinaires de santé maternelle, de la personne comme un tout, des occupations périnatales et de l'environnement
(Sponseller et al., 2021)	Chercher à savoir si les programmes d'ergothérapie peuvent aider les mères qui allaitent à atteindre leurs objectifs personnels de bien-être basés sur l'occupation.	Étude pilote avec devis mixte. Technique de triangulation. Complétion du profil occupationnel, GAS, programme de 10 semaines et encore le GAS. 14 femmes qui allaitent depuis moins de 6 mois et qui n'avaient pas rencontré de professionnel lié à l'allaitement.	Expérience des nouvelles mères dans leur suivi en ergothérapie. Impact du suivi en ergothérapie (1) la persévérance dans l'allaitement, enseignement de technique moins douloureuse, changement de routine, examen complet du développement du nourrisson (2) le sentiment de compétence dans le rôle de mère en enseigne des techniques pour mieux comprendre les besoins de l'enfant et en valorisant la mère et le nourrisson, et (3) le fait de prendre en compte ses propres besoins.)

ANNEXE C

FORCES ET LIMITES DES ARTICLES SÉLECTIONNÉS POUR LES INTERVENTIONS

En raison d'un nombre très faible d'articles trouvés, il est important de mentionner que certains articles ont un niveau d'évidence très faible et que la qualité de certains articles est à valider. Les données présentes dans ce texte ont été doublement vérifiées grâce aux avis des parties prenantes.

Tableau 8. *Évaluation de la qualité des articles selon la pyramide des niveaux d'évidence de Tomlin et Borgetto (2011)*

Article	Points forts	Limites
(Acharya, 2014)	1. À utiliser un modèle conceptuel (PEO) afin de séparer les éléments du cas témoin ce qui permet une meilleure compréhension du sujet 2. L'auteur mentionne le résultat de son intervention auprès de la cliente, ce qui nous permet de mieux voir l'impact de ses interventions. 3. L'auteur appuie ses réflexions sur des données probantes avec un niveau d'évidence plus élevé.	1. Il n'y a pas eu de revue de littérature afin de comparer les résultats obtenus avec cette étude de cas-témoin et le reste de la littérature. 2. Le cas d'une seule personne était regardé ce qui ne permet pas la généralisation de son étude dans la pratique. 3. Nous n'avons aucun renseignement sur le devis méthodologique ainsi que le recrutement des participants. De ce fait, nous ne pouvons savoir si cela n'a pas créé de biais.
(Evans et al., 2017)	1. Méthodologie bien explicité, reproduction possible de l'étude 2. Permet de voir le point de vue autant des thérapeutes que des clients	1. Certains énoncés ont pu être mal interprété en raison de leur formulation. 2. Participant très homogène qui ne permet pas nécessairement une variété de réponse.
(Fernandes et al., 2020)	1. Appuie ses réflexions sur des recherches avec un niveau d'évidence plus élevé. Il mentionne que d'autres auteurs ont la même réflexion.	1. Aucun méthodologie mentionné. Il n'y a pas d'information en ce qui a trait à la collecte des données probantes comme les critères d'inclusion et d'exclusion. Nous ne savons donc pas si tous les articles ont été bien sélectionnés. 2.
(Fernandes, 2018)	1. Les caractéristiques des études incluses sont bien spécifiées. Les données portant sur les participants et les résultats sont bien mentionnés sous forme de texte continu. 2. La qualité des études a été évaluée ainsi que bien mentionnée dans le texte. L'auteur a mis les études avec la meilleure qualité scientifique et le meilleur niveau d'évidence. 3. Les articles trouvés ont permis de faire un tour d'horizon sur les différents sujets afin de créer un argumentaire efficace.	1. Il n'y a pas d'information en ce qui a trait à la collecte des données probantes comme les critères d'inclusion et d'exclusion. Nous ne savons donc pas si tous les articles ont été bien sélectionnés. 2. Aucune liste des études n'est mentionnée dans l'article tous comme la place d'où les articles viennent. 3. Aucun test n'est mentionné en ce qui a trait au fait de vérifier si les résultats des études sont homogènes et/ou hétérogènes (chi carré)

(Skye et al., 2021)	1. Les caractéristiques des études incluses sont bien spécifiées. Les données portant sur les participants et les résultats sont bien mentionnés sous forme de texte continu.	1.S'appuie sur des références à faible niveau d'évidence
(Slootjes et al., 2016)	1.À utiliser un modèle conceptuel (PEO) afin de séparer les éléments du cas témoin, ce qui permet une meilleure compréhension du sujet. 2. Appuie ses réflexions sur des recherches avec un niveau d'évidence plus élevé. Il mentionne que d'autres auteurs ont la même réflexion. 3.L'auteur mentionne qu'il sera nécessaire de faire de futures recherches afin de valider ses pensées, et ce en utilisant d'autres méthodologies de recherche.	1.Il n'y a pas d'information en ce qui a trait à la collecte des données probantes comme les critères d'inclusion et d'exclusion. Nous ne savons donc pas si tous les articles ont été bien sélectionnés. 2. Les résultats ne sont pas basés selon des données cliniques. Il est alors plus difficile de généraliser l'étude. 3. Les caractéristiques des études qui sont présentées ne sont pas explicitées. Nous ne savons pas si les études incluses viennent bien appuyer le sujet de l'étude.
(Sponseller et al., 2021)	1. Les retombées de l'étude sont mentionnées et permettent de mieux comprendre l'impact de l'étude sur la pratique de l'ergothérapie. Elles font un lien avec le but de l'étude tout en poussant plus loin l'implication de cette étude dans l'avancée de notre profession. 2. Les techniques d'analyse des résultats sont décrites pour la question de recherche autant en ce qui a trait à l'analyse qualitative que l'analyse quantitative. 3.La technique de collecte de données est très explicite et permet par la suite de mieux comprendre des résultats mentionnés.	1.Le paradigme guidant cette étude à devis mixte n'a pas été identifié. Ceci ne donne pas le ton à l'étude et ne nous permet pas de savoir quel type de résultats nous recherchons. 2. Seulement un groupe a été effectué. De ce fait, aucune donnée d'un groupe contrôle n'a été comparée afin de voir si les résultats étaient seulement liés aux faits que les femmes avaient vécu de nouvelles expériences avec leur bébé ou si c'était le groupe en ergothérapie qui les avait aidés. 3. Participant venant toutes de la même ville et seulement 14 participants ce qui ne permet pas la généralisation dans la pratique puisque peu de participants.

ANNEXE D

INFORMATIONS RECUEILLIE : CHANGEMENTS VÉCUS PAR LES FEMMES

Tableau 9. *Éléments clés portant chez les changements vécus chez les femmes*

(Auteur, date)	Éléments clés portant chez les changements vécus chez les femmes
(Abbasi et Van den Akker, 2015)	- Réduction de l'activité physique générale pendant et après l'accouchement, autant dans les activités récréatives que structurées. - La marche, natation, yoga et activités ménagères intérieures sont des activités que les femmes ont tendance à s'engager lors de la grossesse et de la période post-partum (12 mois). - Moins d'activités intenses. Réduction de l'activité modérée pendant la grossesse, diminuant encore après l'accouchement. Ne reprennent généralement pas après la grossesse. - Changement dans les activités en lien avec changement physique et changement au niveau de l'emploi. - Risque d'inactivité lors de la grossesse et lors de la période post-partum. - Ne reviens souvent pas au niveau avant grossesse - Diminution au niveau activité physique= mal de dos, fatigue.
(Acharya, 2014)	- La dame avait des craintes au niveau de ses capacités pour être une bonne mère.
(Ahn et al., 2021)	- Rôle de travailleur modifié avec stress, problème de sommeil, tempérament de l'enfant, support du conjoint, support social du travail, de la famille, de la culture en lien avec le travail et la famille - Besoin des mères d'avoir le support des employeurs pour avoir une adaptation maternelle - Adaptation maternelle influencée par satisfaction conjugale et la satisfaction parentale et le soutien du conjoint - L'adaptation relationnelle des mères qui travaillent était significativement affectée par des facteurs liés à la mère tels que les problèmes de sommeil. - L'adaptation cognitive = perception de la parentalité ou des conséquences de la parentalité - L'adaptation maternelle réussie des femmes qui travaillent est associée à des sentiments positifs concernant les naissances ultérieures. - Pour voir l'adaptation= intention d'avoir un deuxième enfant, satisfaction au niveau marital et parental, moins de stress, sentiment de compétence, style parental - Difficulté à vivre avec les deux rôles = mère et travailleuse
(Beech et al., 2020)	- Auto-objectivation – souvent relié au sexe ou seulement on voit corps comme objet (surveillance habituelle du corps d'une personne) = Augmentation symptôme dépressif dans un échantillon de 156 femmes enceintes aux États-Unis, dépréciation du corps - Symptôme dépressif plus grand si ont à plus conscience de la fonctionnalité du corps - Privation de trait à caractère humain lors de la grossesse (incubateur, biberons, le corps leur appartient plus.) - La grossesse amenant les femmes à s'associer directement à un objet. - Les femmes enceintes = augmentation de l'auto-objectivation donc ne perçoivent comme un objet - Accouchement : plus peur de l'accouchement quand plus auto-objectivation et « body shame » - Allaitement= plus difficile si grande auto-objectivation, surtout en public - Certaine femme on moins envie d'allaiter, car allaitement à des impacts sur le physique (par exemple, l'allaitement fera tomber les seins). - Femme qui s'identifie plus fortement aux capacités de leur corps (plutôt qu'à son apparence) = attitude plus positive envers l'allaitement. - Auto-objectivation= impact sur la sexualité (plus attractive pendant l'allaitement, moins après) - Auto-objectivation= impact sur les enfants surtout les filles - Le fait de se considérer comme un objet peut aider les futures mères dans des situations telles que l'accouchement, car les objets ne sont pas capables de ressentir la douleur.

(Boorman et al., 2019)	- Changement d'empathie suite à l'accouchement plus ou moins important en fonction de la mère et de son état. (Surtout empathie affective) = répondre mieux et plus cohérent au besoin de l'enfant, augmenter le lien mère enfant - Plus anxiété ou sentiment de dépression (p14) = plus difficulté avec empathie (diminution du temps consacré à la routine des enfants) - Manque d'empathie cognitive et émotionnelle = plus de risques de négligence envers les enfants et forte réactivité émotionnelle. - Plus grande empathie = meilleure adaptation - Plus grande empathie = plus grande sensibilité maternelle
(Fernandes et al., 2020)	- Difficultés à accepter leur nouveau corps et à élaborer leur identité - Selon comment la mère l'imagine, cela va avoir un impact sur le lien mère enfant durant la période post-partum - Subir des changements qui provoquent la nécessité d'adapter son corps et son schéma d'image corporelle à de nouvelles réalités. - Différents changements anatomiques et physiologiques auxquels elle est soumise, comme les modifications de l'indice de masse corporelle, de l'équilibre corporel global et de la posture, de la taille du ventre ou de la température corporelle, par exemple, ainsi qu'un ensemble de modifications métaboliques, hormonales, dermatologiques, respiratoire et cardiovasculaire - Sentiment de perte de contrôle, ne pas se reconnaître, pas en mesure de se représenter dans son corps - Porter un inconnu = peuvent réagir négativement à la transformation du corps
(Fernandes, 2018)	- Douleur à la main et au poignet = plainte musculo-squelettique la plus fréquente lors de la grossesse après le mal de dos ce qui est lié au changement d'hormone (prolactine) et la rétention d'eau - Une mauvaise position lors des activités répétitives liées aux soins des enfants peut exacerber les douleurs du poignet, mais aussi du coude (épicondylose), de l'épaule (tendinopathie de la coiffe des rotateurs) et du cou. - Changement au niveau émotionnel lié au changement physiologique et/ou à peur d'avoir un enfant à problème, pas capable de remplir son rôle de mère - Changement hormonal, appétit, aménorrhée, vomissement
(Hodgkinson et al., 2014)	- Être enceinte avec forme de femmes enceintes = Okay - Mais si pas de ventre rond et corps plus large = pas okay selon les normes de la société (plus difficile au premier trimestre, car gain de poids, mais la grossesse ne paraît pas.) - Grossesse éloigne des idéaux sociétaux (augmentation de la taille des seins rapproche les femmes de l'idéal socialement construit, augmentant la satisfaction de l'image corporelle, tandis que des changements tels que l'acné ou les vergetures les éloignent de cet idéal) - Femme perçoivent la grossesse comme transgression de ces idéaux, mais elles ont protégé leur image corporelle en faisant la distinction entre la « grosseur » et la grossesse. - Lors de la période post-partum = plus aucune raison de ne pas adhérer à l'idéal corporel socialement construit = sentiment de gêne lorsque pas en présence de leur enfant (pas d'excuse pour être grosse) - Le corps devient public, tout le monde peut le toucher. - Si prise de poids plus grand alors les femmes peuvent percevoir une pression sociale et ne pas se sentir accepter. - Essai de garder le contrôle sur une situation dont nous ne pouvons pas avoir le contrôle, doit cohabiter avec le fœtus - Pression de retrouver un corps pré grossesse et parfois même un corps plus mince qu'avant. (Attentes de nouvelles mères sont très élevées et souvent irréalistes.) - Gain de poids dû à une grossesse = incompatible avec leurs autres rôles, comme leur identité profonde, le fait d'être une épouse ou une femme sexuellement attirante, ou encore une femme qui travaille. (devient un corps de mère et non de femme) - Physique de grossesse = indésirable (car préjudice perçu pour leur carrière afin de préserver leurs relations de travail et leur personnalité professionnelle.)
(Korzeniewski et al., 2019)	- Dépendamment des situations, les femmes en moyenne retrouvent une vie sexuelle après 6-7 semaines postnatale

	- Sur le plan sexuel : 17-43 % des femmes ont expérimenté un problème dans les 3 premiers mois suivants l'accouchement, 36-43 % à 6 mois et 80-91 % à 12 mois= des douleurs (42 % après 1 semaine et 62 % après 3 mois), manque de lubrifiant vaginal, perte de muscle au niveau périnéal, difficulté à avoir un orgasme - Problème = Diminue dans les 3-6 mois, mais ne reviens pas exactement comme avant la grossesse. - Dépend de l'âge, mais aussi de la situation de la naissance (forceps, césarienne) - Allaitement (2 fonctions seins) = peut mener à la diminution du désir sexuel, de la fatigue, une image de soi distordue, monter de lait dans les moments d'intimité. - Mère qui allaite présente un moins grand désir et plus de change de dyspareunie que celle qui n'allait pas. - *seulement 15-19 % le rapportent à un professionnel de la santé - Symptôme dépressif et fatigue= manque de désir dans les 8 premières semaines, moins de plaisir, et d'orgasme, moins d'activité sexuelle, plus de chance de rapporter des douleurs.
(Lagadec et al., 2018)	- Moins bonne qualité de vie lorsqu'enceinte = plus de douleur physique et - activité physique (plus difficile de faire les différentes activités, diminution amplitude plus la grossesse avance) - Troisième trimestre = scores de qualité de vie significativement plus faibles que les femmes non enceintes du même âge. - Sur le plan physique= la qualité de vie diminuait significativement au cours des trimestres. - Sur le plan psychologique= plusieurs études ont rapporté une augmentation de la qualité de vie par rapport à la santé mentale pendant la grossesse, et dans d'autres, une stabilité psychologique a été observée. - Qualité de vie et bien être des femmes enceintes plus élevées = sociodémographiques (première grossesse, statut socio-économique favorable, soutien social, soutien du partenaire). Désir d'être enceinte, activité physique modérée - Une qualité de vie moindre = si facteurs physiques (tels que les complications pendant la grossesse, la procréation médicalement assistée, l'obésité avant la conception, les symptômes physiques tels que les nausées et les vomissements, les troubles du sommeil) et à des facteurs psychologiques (tels que l'anxiété et le stress pendant la grossesse et les symptômes dépressifs).
(Prinds et al., 2014)	- Accouchement vu comme quelque chose qui change une vie (expérience de bien-être de l'épanouissement corporel) - Mélange entre la douleur et la force d'une femme, certaines personnes se sentent trahies par leur corps si complication - Une mère doit créer de nouvelle relation (bébé, il y a une extension de toi, que tu dois t'occuper, tu n'es plus seule) - Changer les relations existantes (conjoint, autre mère, professionnel de la santé) - Sentiment de connecter avec les autres mères - Beaucoup de pression sur les attentes face aux femmes = Doit être vraiment heureuse [de la grossesse] pour être une bonne maman (pour le système), être en contrôle de la situation - D'un point de vue existentiel, la relation à l'enfant est aussi finalement une confrontation avec la peur de la perte de l'enfant, et donc une confrontation avec la solitude et l'échec. - Créer une nouvelle relation avec le bébé sans préparation appropriée - Nouveau sens à la vie, qui ne peut être préparé, mais se développe pendant la transition vers la maternité=vulnérabilité - Différence entre les attentes et l'expérience vécue. - Se sentir obligé de voir la maternité comme un événement purement joyeux sans tenir compte qu'il s'agit également d'une confrontation avec la fragilité humaine. - Changement de priorité - L'expérience de la maternité a été fortement influencée par l'expérience de la parentalité des partenaires. Autant positif que négatif - Beaucoup d'émotion contradictoire (perte et gain, joie et douleur) - Changement important (ne sera plus jamais la même femme.) Vue comme un nouveau départ, renaissance de soi - Peut permettre de mieux se comprendre comme personnes, Conscience de la capacité mentale.

	- Spirituelle : avoir une expérience « connectée » avec une puissance supérieure, une expérience profonde ou qui change la vie. - La pensée du corps comme une machine = laisse de côté une approche plus intégrative, où la signification existentielle de la transition vers la maternité est également considérée comme vitale. - Considérée comme une réorganisation de la vie, et comme un changement fondamental dans la vie d'une femme. - Beaucoup de questionnement sur le sens de la vie
(Rallis et al., 2014)	- Si symptômes dépressifs pendant la grossesse= niveaux d'anxiété plus élevés en fin de grossesse = des symptômes dépressifs plus importants pendant la période postnatale. - Les femmes ne se sentent pas elle-même ou ont du mal à faire face à la situation, - Surtout si le réseau social pauvre= plus de chance d'avoir des symptômes dépressifs - Symptôme dépressif = en raison des changements de son corps, de son rôle, de ses relations et de sa situation sociale ; l'expérience de la naissance elle-même, ainsi que les exigences, les pertes et les gains associés au fait d'être un nouveau parent - L'état affectif de stress correspond étroitement au sentiment d'être dépassé ou à l'incapacité de faire face, il se peut que cette expérience soit un précurseur important de la dépression et de l'anxiété.
(Srisopa et Lucas, 2021)	- Douleur de la ceinture pelvienne= commence par douleur fantôme, empêche les femmes à participer aux activités normales de la vie et rend difficile l'exercice de leur rôle maternel, ce qui entraîne souvent une spirale émotionnelle descendante - Dépendamment de la douleur= plus ou moins d'effet sur le fonctionnement - Douleur directement liée à l'accouchement : point de suture, césarienne - Toutes les femmes ont déclaré que la DPP était également inattendue et survenait de manière aléatoire, sans schéma, caractéristiques ou intensité reconnaissable. - Mène à difficulté occupationnelle : horaire de vie et activité normale - Affecte : leur image physique, leurs activités familiales et leur fonction sociale et déclenchante des problèmes psychologiques. - Inquiétude et anxiété =Chaque jour, les femmes s'inquiétaient du moment où la douleur allait survenir, et cette incertitude inhibait la capacité des femmes à vivre leur vie quotidienne. - Sentiment d'être à l'écart quand pas en mesure de faire les activités de la vie quotidienne - Douleur amène difficile à s'occuper de leur enfant, diminue l'attachement mère enfant lorsque pas en mesure de s'occuper d'eux - Diminution de leur performance dans le rôle maternel - Moins bon bien-être, qualité de vie - Évite l'allaitement pour avoir pas d'autre douleur ailleurs - Diminution de leur santé mentale : plusieurs émotions négatives vécues en raison des autres choses mentionnées plus haut (notamment irritation, liée au degré de leur PGP, à leur manque de capacités physiques et à leur perte de compétence maternelle), frustration, ennui - Peut mener à l'anxiété et la dépression, peut être fâché contre l'enfant, car à cause de leur enfant - Peur d'avoir d'autres enfants - Besoin de support : pour ce faire écouter (conjoint, famille, professionnel de la santé)
(Sky et al., 2021)	- Des sentiments d'anxiété et/ou de honte, une vision négative de la maternité et un manque d'efficacité personnelle - Tous les articles de notre revue décrivent des problèmes productifs (ex, - L'allaitement, la structuration de la routine, le retour au travail), émotionnels (par exemple, la réduction de l'estime de soi, la diminution de la confiance, la maîtrise limitée) et physiques (par exemple, la douleur) que les ergothérapeutes abordent avec cette population. L'allaitement a été décrit comme une co-occupation significative ; les nouvelles mères sont à risque de « douleurs dorsales, syndrome du canal carpien et microtraumatismes répétés ».
(Slootjes et al., 2016)	- La co-occupation influence les résultats de la santé de la mère et du nourrisson (chose que nous seuls amenons) - La capacité d'une femme à maintenir ses routines occupationnelles habituelles peut être remise en question par des variables intrinsèques et extrinsèques vécues pendant la période périnatale.

	- L'équilibre du mode de vie est reconnu comme une influence primordiale pour l'auto-efficacité dans les occupations maternelles. - Les femmes subissent une série de changements physiques, affectifs, cognitifs et spirituels. L'auto-efficacité et le stress maternel ont un impact sur l'adaptation des rôles tout au long de la période périnatale. - Les femmes peuvent éprouver des difficultés à intégrer les précautions dans leurs routines, ce qui crée des difficultés accrues au niveau du rôle - D'attentes et des exigences socioculturelles (emploi, allaitement, relations, tâches ménagères) des femmes, - Les soins aux nourrissons incluent les maux de dos, le syndrome du canal carpien et les microtraumatismes répétés
(Sponseller et al., 2021)	- Douleurs dues à l'allaitement ou à des blessures post-partum. - Difficultés avec les interactions sociales actuelles, disant qu'elles avaient des systèmes de soutien en tant que nouvelles mères, mais qu'elles avaient du mal à demander de l'aide et des conseils. - Environnement physique et social créait des obstacles qui entravaient leur capacité à allaiter et à exercer d'autres occupations valorisées. - Problème de sommeil

ANNEXE E

INFORMATIONS RECUEILLIE : INTERVENTIONS POSSIBLE

Tableau 10. *Éléments clés recueillis portant sur les interventions possibles*

(Auteur, date)	Éléments clés portant sur les interventions possibles
(Abbasi et Van den Akker, 2015)	- Bénéficient le plus d'interventions visant à promouvoir l'activité physique, en raison du risque accru d'issues défavorables chez de nombreuses femmes en surpoids. - Recommandation de faire activité de plancher pelvien selon le collège d'obstétrique - Parmi les autres avantages, citons l'amélioration de la condition cardiovasculaire, la perte de poids, l'amélioration de l'humeur et la réduction de l'anxiété et de la dépression (Mottola, 2002) sans compromettre l'allaitement ou la croissance du bébé - a des effets sur le mode de vie des pères comme des mères. Par extension, l'interaction entre les couples, les niveaux de soutien mutuel et leur compréhension des rôles et responsabilités qu'ils conservent en tant que parents pourraient contribuer à modifier les niveaux d'activité physique.
(Acharya, 2014)	- Rôle de soutien important pour aider les femmes à assumer le rôle de mère et de le mener à bien - L'ergothérapeute peut aider en encourageant la mère à parler de ses sentiments, peut utiliser la technique cognitivo-comportementale pour permettre de voir ses craintes comme une étape à traverser, - Explicité l'importance du lien mère-enfant, aider à visualiser comment elle sera dans son rôle de mère. - Aider à préparer à la maternité, considérer ses limites et trouver des solutions sans dire que cela est insurmontable - Outiller l'environnement social sur le soutien à avoir envers la mère. Au niveau des AVD et des AVQ pour permettre à la mère de passer des moments de qualité avec le nourrisson. Séparation des tâches domestique, rôle des deux parents - Pratiqué des techniques de relaxation comme la respiration profonde et l'imagerie visuelle pour surmonter les moments de stress - Pratiquer des techniques de maternage avec des poupées, chanter des chansons à son bébé. Apprentissage sur la façon de s'occuper d'un bébé. - Chanter chanson et se bercer - Augmenter la confiance en soi lors en ce qui a trait au rôle de mère (collage) - Augmentation de l'instinct maternel en informant sur les meilleures techniques pour avoir un bon environnement physique, émotionnel
(Ahn et al., 2021)	- La réduction du stress parental, de la culpabilité parentale, de la détresse psychologique, de la dépression et de l'anxiété maternelle chez les mères qui travaillent, compte tenu des divers facteurs d'influence et d'interrelation suggérés dans cette étude. (Facteurs liés à la mère (p. ex., efficacité personnelle), facteurs liés au travail (p. ex., attitude à l'égard de la profession), facteurs liés à l'enfant (p. ex., tempérament de l'enfant), facteurs liés au conjoint (p. ex., soutien du conjoint), soutien social et environnements liés au travail (p. ex., culture travail-famille). - Travailler avec l'employeur (par conséquent, des efforts et des stratégies au niveau communautaire pour améliorer ces facteurs environnementaux liés au travail sont nécessaires). - Promouvoir le support de la famille
(Beech et al., 2020)	- Favoriser l'allaitement = moins de problèmes au niveau objectification du corps acceptent plus leur corps - Sensibilisé à la capacité de leur corps à mesure qu'elles avancent dans la grossesse, afin qu'elles ne se focalisent plus sur leur apparence, et ce, dans le but d'essayer d'atténuer les effets néfastes de l'auto-objectivation pendant une période de transition aussi vulnérable. - Connaissances pourraient aider à planifier les décisions liées à la maternité, notamment celles concernant la maternité de substitution, l'allaitement et le choix de la méthode d'accouchement (naissance vivante ou césarienne). - Programmes d'éducation post-partum pourraient mettre l'accent sur la positivité corporelle des mères afin qu'elles puissent servir de modèle à leurs enfants et les protéger contre les ramifications néfastes de l'objectivation de leurs enfants, de la naissance à l'âge adulte.

(Boorman et al., 2019)	- Intervention liée à l'empathie = fait par thérapeute, mais pas les professionnels en santé maternelle - Travailler le lien mère enfant avec les nouvelles mères et travailler la réponse aux besoins des mères (empathie envers l'enfant)
(Evans et al., 2017)	- Selon les femmes, n'ont pas trouvé davantage à rechercher un soutien émotionnel auprès de personnes appartenant à leur réseau formel ou informel - Travailler sur l'amélioration de l'équilibre des rôles en accordant suffisamment de temps pour se détendre et récupérer, en créant des occasions de « temps pour soi », en dormant suffisamment et en maintenant des attentes réalistes en acceptant qu'il ne soit pas possible de « tout faire » - Moins utile pour travailler équilibre = pas bonne technique de faire plus d'une activité à la fois si cela est compatible (no 12), jongler avec les rôles en passant rapidement d'une tâche à l'autre (no 23), réaliser que d'autres personnes font face aux mêmes défis dans la vie - S'accorder suffisamment de temps pour se détendre et récupérer (n° 2) ou être proactif en se préparant et en accomplissant les tâches à l'avance - Selon les deux : satisfaire les besoins associés au sommeil et au repos. - Le manque de sommeil et de repos peut entraîner une baisse de la productivité et de la satisfaction lors de l'exécution des tâches. - L'établissement d'objectifs réalistes et personnellement significatifs, - L'utilisation d'activités pertinentes et motivantes comme modalité d'intervention, le suivi des progrès thérapeutiques et la facilitation des liens avec les soutiens formels et informels pour préparer la sortie et maximiser les résultats durables. - Les femmes mentionnent surtout utiliser des stratégies associées à la psychologie positive - Travailler sur la routine - Travailler sur l'acceptation de l'incontrôlable - Ils ont surtout défendu les approches de gestion du temps visant à maximiser l'efficacité et l'efficacé, en particulier pendant les périodes de forte activité. - Ils ont également convenu que la pleine conscience était une stratégie moins utile. - Développer des compétences en gestion du temps afin d'optimiser l'efficacité et l'efficé, telles que l'établissement de priorités, la planification et les astuces pour gagner
(Fernandes et al., 2020)	- Technique de médiation corporelle (danse, parole, musique, peinture) afin d'optimiser les relations entre les femmes et leur environnement extérieur. - (Aider afin qu'elle exprime leurs sentiments au niveau de leur image de soi) - Afin de trouver de nouvelles façons de fonctionner et d'accepter son nouveau corps (on ne veut pas normaliser ou corriger) - Habiter son corps se sentir dans son corps (nouvelle identité) (information sensori-motrice et tonico émotionnel) - Médiation corporelle se concentre sur la possibilité d'aider les femmes enceintes à prendre conscience de leur corps, à élaborer leur image corporelle, à faire l'expérience de leur structure intérieure et corporelle, à habiter leur nouveau corps et, ainsi, à faciliter le processus de penser, d'imaginer et de désirer l'enfant.
(Fernandes, 2018)	- Mauvaise position lors des AVQ peut exacerber les douleurs et aussi augmenter le risque d'autres blessures - L'éducation concernant le positionnement correct des mains et du corps pendant les soins à l'enfant (alimentation, portage et bain) devrait être donnée avant et après la naissance afin de réduire l'inconfort associé - Si les douleurs persistent, une chirurgie pourrait être recommandée et ceci entraînerait un arrêt des AVQ afin de répondre au besoin de sa famille. - Parfois difficile de recevoir une prise en charge rapide lors de la grossesse (avant 18 sem) dans les milieux plus défavorisés ainsi il est moins susceptible pour ces femmes d'avoir un environnement social soutenant. - Les ergothérapeutes sont particulièrement bien placés pour s'attaquer à ce problème par le biais des occupations préventives - Opportunité pour les ergothérapeutes en milieu communautaire d'établir une sensibilisation à leur rôle pendant la période périnatale, car la plupart des gens ne savent pas que cet ensemble de compétences au sein de l'ergothérapie existe. Plusieurs moyens pour rejoindre les femmes comme les réseaux sociaux, des applications.

-
- Si l'environnement domestique de la mère est favorable, elle est plus susceptible de se reposer et moins susceptible de se blesser en effectuant des tâches répétitives et en adoptant de mauvaises postures.
 - Promotion de la santé avant que les problèmes ne surviennent en éduquant le médecin ou le professionnel de la santé
 - La création d'un rôle pour l'ergothérapie auprès de cette population permet à notre communauté d'atteindre l'équilibre et la performance occupationnels,
 - Les capacités motrices, la force, la coordination et l'endurance - tous des facteurs qui influencent l'autonomie et les soins aux enfants.
 - Si l'environnement domestique de la mère est favorable, elle est plus susceptible de se reposer et moins susceptible de se blesser en effectuant des tâches répétitives et en adoptant de mauvaises postures. Le soutien émotionnel et la validation du foyer, de la communauté et de la législation réduiront le stress et la probabilité de développer des problèmes de santé.
 - La pratique de ces activités répétitives, comme tenir correctement le bébé pendant l'allaitement, soulever et porter l'enfant, est cruciale pour éviter les blessures.
 - En apprenant à ces femmes et à leur famille à changer leurs habitudes et à modifier les techniques de soin aux enfants, on peut stopper la progression des blessures et influencer positivement sur la façon dont elles aborderont les futures grossesses et les enfants.
 - L'utilisation d'orthèses personnalisées, l'éducation des patients, le renforcement, le contrôle postural et l'adaptation des activités peuvent réduire la probabilité de développer une compression nerveuse ou une maladie de De Quervain à la lumière des changements physiques et d'activité dans le mode de vie.
 - Recommander aux nouvelles mères d'utiliser certains équipements (p. ex. coussins d'allaitement, supports de bain, utilisation correcte des porte-bébés) peut contribuer à prévenir la douleur.
 - La mise en place d'un programme d'exercices (par exemple, musculation UE, renforcement du tronc en toute sécurité) pour la mère enceinte en fonction de ses besoins répond aux bénéfices établis de l'exercice pendant la grossesse
 - Il faut favoriser un environnement facilitant, offrant une relation suffisamment bonne entre la mère et l'enfant à l'intérieur, afin de promouvoir la préoccupation maternelle primaire (Winnicott, 2000) ;
 - L'intervention thérapeutique de médiation corporelle vise à transformer et à actualiser l'image corporelle de la femme enceinte, au profit de la construction de l'image corporelle de l'enfant à l'intérieur, de son développement (Bayle, 2005).
 - En utilisant des médiateurs (eau, expression corporelle, toucher thérapeutique, entre autres) pour demander l'unité corporelle en provoquant la perception d'une frontière qui divise l'intérieur de l'extérieur et, ainsi, demander une image corporelle positive, le sentiment d'exister et le plaisir de transporter l'enfant qui va naître ;
 - Utiliser des médiateurs (eau, mouvements contrôlés, relaxation, entre autres) qui (i) sollicitent une conscience corporelle dynamique à travers la perception d'informations extéroceptives et proprioceptives, qui (ii) exigent une plus grande perception de la surface du corps, et qui (iii) stimulent la sensation d'un corps narcissique, afin de faciliter la conscience de soi et l'existence d'un nouveau corps ;
 - Utiliser des médiateurs (mouvements, chant, conscience corporelle, entre autres) qui :
 - o Associent la respiration au mouvement et aux états de tension corporelle et (ii) permettent la perception corporelle des stimuli externes et internes (sons, vibrations et respiration), afin de donner à la femme enceinte la sensation d'être enveloppée et protégée ;
 - o En utilisant des situations ludiques, des mouvements doux et constants, ou vigoureux et discontinus, afin que l'enfant qui se trouve dans un milieu aqueux (liquide amniotique), s'équilibre et stimule ainsi les cellules sensorielles de la macula, du saccule et des canaux semi-circulaires qui, selon Bullinger (2011), constituent les fondements du sentiment de présence au monde, en l'occurrence, au monde intra-utérin, pour acquérir plus tard le sentiment d'exister et d'être ;
-

(Hodgkinson et al., 2014) - Il a été rapporté que les commentaires des professionnels de la santé renforçaient la croyance selon laquelle les femmes devraient être en mesure de contrôler leur corps et leur poids pendant

	la grossesse, en particulier si les femmes présentaient des problèmes tels qu'une pression artérielle élevée, une déchirure périnéale [24] ou une prise de poids gestationnelle excessive. - Support de la famille augmente la satisfaction de corps de la femme et se sent plus attirante (par le conjoint) - Les données suggèrent qu'il est moins stigmatisant de se concentrer sur une image corporelle saine (par exemple, une alimentation, un mode de vie et une activité physique sains) que sur la taille corporelle en soi [48], et qu'il est nécessaire d'équilibrer les conseils de gestion du poids avec le soutien à la satisfaction corporelle - Avertissement et éducation au public de l'image de la femme enceinte et du corps idéal - Les professionnels de la santé doivent noter la façon dont les femmes se représentent leur fœtus et les changements corporels. Les femmes qui ont du mal à faire la distinction entre le corps et le fœtus peuvent considérer le fœtus comme une invasion ou ne pas accepter certains changements liés à la grossesse, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur leur capacité à créer des liens avec leur bébé. La prise de conscience des attitudes problématiques peut permettre d'aider les femmes à réconcilier leur image corporelle et à s'attacher d'abord à leur fœtus, puis à leur bébé.
(Korzeniewski et al., 2019)	- Seulement 30 % des femmes ont reçu des conseils de leur professionnel de la santé à comparer à 60 % qui aurait aimé recevoir les conseils. - Peu reçoivent des conseils. - Les conseils reçus portent surtout sur la contraception (93-96 %), le fait de reprendre une vie sexuelle (29-35 %), les changements sexuels et les problèmes possibles (11-18 %) - Phénomène soit dû à la disponibilité et à l'accessibilité accrue de sources d'information supplémentaires, provenant de groupes de soutien postnatal et en ligne, ou que le manque de sensibilisation ou de formation des professionnels de santé à poser des questions à ce sujet joue également un rôle. - Les professionnels de santé de fournir aux femmes ces informations et de les interroger systématiquement sur leur fonctionnement sexuel postnatal lors des visites médicales. Si les professionnels de la santé recevaient un enseignement et une formation sur les dernières découvertes empiriques, ils seraient également mieux armés pour diffuser ces informations aux femmes.
(Rallis et al., 2014)	- Par ailleurs, si ce stress fait partie d'un continuum normatif lié à la transition vers la maternité, favoriser l'accès à divers soutiens psychosociaux, tels qu'un soutien accru du partenaire et de la famille, peut donner les meilleurs résultats plutôt qu'un traitement clinique. - Le dépistage et l'évaluation de la détresse en raison des contacts réguliers que les femmes ont avec les obstétriciens, les sages-femmes et d'autres professionnels de la santé pendant cette période. Par conséquent, l'élaboration d'un modèle de dépistage et de traitement qui atténuerait les conséquences négatives associées à l'accouchement et à la maternité.
(Srisopa et Lucas, 2021)	- Femmes ont déclaré avoir besoin du soutien d'un prestataire de soins de santé pour obtenir des informations sur la façon de gérer la PGP et pour les aider à obtenir les outils et l'équipement nécessaires au maintien d'une vie quotidienne active. - Les femmes ayant bénéficié d'un soutien social actif ont signalé une augmentation positive des émotions, de l'image de soi et des pensées envers les autres. - Certaines femmes ont ressenti un sentiment d'égalité en ce qui concerne la garde des enfants et les tâches ménagères - Les femmes apprécient également les outils et les équipements qui les aident à accomplir leurs activités quotidiennes et à éviter les mouvements excessifs, comme les boîtes à roulettes fabriquées à la maison pour déplacer des objets et les rétracteurs à long manche - Ces stratégies consistent à éviter de penser à la douleur, à adapter les activités, à perdre du poids, à être conscient de la posture, à maintenir une attitude positive et à rechercher un traitement médical - Les femmes peuvent évaluer elles-mêmes les déclencheurs de la douleur, et les prestataires de soins de santé peuvent reproduire les mouvements qui déclenchent la douleur et évaluer la fonction - Les interventions peuvent être amenées à changer avec le temps. Il est peut-être plus efficace de se concentrer sur les soins holistiques et pas seulement sur la gestion des symptômes. Les interventions qui s'inscrivent dans le cadre des soins holistiques portent sur les expériences liées

	à la fonction physique, à l'inconfort des mouvements, aux activités maternelles et aux fonctions sociales, en plus du soulagement de la douleur.
(Sky et al., 2021)	- Aider les mères à équilibrer la variété des occupations, les perturbations occupationnelles et la transition vers de nouveaux rôles attendus en créant un calendrier de leurs activités de la vie quotidienne - L'ergothérapeute a constaté que les nouvelles mères étaient encouragées à reprendre les activités qu'elles appréciaient auparavant, comme les soins personnels (p. ex., prendre une douche, dormir), les loisirs (p. ex., passer du temps avec des amis, aller au cinéma) et la productivité (p. ex., continuer à occuper un poste rémunéré, faire du bénévolat ou aller à l'école). - Favoriser l'équilibre occupationnel, l'exploration de nouvelles occupations et le retour à des occupations antérieures. - L'ergothérapeute peut s'assurer que l'environnement est à la fois sûr et optimisé pour que la mère puisse gérer ses activités quotidiennes. - Permettre aux nouvelles mères de concilier l'allaitement avec d'autres occupations (par exemple, les soins personnels, la productivité, les loisirs) en développant des routines, en éliminant les obstacles liés à l'environnement social et/ou physique et en rendant l'allaitement ergonomique et sûr. - Éducation des changements physiques auxquels les nouvelles mères peuvent s'attendre, l'élaboration de stratégies sur la façon de réaliser les activités de la vie quotidienne associées au fait d'être une nouvelle mère (par exemple, la simplification, la gestion du temps, la conservation de l'énergie) et la conception de programmes d'exercices individualisés. - Promouvoir l'engagement du nourrisson et des parents, améliorer la participation aux activités quotidiennes avec le nourrisson, développer les capacités d'adaptation et soutenir le recadrage des attentes concernant les interactions avec l'enfant. - L'entraînement à la pleine conscience en groupe dirigé par un ergothérapeute était une méthode efficace pour aider les femmes à réguler leurs pensées et leurs émotions pendant leurs activités - Enseigner à cette population des techniques de relaxation pour aborder les composantes physiques, cognitives et spirituelles, qui constituent toutes des aspects fondamentaux de la performance occupationnelle. - Enseigner à cette population des techniques de relaxation pour aborder les composantes physiques, cognitives et spirituelles, qui constituent toutes des aspects fondamentaux de la performance occupationnelle. - Soutenir des co-occupations positives entre la mère et le bébé. - Service de santé axé sur les forces et centré sur le client, fournissant les interventions physiques, mentales, émotionnelles et spirituelles nécessaires à l'optimisation des résultats pour les mères, leurs bébés et leur entourage. - L'évaluation de l'environnement social, en particulier les relations familiales, afin de s'assurer que le client bénéficie d'un soutien social optimal ; la mise en relation du client avec des pairs, des ressources communautaires et des ressources en ligne ; le sommeil, y compris la privation de sommeil, l'hygiène du sommeil et le positionnement ; l'aide en cas de brouillard cérébral et de fatigue ; l'amélioration de la performance dans les activités de la vie quotidienne et les activités instrumentales de la vie quotidienne ; la promotion de la santé émotionnelle ; les modifications de l'environnement (par ex, diminuer les stimuli visuels dans l'environnement) ; remettre en question les pensées et les émotions ; aborder les défis de l'attachement avec le nourrisson ; fournir une évaluation de crise (dépistage) et des interventions pour les pensées suicidaires ; répondre aux besoins de santé physique (par exemple, santé pelvienne et sexuelle, douleur chronique, incontinence) ; promouvoir des heures de repas positives par le biais d'en proposant des méthodes d'alimentation alternatives ; en offrant des services préventifs (p. ex., rythme, conservation de l'énergie) ; en aidant les femmes ayant déjà eu des problèmes de santé mentale à anticiper les défis liés à leur nouveau rôle et aux exigences accrues ; et en offrant des soins adaptés à la culture et aux traumatismes des groupes à risque. - L'ergonomie, qui peut favoriser le bien-être et prévenir et atténuer l'inconfort physique associé à la nouvelle maternité - Soutien à l'allaitement, les visites à domicile, la programmation des activités de la vie quotidienne, l'encouragement à l'engagement entre la mère et l'enfant, la psychoéducation, les

	techniques de relaxation et la création de nouvelles évaluations axées sur le fonctionnement de la nouvelle mère
(Slootjes et al., 2016)	- Améliorer les services interdisciplinaires de santé maternelle - L'équilibre du mode de vie est reconnu comme une influence primordiale de l'auto-efficacité dans les occupations liées à la maternité. - Travailler les impacts de la performance occupationnels (importance de travailler la co-occupation) - Les besoins psychosociaux complexes des femmes au cours de cette période sont bien documentés - Posséder une auto-efficacité et une confiance en soi positives pendant la période postnatale précoce peut contribuer à prévenir la dépression postnatale. - Les ergothérapeutes peuvent faciliter des transitions réussies pour les femmes afin de réduire la pression sur le rôle maternel, et donc l'incidence et la gravité du stress et de la dépression (pleine conscience) - Les interventions utilisées peuvent corriger les déséquilibres hormonaux, améliorer l'humeur, favoriser le lien mère-enfant, et réduire le stress et l'anxiété. - Il est possible de renforcer et de tonifier les muscles, d'améliorer l'alignement postural, d'améliorer l'image corporelle et l'acceptation de soi, et de réguler la pression artérielle. - La prise en compte de la place des femmes est souvent écartée, les ergothérapeutes peuvent autant travailler auprès des occupations en lien avec le nourrisson, mais aussi en lien avec la femme comme le retour au travail, leur routine. - Le potentiel des évaluations de la capacité fonctionnelle, des recommandations et de l'advocacy pour les femmes ayant un emploi rémunéré pendant la grossesse, le congé parental et le retour au travail pourraient permettre de réduire les incidences du stress maternel et de la discrimination sur le lieu de travail. - Les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle important non seulement dans les occupations individuelles de la vie, mais aussi dans l'alimentation du nourrisson, les repas, le sommeil, le réconfort, les soins, l'éducation des enfants et la gestion du foyer. - Les ergothérapeutes peuvent aider les femmes en sélectionnant des équipements de puériculture, en examinant l'environnement - Travailler le besoin de sommeil - Travailler à diminuer les risques au niveau biomédical, - La réglementation accrue en matière de normes de sécurité (sièges auto, jouets, aides à l'apaisement et à l'alimentation des nourrissons) et la prise de conscience de la nécessité de surveiller et de gérer les risques pour la santé (nutrition, poids, syndrome de mort subite du nourrisson) ont rendu plus nécessaire la responsabilisation et l'éducation des parents. Dans le contexte des soins périnataux, des programmes d'éducation parentale axés sur l'ergothérapie de routine à domicile sont nécessaires.

(Sponseller al., 2021)	et	- Toutes les participantes s'accordaient à dire que leur environnement physique et social créait des obstacles qui entravaient leur capacité à allaiter et à exercer d'autres occupations valorisées - Le manque de temps, le manque de connaissances et de soutien, et l'excès de stress ont été cités comme des raisons pour lesquelles les mères avaient du mal à atteindre simultanément leurs objectifs maternels et personnels. - Exemple d'objectif que les participantes ont mentionné : avoir une routine de sommeil stable, sortir avec son mari, faire de l'exercice. - Ergothérapie peut (selon des femmes) la persévérance dans l'allaitement, - Ergothérapie peut (selon des femmes) : enseignement de technique moins douloureuse, - Ergothérapie peut (selon des femmes) : changement de routine, examen complet du développement du nourrisson - Ergothérapie peut (selon des femmes) travailler le sentiment de compétence dans le rôle de mère en enseigne des techniques pour mieux comprendre les besoins de l'enfant et en valorisant la mère et le nourrisson, - Ergothérapie peut (selon des femmes) travailler avec les femmes afin de prendre en compte leurs propres besoins. - Faire suivi retour au travail - Le bien-être de la mère reflète sur ses habiletés à maintenir des AVQ et AVQ et à maintenir ses responsabilités parentales
---------------------------	----	--

ANNEXE F
CANEVAS DE PRISES DE NOTE GROUPES DE DISCUSSION

Personnes présentes (seulement écrire les professions/savoir) :

-

CHANGEMENTS
1. Représentativité des changements recensée vs vie réelle -
2. Chose à ajouter ou enlever a. Personne - b. Agir - c. Environnement -
3. Quel changement à prioriser pour intervenir (2 à 3) - -
INTERVENTIONS
Est-ce semblable à ce qui est offert pour le moment -
Faisabilité ? Réaliste ? - - -
Chose à ajouter et/ou à enlever -
Autres commentaires