

Institut de Formation en Ergothérapie de ROUEN

Mémoire d'initiation à la recherche

**Accompagnement du rôle de mère en ergothérapie :
La transition occupationnelle des femmes en
Dépression Postpartum**

Lou JACQUES

N° étudiant : E 21/11

Promotion : 2021-2024

Sous la direction de POCHET Aurélie

Année Universitaire : 2023-2024

« Une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Ce qu'une femme met au monde dans son esprit, ce n'est pas un nouvel individu. Mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère »
(Stern & al., 2004)

« Où naissent les mères ? »
(Virginia Helbling)

« Il y a des jours sans qui préparent les jours avec »
(Maman Blues)

Remerciements

Je tiens tout d'abord remercier l'ensemble des personnes m'ayant soutenu de près ou de loin durant la réalisation de ce travail de recherche.

Je remercie ma directrice de mémoire, Aurélie Pochet, pour son accompagnement et sa bienveillance.

Merci à l'équipe pédagogique de l'Institut de Formation de Rouen pour leur soutien constant et leur écoute. Tout particulièrement à Cécile Rasse qui a su maintenir sa présence malgré la distance.

Merci à l'ensemble des ergothérapeutes ayant participé à ma formation ainsi qu'à cette recherche. Merci pour votre disponibilité, votre savoir et votre partage d'expérience.

Un grand remerciement à ma promotion. Merci d'avoir illuminé ces 3 années de formations. Et surtout un merci immense à vous 4, merci pour tout, merci d'être vous. Merci d'avoir fait de la coloc un lieu de rires, de larmes et de joie. Au plaisir de tous vous envoyer de nouveaux mails.

Merci à ma famille pour leur soutien sans faille dans chacun de mes projets. A Mes parents, pour tout leur amour. A Padja pour ses câlins à chacun de mes retours. Une mention spéciale à Christel, thanks ! Et merci à mes amis pour leur soutien depuis toujours, et ce, malgré la distance.

Merci à Juliette de m'avoir permis d'expliquer pourquoi je voulais être ergothérapeute. Merci de m'avoir transmis cette passion rien qu'à travers ton sourire et ta bonne humeur constante.

Merci à ma sœur d'avoir utilisé une de ses nombreuses ressources lors de la relecture et correction. Je saurais faire de même pour ta thèse promis...

Enfin, merci à Hugo. Merci d'être présent depuis le début et d'avoir su me rassurer. A tous ces appels juste pour des beijinhos, merci.

Glossaire

- ACE** : Association Canadienne des Ergothérapeutes
- ANFE** : Association Nationale Française des Ergothérapeutes
- ATC** : Antidépresseurs TriCycliques
- CCOMS** : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé
- CLSC** : Centre Local de Services Communautaires
- CRMOH** : Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine
- DE** : Diplômé d'Etat
- DPP** : Dépression PostPartum
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DU** : Diplôme Universitaire
- EASP** : L'Enseignement Associatif de la Sémiologie Psychiatrique
- EEG** : ElectroEncéphaloGramme
- EPP** : Entretien Prénatal Précoce
- HAS** : Haute Autorité de Santé
- IFE** : Institut de Formation en Ergothérapie
- INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
- INSERM** : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
- INSPQ** : Institut National de Santé Publique du Québec
- ISRS** : Inhibiteur Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
- MCREO** : Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel
- MOH** : Modèle de l'Occupation Humaine
- MRQ** : Méthode de Recherche Qualitative
- OEQ** : Ordre de Ergothérapeutes du Québec
- OMS** : Organisation Mondiale de la Santé
- OSA** : Occupational Self-Assessment
- PATH** : Perinatal mental Health
- PEO** : Personne, Environnement, Occupation
- PMI** : Protection Maternelle Infantile
- UMD** : Unité Mère Bébé

Ce mémoire d'initiation à la recherche a été rédigé sous la norme APA 7ème édition.



PRÉFET DE LA RÉGION NORMANDIE

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Nouzille
CS 55427
14054 Caen CEDEX 4

**Direction régionale
de l'économie, de l'emploi,
du travail et des solidarités**

Charte anti-plagiat de la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités de Normandie

La Direction Régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes de travail social et professions de santé non médicales.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention des diplômes des champs du travail social.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source »ⁱ.

Article 2 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 3 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement de fonctionnement de l'établissement de formation. En application du Code de l'éducationⁱⁱ et du Code pénalⁱⁱⁱ, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DREETS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Article 4 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, cette charte dûment signée qui vaut engagement :

Je soussignée Lou JACQUES atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformée.

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, je veillerai à ce qu'il ne puisse être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Rouen Le 22 mai 2024, signature

ⁱ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ses/telecharger/unige/directive-PLAGIAT-19092011.pdf>

ⁱⁱ Article L331-3 du Code de l'éducation : « les fraudes commises dans les examens et les concours publics qui ont pour objet l'acquisition d'un diplôme délivré par l'Etat sont réprimées dans les conditions fixées par la loi du 23 décembre 1901 réprimant les fraudes dans les examens et concours publics ».

ⁱⁱⁱ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Sommaire

I. Introduction	1
II. Cadre conceptuel	2
1. Maternité	2
a. Définition	2
b. Accompagnement prénatal	2
c. Évolution des définitions	3
d. Les enjeux de la grossesse	4
e. Rôle de mère et identité	4
f. Matrescence	5
2. Les complications psychiques	6
a. Divers pathologies	6
b. La dépression postpartum	7
c. Les facteurs de risque de la DPP	8
d. Prise en soin de la DPP	9
3. Les Conséquences de la DPP	10
a. Origines des conséquences	10
b. Impacts sur le lien mère-enfant	11
c. Impacts sur le développement de l'enfant	12
d. Nuances et objectivations	13
4. L'entrée en jeu de l'ergothérapie	14
a. Définition	14
b. Transitions occupationnelles	14
c. Co-occupations	15
d. Ergothérapie et maternité	17
5. Modèle de l'Occupation Humaine	18
a. Description	18
b. Les différentes composantes	19

c. Être : identité à travers le rôle	20
d. L'Occupational Self-Assessment	21
III. Synthèse et recontextualisation	22
IV. Processus de problématisation	24
1. De la question de départ à la problématique	24
2. Hypothèses de recherches	26
V. Processus méthodologique	28
1. Méthode	28
2. Approche	28
3. Population cible	29
4. Techniques et outils de recueil de données empiriques	30
VI. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique dans la recherche	32
VII. Présentation et analyse des résultats	34
1. Processus d'analyse qualitative	34
2. Analyse verticale	35
3. Analyse horizontale	41
a. Accompagnement des femmes en DPP : orientations et objectifs d'intervention	41
b. Principales difficultés rencontrées par les femmes en DPP	41
c. Rôle de l'ergothérapeute auprès des femmes en DPP	42
d. La transition occupationnelle et son accompagnement	42
e. Spécificité des co-occupations, leurs impacts et accompagnements	43
f. L'utilisation du MOH afin de faciliter la transition occupationnelle	44
g. Zoom sur l'OSA : pertinence de l'outil	46
4. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche	47
a. La première hypothèse de recherche	47
b. La deuxième hypothèse de recherche	48
VIII. Discussion	49

1. Nouveaux apports théoriques	49
a. Approche communautaire en santé	49
b. L'intérêt de la pair-aidance	50
2. Biais et limites de la recherche	51
a. Les biais	51
b. Les limites	52
3. Perspectives	52
IX. Conclusion	54
X. Bibliographie	55
XI. Annexes	72

I. Introduction

La maternité est un sujet peu abordé en ergothérapie bien qu'incontournable dans la vie de certaines femmes. En effet, on recense en France 678 000 naissances en 2023 (Insee, 2024). Il s'agit donc d'un phénomène de santé publique qui concerne une grande partie de la population. Cependant, « il ne s'agit pas seulement d'avoir un enfant mais de devenir parent » (Bedouet & Marcende, 2023). Ainsi, les changements et modifications induits par la maternité s'ajoutent à l'instauration de nouveaux rôles, la naissance d'une mère.

Parmi ces naissances, il existe les cas de Dépression Post Partum (DPP) dont seront affectées 10 à 15% des mères (Brummelte & Galea, 2016). La DPP se caractérise par des symptômes d'une dépression majeure pendant plus de 2 semaines après l'accouchement (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013).

De plus, l'arrivée d'un enfant représente une transition c'est-à-dire une « interruption dans la vie d'une personne créant une discontinuité nécessitant ainsi l'établissement d'un nouvel équilibre de vie » (Blair, 2000). De ce fait, il apparaît pertinent d'y confronter le rôle de l'ergothérapeute qui accompagne la participation à la vie quotidienne dans les occupations, aux transitions, aux changements, concernant l'adaptation à un nouvel environnement de vie afin de retrouver la capacité à agir (ACE, 2008).

D'après Horne « de nouvelles occupations et rôles inconnus sont parcourus pour la première fois, tandis que les occupations précédentes peuvent disparaître à l'arrière-plan, soit temporairement, soit à long terme » (Horne & al., 2005). Lors de cette transition, un bouleversement des occupations est donc opérant, menant à redéfinir les objectifs de vie et donc un équilibre occupationnel (OEQ, 2022). Induisant un impact sur la création de liens avec bébé, la DPP semble majorer les difficultés liées à cette transition notamment quant à l'instauration du rôle de mère.

Ainsi, il est possible de faire émerger une question de départ de ce processus de réflexion : **Comment l'ergothérapeute peut-il intervenir dans la transition occupationnelle des femmes en dépression postpartum ?**

II. Cadre conceptuel

1. Maternité

a. Définition

La maternité est définie communément comme étant un « état, qualité de mère. Droit, lien entre l'enfant et sa mère [...] Le fait de porter et de mettre au monde un enfant » (Le Robert, s. d.). On recense en France 678 000 naissances en 2023 (Insee, 2024). La grossesse est un processus allant de la conception jusqu'à l'accouchement (Dictionnaire Médical, s. d.). Cela correspond donc à 9 mois après l'estimation du premier jour des dernières menstruations, c'est-à-dire de 37 à 42 semaines d'aménorrhée (SA). La grossesse sera donc considérée à terme à partir de 37 SA, bien que la majorité des naissances se produisent entre 39 et 41 SA (INSPQ, 2023). On estime ainsi la fin d'une grossesse physiologique à 280 jours en moyenne (Artal-Mittelmark, 2022), soit 3 trimestres.

b. Accompagnement prénatal

Lorsque la grossesse se déroule « sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque » (HAS, 2016) les femmes peuvent être accompagnées selon leur choix par des sage-femmes, des médecins généralistes ou bien des gynécologues qu'ils soient en libéral, maternité ou centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile). Ce sont principalement ces grossesses qui seront étudiées. En France, dans le cadre d'une grossesse sans situations à risque, sept visites médicales sont mises en place ainsi que des examens médicaux obligatoires pris en charge par l'assurance maladie (Direction de l'information légale et administrative, 2023). Il est possible tout d'abord de disposer d'une consultation préconceptionnelle afin d'informer sur les suivis médicaux à venir, réaliser les examens nécessaires, rechercher les facteurs de risques, sensibiliser à certains comportements (tabac, alcool...) et prévenir les anomalies (HAS, 2016). Il s'agit ensuite de déclarer la grossesse afin de réaliser un Entretien Prénatal Précoce (EPP) (AMELI, 2023).

Dans le cadre d'un programme périnatal, le programme des 1000 premiers jours de 2020, cet EPP est rendu obligatoire afin d'évaluer les besoins à venir durant la grossesse. Il a concerné 62% des femmes enceintes en 2022 (Santé publique France, 2024). Une première échographie de datation sera réalisée avant le 3ème mois, une seconde au cours du 5ème mois notamment afin de connaître le sexe du bébé si cela est souhaité, et la troisième lors du 8ème mois vérifiant de nouveau l'emplacement et le développement du bébé.

En dehors de ces consultations dédiées principalement aux échographies, d'autres rendez-vous sont prévus afin de dater la grossesse, fixer la date présumée de l'accouchement, vérifier l'état de santé, dépister et prévenir divers problématiques ou encore préparer à l'accouchement, à la parentalité (HAS, 2016). Enfin, la dernière consultation se déroule lors du 9ème mois et re-détermine si nécessaire le groupe sanguin et les dernière modalité concernant l'accouchement à venir notamment le pronostic obstétrical c'est-à-dire le mode d'accouchement (Direction de l'information légale et administrative, 2023 ; HAS, 2016). Les mères bénéficient donc d'un accompagnement obligatoire en phase prénatale. Par ailleurs, l'Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE) soutient la participation des ergothérapeutes au programme des 1 000 premiers jours (ANFE, 2020).

c. Évolution des définitions

Au-delà de ces aspects factuels explicités plus communément dans les dictionnaires et sites de périnatalité, la maternité a été définie dans certaines littératures comme le travail d'éducation dans lequel les femmes s'engagent (Chodorow, 1999 ; Ruddick, 2002). Il est possible de retrouver à travers cela la notion de protection du bébé ainsi que son développement (Ruddick, 2002). Certaines idéologies mettent davantage l'accent sur l'aspect subjectif de la grossesse notamment en prenant en compte les aspects culturels et sociaux (Arendell, 2000). Il semble néanmoins essentiel d'y ajouter la perception de la maternité aussi bien d'un point de vue négatif que positif (Featherstone, 1999). En effet, d'après Featherstone (1999) « Le mythe de la mère parfaite change au fur et à mesure que les femmes créent et s'efforcent d'établir de multiples identités, la

maternité n'étant qu'une partie et non l'ensemble de l'existence des femmes » (traduction libre). Ainsi, l'idéalisation de la mère parfaite semble s'effacer progressivement mettant en avant l'unicité que représente la maternité (Arendell, 2000). Ainsi, la grossesse est une expérience individuelle qui s'exprime auprès de la femme par des changements sur différents versants.

d. Les enjeux de la grossesse

Durant cette période, de nombreux changements sont opérants et interviennent chez la femme enceinte. A commencer par de nombreuses modifications physiques notamment cardiovasculaires, hématologiques, urinaires, respiratoires, endocriniennes ou encore dermatologiques. (Artal-Mittelmark, 2022). Cela se caractérise le plus communément par une prise de poids et des changements hormonaux. Ces modifications peuvent avoir un impact dans la vie des femmes. Peu de définitions de la maternité s'intéressent particulièrement aux modifications émotionnelles et la dimension psychique. Néanmoins, ces différents facteurs ne sont pas négligeables quant aux divers changements énoncés par une naissance. Ainsi, ajoutés aux modifications physiques, émotionnelles, psychologiques et hormonales, les nouvelles mères vivront des changements aux niveaux de leurs rôles, habitudes, relations personnelles et professionnelles (Will & Bianchi-Demicheli, 2006) qui se poursuivront après l'accouchement (Tully & al., 2017)

e. Rôle de mère et identité

L'apparition du rôle de mère est donc opérant lors de cette transition que représente la maternité. Cela n'est pas anodin puisqu'il est considéré comme le deuxième rôle auquel les femmes accordent le plus d'importance après celui de conjointe (Boyd & al., 2017). Cependant, « Une mère doit naître psychologiquement tout autant que son bébé naît physiquement. Ce qu'une femme met au monde dans son esprit, ce n'est pas un nouvel individu. Mais une nouvelle identité : le sentiment d'être mère » (Stern & al., 2004). La maternité peut donc être considérée comme

une « transformation personnelle » (McMahon, 1995), il s'agit d'acquérir une identité par l'ajout de nouveaux rôles (Graham & al., 2004).

Ainsi, certaines femmes peuvent se sentir déconnectées et sont parfois en difficultés pour s'adapter à ces rôles entre l'identité du « moi » prénatal et du « moi » postnatal (Earle, 2002 ; Woodward, 1997). L'ampleur de ce changement fait notamment référence au fait que devenir mère nécessite de nombreuses obligations (Horne et al., 2005) et modifie également les rôles significatifs déjà présents (Whiteford, 2000 ; Oakley, 1980). Il arrive que les idéaux et représentations de la maternité se confrontent à la réalité, le changement identitaire est donc opérant par l'intégration manifeste du vécu des femmes (Choi & al., 2005 ; Shelton & Johnson, 2006). Ainsi, les femmes font face à des changements d'identité notamment par l'intériorisation de leurs idéaux pour laisser place à leur expérimentation (Steinberg, 2005).

f. Matrescence

De ce fait, les modifications amenées par ce nouveau rôle, celui de mère, impactent le quotidien des femmes. De plus, « il ne s'agit pas seulement d'avoir un enfant mais de devenir parent » (Bedouet & Marcende, 2023). Cette transition s'apparente à la matrescence, « la contraction des mots maternité et adolescence, pour expliquer la naissance d'une mère » (Sarlat, 2019). Créé par l'anthropologue américaine Dana Louise Raphaël dans les années 70, cela exprime le changement identitaire en jeu, passer du statut de femme sans enfant à celui de femme avec enfant, soit le rôle de mère (Lebrun, 2022). La comparaison avec l'adolescence s'exprime par la comparaison avec les bouleversements hormonaux, émotionnels et psychologiques qui sont similaires (Lafaurie, 2022). La matrescence est aussi appelé 4ème trimestre de la grossesse, soit la période de 12 semaines après l'accouchement (Bayot, 2018). Cette étape ne présente pas de réels symptômes mais plutôt « un ensemble d'émotions ambivalentes » quant à la maternité (Lafaurie, 2022), potentiel résultat d'une difficulté d'adaptation à ce nouveau rôle.

Ainsi, il est possible d'imaginer un manque de soins ciblés sur les besoins des mères lors de la période du postpartum, ce qui contraste avec l'accompagnement prénatal (Tully & al., 2017). Des femmes déclarent un suivi davantage centré sur le

nourrisson ou leur santé physique, mais peu sur leur fatigue et détresse émotionnelle (Tully & al., 2017 ; Martin & al., 2014).

De ce fait, ces difficultés occasionnées par les exigences de ce rôle peuvent induire chez les femmes « des sentiments tels que l'insatisfaction et l'incompétence dans leur rôle de mère » (traduction libre : Burke & al., 1987). Ainsi, les femmes rencontrent diverses problématiques liées à la maternité, à leurs adaptations, qui peuvent mener à la confusion et la détresse (Tully, 2017 ; Declercq & al., 2013). De plus, il est important d'énoncer que ces enjeux peuvent tout de même être présents chez les femmes étant déjà mères. En effet, l'adaptation quant au processus que représente la maternité se fait au rythme de chacune, selon ses capacités puisque chaque grossesse est unique (Kielhofner, 2002 ; Hersch & al., 2005 ; Foster & al., 2007). Ainsi le rôle de mère d'un enfant vers celui de mère de deux enfants n'est pas le même, des changements opèrent continuellement selon divers facteurs internes et externes.

2. Les complications psychiques

a. Divers pathologies

Diverses complications peuvent apparaître en lien avec la grossesse comme explicitées précédemment. Cependant, à cela peuvent s'ajouter les troubles psychiques. Ils s'étendent de la conception à la période du postpartum, définit biologiquement par la délivrance du placenta jusqu'au retour de couches. Soit 6 à 8 semaines après l'accouchement (Bedouet & Marcende, 2023). Cependant, il est possible d'étendre cette période aux premières années de vie de l'enfant. Parmi ces troubles il existe la psychose puerpérale qui concerne 1 à 2 naissances sur 1 000 (Kendell & al., 1987). Il s'agit d'une survenue brutale dans les 4 semaines suivant la grossesse avec pour caractéristique principale des idées délirantes et hallucinations (L'Enseignement Associatif de la Sémiologie Psychiatrique EASP, 2014 ; Kendell & al., 1987).

De plus, le baby blues est également connu bien qu'il ne représente pas un état pathologique. Il concerne jusqu'à 80% des accouchements (Tremblay & al., 2014) et peut durer quelques jours après la naissance (INSPQ, 2023). Il s'agit d'un événement transitoire apparaissant principalement suite à une chute des niveaux d'hormones (Payne, 2003). Cependant, la présence de symptômes thymiques pendant la grossesse ou de baby-blues augmente le risque de conduire à une DPP (O'Hara & al. 1991 ; Henshaw, 2003).

b. La dépression postpartum

Ainsi, 10 à 15% des mères sont touchées par la DPP (Brummelte & Galea, 2016). La DPP se caractérise par des symptômes d'une dépression majeure pendant plus de 2 semaines après l'accouchement (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013) et semblent présenter une plus grande intensité au cours des 6 premiers mois (Silva & al., 2017). Les symptômes peuvent se manifester par une culpabilité excessive, notamment envers le nourrisson, des difficultés à créer du lien avec le bébé, un sentiment d'incompétence maternelle, une honte et une irritabilité (Tremblay & al., 2014). Au moins 5 des symptômes suivants sont nécessaires à l'élaboration du diagnostic : humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou du plaisir dans les activités, changement du poids, insomnie, agitation psychomotrice ou ralentissement, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de culpabilité, d'inutilité, de désespoir ou d'impuissance, diminution de la capacité de concentration, pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires (traduction libre, Payne & Maguire, 2019).

Les symptômes de la DPP peuvent être présents jusqu'à deux ans après l'accouchement (Campbell & al., 1992). Il est également possible de trouver un lien entre la DPP, les changements hormonaux et la réduction de sommeil (Payne, 2003 ; Lee & al., 2000). En effet, une fluctuation hormonale est naturellement présente durant la grossesse et après la délivrance, ce qui entraînerait une perturbation du sommeil notamment en lien avec le déclin de progestérone (Lee & al., 2000 ; Kang & al., 2002). Ceci donc favoriserait la DPP (Goyal & al., 2009).

c. Les facteurs de risque de la DPP

Il existe de nombreux facteurs de risque concernant la DPP. Parmi les plus courants il est possible de recenser les facteurs de vulnérabilité psychique. Notamment les antécédents personnels ou familiaux, d'abus ou de maltraitance, la grossesse adolescente ou tardive, l'isolement, les difficultés et violences conjugales (EASP, 2014). La majorité des mères en DPP ont connu des difficultés dans leurs relations sociales et rapportent peu de soutien notamment émotionnel (Vliegen & al., 2014 ; Lilja & al., 2012 ; Posmontier, 2008 ; Rodrigues & al., 2003). De plus, 20 à 30 % des femmes concernées par la DPP ont présenté des troubles affectifs antérieurement et sont à risque (30 à 50%) de souffrir de nouveau d'une DPP ultérieurement (O'Hara & al., 1993 ; Searle, 1987). Les attentes et exigences de la société engendrent également une pression sur le rôle des mères, ce qui augmente les risques de DPP (Prinds & al., 2014). Les facteurs socio-culturels semblent également entrer en jeu tels que la précarité, l'immigration, ou la reprise précoce du travail (EASP, 2014).

Enfin, un autre facteur de risque majeur de la DPP correspond aux circonstances gynécologiques et obstétriques. Cela s'explique notamment s'il s'agit d'un premier enfant, d'une grossesse gémellaire, de prématurité, de malformations ou encore de violences médicales (Bedouet & Marcende, 2023). En outre, des facteurs de stress durant la grossesse et expériences défavorables lors de l'accouchement favorisent la survenue d'une DPP tels que le jeune âge maternel ou les complications de santé (O'Hara & al., 1984 ; Bernazzani & Bifulco, 2003) mais également des facteurs antérieurs tels que ses propres relations familiales et conjugales (Kumar & Robson, 1984), des difficultés financières ou un manque de soutien extérieur (O'Hara, 1986 ; Honey & al., 2003 ; Bernazzani & Bifulco, 2003).

d. Prise en soin de la DPP

La DPP peut être dépistée lors de deux rendez-vous obligatoires après l'accouchement : l'entretien postnatal précoce et la consultation médicale postnatale (AMELI, 2023 ; Santé publique France, 2024) qui portent sur la santé physique et mentale des femmes. Ils se déroulent entre 4 à 8 semaines après l'accouchement. Cependant, l'entretien postnatal précoce n'est pris en charge qu'à 70% par l'assurance maladie contrairement aux consultations prénatales (AMELI, 2023).

De plus, des outils de dépistage symptomatique de la DPP existent telle que l'Échelle de Dépression Postnatal d'Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale/EPDS) qui permet d'auto évaluer la situation des 7 derniers jours. Lorsqu'ils sont dépistés, les cas de dépression postpartum peuvent être pris en soin de différentes manières. La psychothérapie interpersonnelle peut être proposée afin d'aborder différentes problématiques telles que le changement de rôle, les relations personnelles, le manque de soutien ou encore le stress ressenti (Grigoriadis & Ravitz, 2007).

De plus, une thérapie cognitivo-comportementale ou psychodynamique ont également été identifiés comme efficaces dans les cas de DPP (Cuijpers & al., 2008). Cependant, les femmes sont parfois en difficulté pour identifier et rencontrer les professionnels formés à ces thérapies par manque de disponibilités des thérapeutes ou de temps de la part des mères, par le coût que cela peut engendrer ou encore les difficultés d'engagement sur la durée (Abreu & Stuart, 2005). De plus, d'après Abreu et Stuart, les femmes atteintes de DPP peuvent percevoir la psychothérapie comme stigmatisante et n'ont pas la possibilité de faire garder leur enfant pour maintenir leur participation aux consultations (2005).

Il existe d'autres pistes qui peuvent être proposées tel que les antidépresseurs qui démontrent des effets plus importants (Pearlstein & al., 2009). Cependant, ils peuvent être déconseillés en cas d'allaitement (Battle & al., 2008). En effet, il convient d'évaluer les bénéfices de la prise d'antidépresseurs sur les symptômes et conséquences de la DPP ainsi que les potentiels risques sur le nourrisson quant à

son exposition via le lait maternel (Pearlstein & al., 2009). Il est nécessaire d'adapter la dose progressivement en surveillant les effets indésirables notamment sur l'enfant (Abreu & Stuart, 2005).

De ce fait, certains antidépresseurs semblent plus adaptés et des examens d'innocuité ont été menés concernant les Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) et des Antidépresseurs TriCycliques (ATC) (Gentile, 2007 ; Hallberg & Sjoblom, 2005 ; Weissman, 2004).

Néanmoins, dans les cas nécessitant une hospitalisation, il est davantage conseillé les unités mère-enfant afin de favoriser la continuité de l'allaitement et le soutien aux interactions mère-enfant (Howard & al., 2006). Enfin, il est possible de constater que l'utilisation d'oestrogène peut jouer un rôle dans la prise en soin de la DPP (Ahokas & al., 2001 ; Gregoire & al., 1996).

Ces aspects de prises en soin de la DPP s'intéressent alors davantage aux symptômes psychiques. Il semble pertinent de s'interroger sur les conséquences de la DPP.

3. Les Conséquences de la DPP

a. Origines des conséquences

Du fait de ces différents symptômes, il existe donc des conséquences de la DPP sur le quotidien des mères notamment dûs à l'hypervigilance maternelle. Winnicott parle quant à lui de préoccupation maternelle primaire (1995). Une certaine ambivalence se fait alors ressentir car en effet, le développement et par conséquent la survie du bébé, dépend de sa mère. Or, les symptômes de la DPP ne favorisent pas les soins maternels (Tremblay & al., 2014). Une pression peut alors apparaître auprès des mères, laissant émerger une culpabilité. Cela est également dû aux normes et représentations sociétales de la mère. En effet, d'après Bedouet & Marcende, il peut être nécessaire d'apprendre à aimer son enfant contrairement au slogan « love at first sight », représentant le coup de foudre (2023). De plus,

l'accouchement peut mettre en lumière les propres vulnérabilités de la mère. Cela peut s'exprimer par une reviviscence de son expérience étant bébé, s'identifier aux relations avec ses propres parents (Winnicott, 1995). Ainsi, les différents symptômes et conséquences de la DPP peuvent impacter le rôle de mère quant à son investissement notamment en ce qui concerne l'allaitement. Wouk et d'autres auteurs mettent en avant le fait que les symptômes de la DPP diminuent l'initiation et la durée de l'allaitement maternel (Wouk & al., 2017). Un impact sur le lien mère-enfant peut donc se faire ressentir, et par conséquent, sur le développement de l'enfant aussi (Henderson & al., 2003 ; Whitcomb, 2012). Une conséquence non négligeable de la DPP est le suicide maternel, 2ème cause de mortalité maternelle en France durant les 1ères années de vie de l'enfant (INSERM, 2021). Ceci se retrouve également dans d'autres pays comme l'Australie (Cliffe & al., 2008).

La DPP semble donc être un frein à la transition que nécessite le rôle de mère notamment dans l'établissement d'un lien avec l'enfant.

b. Impacts sur le lien mère-enfant

Les symptômes de la DPP semblent interférer avec le processus d'attachement de l'enfant. En effet, d'après Bowlby, ce processus vital optimise son développement par des composantes sociales, émotionnelles, cognitives et comportementales (2007). Cependant, les liens notamment émotionnels et cognitifs peuvent être altéré par les différents symptômes de la DPP (Tremblay & al., 2014). De plus, les femmes concernées peuvent avoir une vision plus négative d'elles même et par conséquent des autres, notamment une perception négative du comportement de leur bébé (Field, 1984). En effet, la santé émotionnelle de la mère influence sa relation avec l'enfant (Ali & al., 2013). Ainsi, les difficultés concernant l'établissement du lien mère-enfant peuvent être en lien avec une « séparation physique précoce ou des difficultés à se rendre disponible émotionnellement pour l'enfant » (traduction libre, Bicking Kinsey & al., 2014).

Par conséquent, cela majore les difficultés à créer du lien, les interactions mère-enfant et les soins fournis aux bébés (Slomian & al., 2019 ; Orün & al., 2013 ; O'Higgins & al., 2013), pourtant nécessaires au développement de l'enfant.

c. Impacts sur le développement de l'enfant

La DPP présente un impact sur le rôle de mère, ce qui peut jouer sur le développement de l'enfant (Whitcomb, 2012). Durant les premières années de vie du bébé, il apparaît comme essentiel de le stimuler notamment par ses interactions avec l'environnement (Sohr-Preston & Scaramella, 2006), afin d'influencer son développement cognitif et langagier. En effet, un environnement social chaleureux et réactif a été identifié comme un levier aux développement des capacités cognitives et linguistiques chez le nourrisson (Bornstein & Tamis-LeMonda, 1989 ; Hart & Risley, 1995 ; Landry & al., 1997 ; Landry & al., 2001). Des études menées par Feldman démontrent que ces capacités sont favorisées par les réactions positives des mères, les discours dirigés vers le nourrisson et le toucher affectueux (Feldman & Eidelman, 2003 ; Feldman & al., 2004 ; Feldman & al., 2002).

Cependant, les différents symptômes présents chez les femmes en DPP tels que l'irritabilité et le retrait social « peuvent interférer avec la capacité des mères à répondre de manière sensible aux besoins de leurs nourrissons » (traduction libre : Kurstjens & Wolke, 2001 ; NICHD Early Child Care Research Network, 1999 ; Tremblay & al., 2014). Cela semble diminuer, chez le nourrisson, sa motivation et son intérêt pour la communication (Field, 1995 ; Gauvain, 2001). De même pour l'attention conjointe, favorisant le langage des bébés, qui semble difficile à établir pour les mères en DPP (Goldsmith & Rogoff, 1997 ; Henderson & al., 2003). D'autres recherches démontrent que les nourrissons de mère en DPP sont moins expressifs et présentent moins de tonus vagal entre 3 et 6 mois que les autres nourrissons (Field, 1995). La DPP semble donc interférer avec les capacités des femmes à réagir aux besoins de leurs nourrissons de façon cohérente et réactive (Sohr-Preston & Scaramella, 2006).

De plus, des études s'intéressant à l'activité cérébrale ont constaté, à l'aide d'électroencéphalogramme (EEG), que les nourrissons de mère en DPP présentent une activité davantage ciblée sur l'hémisphère frontale droit plutôt que le gauche, à l'inverse des autres nourrissons (Field & al., 1995). Cela signifierait, chez les nourrissons de mère en DPP, une activité cérébrale principalement « liée au retrait et à l'émotivité négative » (traduction libre : Field & al., 1995). Ainsi, cela diminuerait les capacités d'apprentissages précoces, d'explorations dans son environnement (Sohr-Preston & Scaramella, 2006).

Enfin, plus récemment, des recherches ont permis de mettre en avant que les symptômes de DPP durant les premiers mois de vie de l'enfant ont un impact négatif sur son développement « psychologique et biologique » (Kawai & al., 2017). En effet, d'autres auteurs s'accordent également pour dire que les enfants de 6 à 8 semaines après l'accouchement de femmes en DPP présentent un indice développemental plus faible que les autres enfants (Liu & al., 2017).

d. Nuances et objectivations

Néanmoins, le lien entre la DPP et le développement cognitif des bébés reste à objectiver. D'autres facteurs notamment génétiques, culturels et sociaux entrent en compte et sont à identifier (Sohr-Preston & Scaramella, 2006).

De plus, cette période essentielle au développement du nourrisson au sein de son environnement est également à nuancer par la durée et la gravité de l'exposition aux différents symptômes de la DPP (Reck & al., 2018). Ces effets négatifs sur le développement de l'enfant peuvent donc être seulement de courte durée (Smith-Nielsen & al., 2016 ; Quevedo & al., 2012) et dépendent aussi du moment d'apparition. Les compétences en communication de l'enfant, à ses 2 ans, dont les symptômes des mères en DPP se sont manifestés au cours des 4 premiers mois de vie ont effectivement été impactées (Valla & al., 2016). Cependant, les symptômes de la DPP présents pendant les 6 premières semaines de vie l'enfant n'ont pas influencé par la suite sa communication (Valla & al., 2016). Ainsi, la DPP peut affecter le développement de l'enfant en diminuant les capacités des mères à

interagir, néanmoins il faut que la dépression soit à long terme et chronique pour induire des effets significatifs sur le développement cognitif de l'enfant (Oyetunji & Chandra, 2020).

La DPP peut alors impacter le quotidien des mères et de leur nourrisson tant sur l'aspect physique que relationnel.

4. L'entrée en jeu de l'ergothérapie

a. Définition

L'ergothérapeute, Occupational Therapist en anglais, est un professionnel de santé issu du paramédical. Il est partie prenante concernant le processus d'adaptation, de réadaptation et d'intégration sociale des personnes (ANFE, s. d.). L'ergothérapeute intervient auprès « des individus et des groupes qui rencontrent des restrictions dans la participation sociale et occupationnelle, en termes d'activité et de prise de décisions, issues à la fois de facteurs individuels [...] et/ou de facteurs sociaux [...] » (Fransen & al., 2013). Le but principal étant de permettre l'accès aux occupations, c'est à dire les « activités et tâches de la vie quotidienne auxquelles les individus et les différentes cultures donnent un nom, une structure, une valeur et une signification » (ACE, 2008), soit les activités signifiantes, de façon sécuritaire, autonome, indépendante et efficace (ANFE, s. d.). Ces occupations sont amenées à évoluer au cours de la vie. Ainsi, l'ergothérapeute accompagne la participation à la vie quotidienne dans les occupations, aux transitions, aux changements, concernant l'adaptation à un nouvel environnement de vie afin de retrouver la capacité à agir (ACE, 2008).

b. Transitions occupationnelles

Ainsi, les transitions occupationnelles représentent une « interruption dans la vie d'une personne créant une discontinuité nécessitant ainsi l'établissement d'un nouvel équilibre de vie » (traduction libre : Blair, 2000).

Une transition, d'après Schlossberg (2008), crée du changement, perturbe nos vies tant sur l'aspect des rôles, des routines et des relations sociales. Ainsi, trois étapes majeures marquent une transition à savoir « moving in » qui représente la fin de la situation actuelle : celui d'une femme avant d'obtenir le rôle de mère. Suivi du « moving through », la période d'entre deux, afin de poursuivre par le « moving out » le début de la nouvelle situation, à savoir ici le rôle de mère (Barclay, 2017). La transition nécessite donc d'évaluer, planifier et s'adapter à la nouvelle situation. La nouveauté peut amener à de l'inquiétude et nécessite d'apprendre à utiliser ses nouveaux rôles (Thibault, 2022). En effet, une « transition vers de nouveaux rôles inconnus implique une phase d'inconfort et d'insatisfaction et expose les individus au risque de perdre en confiance soi et en estime de soi » (Laney & al., 2015), sentiments déjà impactés par la DPP (Tremblay & al., 2014).

Ainsi, une transition réussie se caractérise par un bien être physique et psychologique synonyme d'une adaptation réussie (Kralik & al., 2006). La perception de l'avenir peut donc se redimensionner, perception étant propre à chacun. Cette transition modifie et amène de nouveaux rôles quant à la maternité.

L'accompagnement d'une transition vers la maternité vise donc, si elle est réussie, à diminuer l'impact des symptômes psychiques et élever le niveau de bien-être, de compétences maternelles (Kralik & al., 2006).

c. Co-occupations

Cette transition que représente la maternité engendre donc des changements notamment par l'acquisition de nouvelles compétences. Il s'agit notamment des co-occupations, c'est-à-dire les occupations partagées et interactives, entre deux personnes ou plus, ici entre le bébé et sa mère (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009).

En effet, le nourrisson étant dépendant pour répondre à ses besoins, ils participent ensemble (mère-enfant) aux activités de la vie quotidienne (Whitcomb, 2012). Cela comprend donc les intentions partagées lors de l'engagement à ces co-occupations

(Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pizur-Barnekow & Erickson, 2011). C'est notamment à travers cela que l'attachement, le lien mère-enfant, le développement du nourrisson ou encore le bien-être maternel sont favorisés (Slootjes & al., 2016 ; O'brien & Lynch, 2011 ; Esdaile et Olsen, 2004). Cependant, le niveau de participation au sein des co-occupations est variable s'il s'agit d'occupations davantage à faible niveau sociale tel que « être à côté sans interaction » (Vagny, 2022) ou davantage à fort niveau sociale, être en interrelation (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009; Pierce, 2009 ; Vagny, 2022). En effet, une co-occupation essentielle pour une mère correspond notamment au développement d'une relation avec son bébé (Esdaile & Olsen, 2004).

Or, les difficultés d'adaptation à ce nouveau rôle ou encore les différents symptômes de la DPP influencent leur participation, la capacité à s'investir est alors affectée (Branjerdporn & al., 2020). Par conséquent, les co-occupations influencent mais sont aussi influencées par la santé infantile et maternelle (Esdaile & Olsen, 2004). En effet, trois composantes majeures englobent les co-occupations à savoir : physicalité, intentionnalité et émotionnalité (Gee & al., 2021; Pickens & Pizur-Barnekow, 2009). Ces composantes sont donc toujours présentes à différents niveaux et partagées par le bébé et sa mère lors des co-occupations notamment par exemple la dépendance motrice du nourrisson, le contact lors de l'allaitement (physicalité partagée), la réaction émotionnelle au ton employé (émotionnalité partagée) ou la compréhension du rôle de l'autre, son but à travers divers manifestations et comportements (intentionnalité partagée) (Vagny, 2022 ; Gee & al., 2021 ; Pickens & Pizur-Barnekow, 2009).

Ces composantes évoluent et ne sont pas présentes de la même manière dans les co-occupations au fur et à mesure de l'évolution du développement de l'enfant. Ainsi, l'accent est davantage porté sur la physicalité avant que l'enfant devienne plus indépendant afin de laisser plus de place à l'émotionnalité et intentionnalité (Gee & al., 2021 ; Vagny 2022). Le rôle de mère nécessite donc de s'adapter continuellement ce qui peut représenter une difficultés d'autant plus présente par les symptômes de la DPP (Branjerdporn & al., 2020) et impacter cette transition.

d. Ergothérapie et maternité

D'après Buchner, « peu d'attention est accordé aux aspects non médicaux du fait de devenir mère » (Buchner, 2021). De ce fait, peu d'ergothérapeutes travaillent au soutien de cette transition maternelle. Cependant, l'impact dans les occupations des femmes se fait ressentir premièrement par la matrescence, la création de nouveaux rôles (Lebrun, 2022). D'après Horne « de nouvelles occupations et rôles inconnus sont parcourus pour la première fois, tandis que les occupations précédentes peuvent disparaître à l'arrière-plan, soit temporairement, soit à long terme » (traduction libre : Horne & al., 2005). En effet, les occupations seront modifiées ou effacées, la mère aura pour objectif principal de s'occuper de son enfant, mettant parfois de côté ses propres besoins.

Ainsi, un bouleversement des occupations est donc opérant, menant à redéfinir les objectifs de vie et donc un équilibre occupationnel (OEQ, 2022). De plus, ajoutée à l'incorporation d'un nouveau rôle, la maternité change les priorités des femmes (Prinds & al., 2014) notamment concernant les relations avec les autres et ses rôles existants. Il s'agit notamment des co-occupations qui nécessitent une adaptation importante (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009). Par conséquent, la capacité des femmes en DPP à participer à ces co-occupations est altérée lorsqu'elles se sentent submergées, en difficulté d'adaptation (Branjerdporn & al., 2020).

Les troubles psychiques de la DPP majorent ainsi les difficultés liées à cette transition. En effet, occuper un rôle à responsabilité tel que celui de mère se veut plus complexe en présence « d'humeur dépressive, diminution de l'intérêt ou du plaisir dans les activités, sentiment de culpabilité, de désespoir ou d'impuissance, d'une diminution de la concentration ainsi que des pensées récurrentes de mort ou d'idées suicidaires » (traduction libre : Payne & Maguire, 2019).

Par conséquent, un soutien, lors de cette transition au rôle de mère, peut être nécessaire afin de favoriser la participation aux co-occupations et donc faciliter le lien mère-enfant (Slootjes & al., 2016 ; Baker & al., 2024). Ainsi, la facilitations à cette transition par l'ergothérapeute permet notamment de « réduire la tension du

rôle maternel » (traduction libre : Slootjes & al., 2016) et de ce fait diminuer l'incidence de la DPP et ses conséquences sur le lien mère enfant, sur son développement (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pizur-Barnekow & Erickson, 2011).

5. Modèle de l'Occupation Humaine

a. Description

Enfin, il est possible de se questionner sur l'accompagnement concret de cette transition occupationnelle par une modèle appliqué en ergothérapie. Il s'agit ici du MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) élaboré par Gary Kielhofner fin des années 80. Ce modèle centré sur l'occupation aurait pour intérêt de mettre en avant l'interaction entre l'Être, l'Agir et le Devenir de la mère, tout en étant en lien constant avec son Environnement. Ce processus inter-dynamique permettrait donc d'identifier le changement et l'évolution de la personne dans ses transitions (Thibault, 2022).

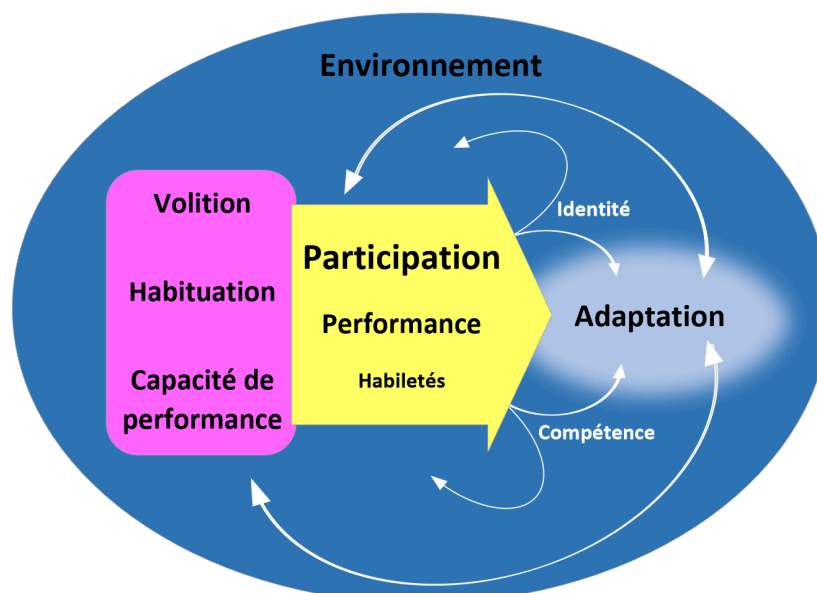


Schéma illustrant la dynamique du Modèle de l'Occupation Humaine (version Française).
Traduit et librement inspiré des travaux de R. Taylor, P. Bowyer & G. Fisher par G. Mignet et A. Doussin (2024).
Diffusé par le Centre de Référence sur le Modèle de l'Occupation Humaine (Université Laval, Québec).

b. Les différentes composantes

A travers ce modèle (MOH | 5e édition 2023), la composante de l'Être regroupe la volition de la personne soit sa motivation à agir sur l'environnement, l'habitation c'est à dire ses habitudes de vie et ses rôles, et enfin la capacité de performance soit son aptitude à agir, qu'elle soit objective (physique ou mentale) mais également subjective de par l'expérience du corps (Morel-Bracq, 2017).

De plus, l'Agir englobe quant à lui les notions de participation et performance occupationnelle soit l'engagement dans l'ensemble des tâches menant à soutenir une activité significative, et les habiletés qui représentent des actions dirigées vers un but (habileté motrice, de communication...). L'Agir représente donc la participation à l'occupation durant laquelle nous pouvons observer la performance qui nécessite d'évaluer diverses habiletés (Morel-Bracq, 2017).

Enfin, le MOH cible, sous le terme Devenir, l'identité ainsi que la compétence occupationnelle qui vont être accumulés par l'expérience lors des occupations (Morel-Bracq, 2017). Ceci va permettre de tendre vers une adaptation c'est-à-dire ce que la personne souhaite devenir et sa capacité à maintenir une routine cohérente, soit remplir ses obligations et responsabilités liées aux rôles.

Ainsi, le Devenir de la mère résulterait de l'Être et de l'Agir, selon son adaptation aux occupations. Les symptômes et problématiques rencontrés par les femmes lors de leur DPP pourraient se retranscrire dans le processus du MOH tels que diminution du sentiment de compétence éprouvé par la mère, la baisse de l'estime personnelle ou encore les difficultés d'identification aux rôles (Tremblay & al., 2014 ; Thibault, 2020). De ce fait, il peut sembler pertinent d'utiliser ce modèle afin d'observer et accompagner à la transition au rôle de mère, à son adaptation.

c. Être : identité à travers le rôle

L'Être de la personne comporte notamment l'habitation, c'est-à-dire ses rôles et habitudes de vie (Kielhofner, 2004 ; Morel-Bracq, 2017). Ainsi, « le rôle, qui modèle les actions et attitudes, a un effet considérable sur le sens identitaire » (traduction libre : Kielhofner, 2004). C'est donc l'identité qui justifie les actions de la personne (Ramafikeng, 2010). Les rôles influencent les tâches et interactions qui en découlent, ce sont par conséquent les habitudes qui régulent les actions liées au rôle (Ramafikeng, 2010). De plus, le rôle de mère est impacté par les difficultés des femmes en DPP à s'engager dans les tâches qui y sont liées (Horne & al., 2005). Ainsi, il convient de soutenir les femmes en DPP dans leurs habitudes et compétences afin de favoriser leurs actions liées aux rôles (Heard, 1977).

De plus, c'est à travers la maternité que la femme établit une nouvelle identité. Il s'agit donc d'apprendre à « devenir mère » (Mercer, 2004), établir une identité liée au rôle maternel. L'identité sera induite par la modification des habitudes, les occupations et co-occupations ne seront pas réalisées par automatisme, l'environnement et les situations n'étant plus familiers (Kielhofner, 2004). Ainsi, les occupations du rôle de mère construisent son identité et inversement (Christiansen, 2014 ; Taylor & Kay., 2015). Cependant, les mères en DPP présentent des difficultés à répondre à leurs occupations, ce qui menace leur identité (Christiansen, 2014 ; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). De plus, il existe « une négociation entre les identités liées aux rôles » (traduction libre : Graham & al., 2004). En effet, l'identité peut être fracturée lorsqu'une femme devient mère, il est ainsi possible de ressentir une perte de soi (Horne & al., 2005) davantage accentuée par la DPP et ses difficultés d'adaptation (Tremblay & al., 2014 ; Branjerdporn & al., 2020). C'est donc l'identité des femmes qui impactera leur capacité à agir (Reynolds, 2015).

Ainsi, valoriser l'Être de la mère en DPP dans les rôles induits par sa nouvelle identité permettra par la suite d'établir des objectifs et actions (Alexandratos & al., 2012 ; Del Fabro & al., 2011).

d. L'Occupational Self-Assessment

En ce sens, il est possible de se pencher sur l'utilisation d'un outil issu du MOH, l'Occupational Self-Assessment (OSA) (Baron & al., 2006). Il permet d'auto-évaluer la capacité d'une personne à maintenir ses occupations en lien avec son identité occupationnelle (Centre de Référence du Modèle de l'Occupation Humaine, 2023). L'OSA présente 21 énoncés. Il convient ainsi à la personne de déterminer « le degré de difficulté et la valeur accordé à cet énoncé » (CRMOH, 2023). Différents aspects du MOH sont abordés, notamment les rôles à travers l'habituatation. Cet outil permet également de mettre l'accent sur l'aspect subjectif des occupations. En effet, il est ensuite demandé à la personne d'identifier ce qu'elle souhaite modifier parmi les énoncés abordés précédemment. Cela permet donc de cibler les besoins de la personne (CRMOH, 2023).

La passation est estimée entre 20 et 30 minutes durant lesquelles la personne « livre sa perception sur sa compétence occupationnelle et sur les impacts de son environnement » (Doussin & al., 2021). De plus, cette auto-évaluation peut être modélisée à l'aide de clés d'interprétations et ainsi convertir les cotations en scores (CRMOH, 2023). Cela permet notamment une comparaison en cas de réévaluations.

De ce fait, l'objectif d'un ergothérapeute étant notamment de « comprendre les changements de rôles, de routines et de stratégies d'adaptation » (traduction libre : Dunbar & Roberts, 2006) afin de soutenir la participation, il est possible de se questionner sur l'utilisation de l'OSA lors de cette transition. En effet, les femmes en DPP peuvent nécessiter un soutien afin de développer de nouvelles routines et stratégies d'adaptation (Tremblay & al., 2014 ; Podvey, 2018). De plus, l'engagement dans les co-occupations et l'interaction mère-enfant peuvent également nécessiter un accompagnement (Podvey, 2018). Ainsi, « les activités occupationnelles qui s'ajoutent aux principales exigences occupationnelles des femmes » (Esdaile & Olsen, 2004 ; Pickens & Pizur-Barnekow, 2009) peuvent nécessiter d'être évaluées, notamment la capacité des femmes en DPP à maintenir leurs occupations en lien avec leur nouvelle identité (CRMOH, 2023).

III. Synthèse et recontextualisation

Pour rappel, la recherche a été menée à partir de la question de départ suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il accompagner la transition occupationnelle des femmes en dépression postpartum ?

Les cas de dépression postpartum (DPP) concernent 10 à 15% des 678 000 naissances en France en 2023 (Insee, 2024 ; Brummelte & Galea, 2016). La DPP se caractérise par les symptômes d'une dépression majeure pendant plus de 2 semaines après l'accouchement (DSM, 2013). De plus, le rôle de mère n'est pas anodin puisqu'il s'agit du deuxième rôle auquel les femmes accordent le plus d'importance après celui de conjointe (Boyd & al., 2017). En mettant ainsi progressivement de côté l'idéalisation de la mère parfaite, il a été possible d'identifier de nombreuses difficultés induites par l'adaptation au rôle de mère et majorées par les symptômes de la DPP (Arendell, 2000 ; Tremblay & al., 2014 ; Tully, 2017 ; Declercq & al., 2013).

De nouvelles compétences en lien avec ce rôle maternel ont pu être soulignées telles que les co-occupations entre le bébé et sa mère (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009) permettant notamment de favoriser l'attachement, le lien mère-enfant, le développement du nourrisson ou encore le bien-être maternel (Slootjes & al., 2016 ; O'brien & Lynch, 2011 ; Esdaile & Olsen, 2004). Il s'agit donc d'une transition occupationnelle amenant au changement, à la disparition ou au remplacement de plusieurs occupations (Jonsson, 2010).

D'autre part, l'ergothérapeute a été identifié comme un professionnel accompagnant la participation à la vie quotidienne dans les occupations, aux transitions, aux changements, concernant l'adaptation à un nouvel environnement de vie afin de retrouver la capacité à agir (ACE, 2009). Ainsi, de nombreuses conséquences de la DPP sont présentes durant cette transition occupationnelle (Henderson & al., 2003 ; Whitcomb, 2012).

L'accompagnement à cette transition par l'ergothérapeute permettra donc notamment de « réduire la tension du rôle maternel » (traduction libre : Sloopjes & al., 2016) afin de diminuer l'incidence de la DPP et ses conséquences sur le lien mère enfant, sur son développement (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pizur-Barnekow & Erickson, 2011). Ceci a permis de se questionner sur les moyens tels que l'OSA afin d'élaborer le processus de problématisation suivant (CRMOH, 2023).

IV. Processus de problématisation

1. De la question de départ à la problématique

En suivant l'évolution des concepts théoriques abordés précédemment, il a été possible d'identifier de nombreuses difficultés induites par le rôle de mère et majorées par les symptômes de la DPP (Arendell, 2000 ; Tremblay & al., 2014 ; Tully, 2017 ; Declercq & al., 2013). De nombreuses conséquences de la DPP sont présentes notamment un impact sur le lien mère-enfant pouvant entraver le développement de l'enfant (Henderson & al., 2003 ; Whitcomb, 2012).

Ainsi, la transition occupationnelle que représente la maternité peut nécessiter un accompagnement, notamment apprendre à utiliser ces nouveaux rôles (Thibault, 2022) pour ainsi diminuer l'impact des symptômes psychiques de la DPP et élever le niveau de bien-être, de compétences maternelles (Karlik & al., 2006).

En effet, de nouvelles compétences ont été identifiées en lien avec ce rôle maternelle telles que les co-occupations entre le bébé et sa mère (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009) permettant notamment de favoriser l'attachement, le lien mère-enfant, le développement du nourrisson ou encore le bien-être maternel (Slootjes & al., 2016 ; O'brien & Lynch, 2011 ; Esdaile & Olsen, 2004). Cependant, la capacité des femmes en DPP à participer à ces co-occupations est altérée lorsqu'elles se sentent submergées, en difficulté d'adaptation (Branjerdporn & al., 2020). Les troubles psychiques de la DPP majorent ainsi les difficultés liées à cette transition.

Ainsi, l'accompagnement à cette transition par l'ergothérapeute permet notamment de « réduire la tension du rôle maternel » (traduction libre : Slootjes & al., 2016) et de ce fait diminuer l'incidence de la DPP et ses conséquences sur le lien mère enfant, sur son développement (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pizur-Barnekow & Erickson, 2011).

Afin de permettre l'intervention de l'ergothérapeute lors de cette transition, un outil a été identifié.

Il s'agit de l'Occupational Self Assessment (OSA) issu du Modèle de l'Occupation Humaine (MOH). En effet, le rôle de mère est impacté par les difficultés des femmes en DPP à s'engager dans les tâches qui y sont liées (Horne & al., 2005). C'est pourtant ce rôle qui « modèle les actions et attitudes, qui a un effet considérable sur le sens identitaire » (traduction libre : Kielhofner, 2004).

Il s'agit donc d'apprendre à « devenir mère » (Mercer, 2004), établir une identité liée au rôle maternel. Les mères en DPP présentent des difficultés à répondre à leurs occupations, ce qui menace leur identité (Christiansen, 2014 ; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). C'est pourquoi l'OSA pourrait être mobilisé afin d'auto-évaluer la capacité d'une personne à maintenir ses occupations en lien avec son identité occupationnelle (CRMOH, 2023).

Ainsi, les différents concepts abordés permettent d'identifier la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser le rôle de mère en dépression postpartum dans sa transition occupationnelle en utilisant l'Occupational Self Assessment ?

2. Hypothèses de recherches

La maternité représente une transition occupationnelle amenant au changement, à la disparition ou au remplacement de plusieurs occupations (Jonsson, 2010). En effet, « de nouvelles occupations et rôles inconnus sont parcourus pour la première fois, tandis que les occupations précédentes peuvent disparaître à l'arrière-plan, soit temporairement, soit à long terme » (traduction libre : Horne & al., 2005). De ce fait, les occupations seront modifiées ou effacées, la mère aura pour objectif principal de s'occuper de son enfant, mettant parfois de côté ses propres besoins.

Ainsi, il existe « une négociation entre les identités liées aux rôles » (traduction libre : Graham & al., 2004). En effet, l'identité peut être fracturée lorsqu'une femme devient mère, il est ainsi possible de ressentir une perte de soi (Horne & al., 2005) davantage accentuée par la DPP et ses difficultés d'adaptation (Tremblay & al., 2014 ; Branjerdporn et al., 2020). En effet, les mères en DPP présentent des difficultés à répondre à leurs occupations, ce qui menace leur identité (Christiansen, 2004 ; Vrkljan & Miller-Polgar, 2001). C'est pourquoi l'OSA pourrait être mobilisé afin d'auto-évaluer la capacité d'une personne à maintenir ses occupations en lien avec son identité occupationnelle (CRMOH, 2023). Il est donc possible de faire émerger cette première hypothèse :

H1 : En utilisant l'OSA il serait possible, pour l'ergothérapeute, d'identifier les difficultés des femmes liées à la DPP afin d'aider au maintien et à la reprise de leurs occupations.

De plus, cette transition que représente la maternité engendre des changements notamment par l'acquisition de nouvelles compétences comme les co-occupations. Il s'agit des occupations partagées et interactives, entre deux personnes ou plus, ici entre le bébé et sa mère (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009). C'est notamment à travers cela que l'attachement, le lien mère-enfant, le développement du nourrisson ou encore le bien-être maternel sont favorisés (Slootjes & al., 2016 ; Esdaile & Olsen, 2004). Cependant, la capacité des femmes en DPP à participer à ces co-occupations est altérée lorsqu'elles se sentent submergées, en difficulté d'adaptation (Branjerdporn & al., 2020). Par conséquent, un soutien lors de cette transition au rôle de mère peut être nécessaire afin de favoriser la participation aux co-occupations et donc faciliter le lien mère-enfant (Slootjes & al., 2016 ; Baker & al., 2024). C'est donc l'identité des femmes qui impactera leur capacité à agir (Reynolds, 2015).

Ainsi, valoriser l'Être de la mère en DPP dans les rôles induits par sa nouvelle identité permettrait par la suite d'établir des objectifs et actions (Alexandratos & al., 2012 ; Del Fabro & al., 2011). De ce fait, l'OSA permet de « livrer sa perception sur sa compétence occupationnelle et sur les impacts de son environnement » (Doussin et al., 2021) en mettant l'accent sur l'aspect subjectif. En effet, la personne identifie les problématiques qu'elle souhaite modifier, cela permet de cibler les besoins de la personne (CRMOH, 2023). Il est donc possible de faire émerger cette deuxième hypothèse :

H2 : En utilisant l'OSA il serait possible, pour les femmes en DPP, d'établir des objectifs afin d'améliorer leur participation dans les co-occupations.

V. Processus méthodologique

1. Méthode

Tout d'abord une méthode est une « procédure logique d'une science, c'est-à-dire l'ensemble des pratiques particulières qu'elle met en œuvre pour que le cheminement de ses démonstrations et de ses théorisations soit clair, évident et irréfutable » (Aktouf, 1987). Ainsi, afin de mener à bien ces réflexions, une méthode qualitative sera employée. La Méthode de Recherche Qualitative (MRQ) permet différentes techniques de collecte de données et d'analyse (Mucchielli, 2011). Les MRQ permettent ainsi de comprendre des expériences personnelles et d'expliquer des phénomènes sociaux (Kohn & Christiaens, 2015). En effet, l'objectif étant de favoriser le rôle de mère chez les femmes en DPP dans leur transition occupationnelle par l'OSA, il ne semble pas nécessaire de s'appuyer sur des mesures objectives et factuelles telles que dans une recherche quantitative (Kohn & Christiaens, 2015) mais bien sur des expériences. Une recherche qualitative permet donc de « comprendre et interpréter un phénomène spécifique étudié » (Point, 2018). La MRQ est nettement contextualisée par une construction théorique dans le but de décrire et expliquer les concepts clés permettant ainsi d'être compréhensible (Snow & Thomas, 1994). Ceci diminue donc les possibilités « d'extrapolation ou généralisation » (Point, 2018).

2. Approche

Afin de choisir l'approche utilisée dans ce mémoire de recherche, il semblait important de définir les deux types à savoir inductive et hypothético-déductive. L'approche inductive se base sur une recherche de terrain avec des faits observables permettant d'analyser des données « portant sur des objets de recherche à caractère exploratoire » (Blais & Martineau, 2006). Elle est principalement utilisée lorsque le chercheur n'a pas de données déjà présentes dans la littérature (Blais & Martineau, 2006).

L'approche hypothético-déductive quant à elle se base sur des la formulation d'hypothèses afin d'interférer « logiquement à partir de ces dernières des implications matérielles pour ensuite colliger des données et ainsi éprouver la valeur des hypothèses » (Beaugrand, 1988). Lors de recherches empiriques, voici les étapes de l'approche hypothético-déductive selon Juignet (2018) :

- 1) Poser une hypothèse de recherche
- 2) En déduire des implications concernant les faits
- 3) Expérimenter ou observer si les faits correspondent
- 4) Faire un retour sur la validation ou non d'hypothèse selon les résultats d'expérience

En présentant suffisamment de données scientifiques concernant le sujet de recherche afin d'émettre une question de départ ainsi qu'une problématique, il a été possible de donner lieu à l'émergence d'hypothèses de recherches. Ceci permettra alors de valider ou invalider les hypothèses selon l'analyse des données. C'est donc l'approche hypothético-déductive qui correspond et qui sera donc privilégiée dans ce travail de recherche à caractère fondamental (Balslev & Saada-Robert, 2002).

3. Population cible

Afin de mener à bien cette recherche, nous allons recueillir des données empiriques verbales. Nous avons de ce fait réaliser un échantillonnage de notre population cible, qui correspond à "l'ensemble des décisions sous-jacentes au choix de l'échantillon" (Savoie-Zaic, s.d.). La prise de décision correspond ici aux critères d'inclusion et de non inclusion définis selon les hypothèses de recherche. Nous allons donc interroger des ergothérapeutes Diplômés d'Etat (DE) afin de recueillir leur pratique professionnelle. Une ouverture sera possible concernant des ergothérapeutes venant du Canada afin d'étendre la recherche. De plus, il est nécessaire que ces ergothérapeutes DE exercent ou aient exercés en périnatalité de sorte à ce qu'ils ou elles puissent rencontrer et accompagner des femmes en DPP.

Le MOH et notamment l'outil associé de l'OSA a été ciblé dans cette recherche. Il semble donc pertinent que les ergothérapeutes le connaissent et/ou l'utilisent dans leur pratique.

4. Techniques et outils de recueil de données empiriques

Ainsi, il sera possible d'utiliser des entretiens semi-directifs afin de recueillir des données empiriques. Il s'agit de la méthode la plus répandue en recherche qualitative, les entretiens semi-directifs « reposent sur une série de thématiques et questions préparées à l'avance » (Chevalier & Meyer, 2018). Cela permet de comprendre les pratiques des personnes interrogées ainsi que leurs perceptions en essayant de ne pas induire de réponses précises (Argyris & Schön, 1974 ; Thiétart, 2014). Il s'agit d'accéder à la réalité des individus par le biais « d'interaction dynamique entre le chercheur et ses interlocuteurs » (Chevalier & Meyer, 2018). Il convient donc une relation de confiance avec son interlocuteur afin d'échanger autour d'un guide d'entretien établi au préalable. « Il est constitué d'une liste de thèmes et de questions ouvertes, complétée par des reformulation et des questions de relance, en lien avec la question de recherche » (Chevalier & Meyer, 2018).

Selon Kvale (1996) il existe différents types de questions à savoir :

- 1) Les questions d'introduction, permettant d'entrer la réflexion et créer un lien
- 2) Les questions liées au thème de recherche
- 3) Les questions de relance
- 4) Les questions d'approfondissement
- 5) Les questions d'interprétation
- 6) Les questions de structure

Il s'agit notamment d'utiliser une méthode en entonnoir lors de la structuration du guide d'entretien (Chevalier & Meyer, 2018). En effet, rappeler au début le cadre permet d'instaurer un climat de confiance et notifier le respect de l'anonymat. Poursuivre avec des questions d'avantages ouvertes sur la thématique ainsi que des questions de relance favorise l'accès au cœur du sujet de recherche.

Et enfin, il est essentiel de conclure afin de vérifier que les thématiques importantes aient pu être abordées. (Chevalier & Meyer, 2018).

Ainsi un guide d'entretien a pu être élaboré selon les thématiques suivantes :

- 1) Introduction des personnes interrogées par des données socio-démographiques et leur parcours.
- 2) L'ergothérapie auprès de femmes en DPP dans le but d'identifier les pratiques selon les répercussions de la DPP sur le rôle de mère.
- 3) La transition occupationnelle permettant de clarifier la définition et retrouver ou non cette transition auprès des femmes en DPP.
- 4) Les co-occupations afin d'obtenir leur définition et observer l'accompagnement possible lors de répercussions.
- 5) Le MOH et la transition occupationnelle mettant en avant leurs connaissances sur le modèle et observent un lien avec la transition.
- 6) L'OSA afin d'évaluer son utilité

Il a ainsi été possible d'élaborer des questions, critères et indicateurs dans mon guide d'entretien à partir de ces thèmes.

VI. Réflexion sur l'objectivité et l'éthique dans la recherche

« Objectivité ne signifie pas impartialité mais universalité » (Aron, 1991). Il semble essentiel, en se penchant sur le rôle d'auteur scientifique, de définir l'objectivité dans la recherche. L'objectivité se rapporte tout d'abord à éviter « toute généralisation hâtive, et se limite à rapporter le point de vue de l'observateur » (Grossman, 2017). Cela est à distinguer de la neutralité puisqu'à l'issue d'une recherche, il est possible d'arriver à une conclusion ferme, le chercheur prend donc parti en énonçant la conclusion de ce processus (Grossman, 2017). Ainsi, c'est la recherche qui, en étant objective, permet de conclure sur une prise de partie. Cela renvoie plutôt à l'impartialité lorsqu'il s'agit de faire « table rase de ses propres préjugés » sans pour autant refuser « de prendre parti au bout du compte » (Aron, 1991). Cela induit donc tout de même de ne pas avoir de parti pris « préalable à l'examen de faits ou des données empiriques » (Grossman, 2017).

L'objectivité tend à limiter les jugements et convictions personnelles. Il pourrait ainsi convenir, par la suite, d'utiliser le « je » méthodologique d'Olivier De Sardan (2000) permettant de signaler un caractère subjectif aux propos énoncés (De Sardan, 2000 ; Grossman, 2017). Cela reste donc bien la démarche mise en œuvre qui permet de « garantir, autant que faire se peut, l'objectivité » (Grossman, 2017). Ainsi, il est essentiel de connaître les biais et limites analysés lors d'une démarche de recherche afin d'objectivité de façon plus précise les résultats et pouvoir prendre position sur les faits obtenus (Grossman, 2017).

L'objectivation lors de cette recherche est ainsi permise par la collecte de nombreuses données scientifiques ne relevant pas du point de vue du chercheur ainsi que des méthodes justifiant sa scientificité. Un travail de distanciation a pu être permis limitant les biais et injonctions notamment en se méfiant de la polysémie des termes utilisés tels que « transition occupationnelle » et « co-occupation » qui seront questionnés auprès des personnes interrogées.

Cela se rapporte également à la notion d'éthique lors d'un travail de recherche.

En effet, l'éthique de la recherche est définie par Mager & Galandini en 2020, publié par l'Oxfam, comme étant « l'ensemble des principes et directives qui structurent et orientent la façon de concevoir, mener, gérer, utiliser, diffuser des recherches portant sur des être sensibles ».

Les principes fondamentaux de l'éthique de la recherche ont été érigés en 6 points par l'Economic and Social Research Council (ESRC, s. d.) :

- 1) La recherche doit avoir plus d'avantages que de risques et danger pour les personnes et la société
- 2) Le respect des droits et de la dignité
- 3) Le consentement libre et éclairé sur participation volontaire
- 4) Mener la recherche avec intégrité
- 5) L'obligation de rendre compte doit être définie
- 6) Assurer le caractère indépendant du travail et expliquer, s'il y a, les conflits d'intérêts.

Ainsi, il est essentiel de respecter l'anonymat et de recueillir le consentement libre et éclairé des personnes interrogées concernant notamment les modalités de l'entretien (enregistrement audio...) comme cela a pu être fait lors de cette recherche.

VII. Présentation et analyse des résultats

1. Processus d'analyse qualitative

L'analyse des données « est une étape nécessaire pour tirer des conclusions » (Kohn & Christiaens, 2015). En effet, il s'agit d'élaborer une théorie à partir d'analyses issues des données fournies par l'échantillon (Mortelmans, 2009). Pour ce faire, un procédé technique utilisant des grilles permettra de confronter les données, les transcriptions d'entretien (Paillé & Mucchielli, 2012). De ce fait, « la mise en relation des données, les mises en perspectives et les cadrages [...] ainsi que les synthèses font surgir ces significations » (Paillé & Mucchielli, 2012).

D'après Delacroix et al., (2021), avant de débiter l'analyse, il est nécessaire de réaliser plusieurs étapes, notamment la retranscription. Autrement dit la mise par écrit des données recueillies afin de pouvoir les analyser. Une analyse verticale sera d'abord utilisée. Il s'agit d'une analyse « intra-entretien » qui « code les entretiens les uns après les autres et découpe les données en différents thèmes principaux » au travers d'une grille d'analyse (Delacroix & al., 2021). Ainsi, il sera possible de synthétiser les entretiens en élaborant les résultats obtenus. Dans un second temps, il sera possible de réaliser une analyse horizontale, à savoir une analyse « inter-entretiens ». Ceci dans l'objectif de mettre en avant les « récurrences et similarités entre les différents entretiens » (Delacroix & al., 2021). Ces deux analyses ne sont pas uniquement successives mais sont faites d'allers-retours. Des verbatim permettront l'illustration et vérification des données récoltées.

2. Analyse verticale

La première ergothérapeute interrogée sera nommée E1. Elle a été graduée à l'Université, au Canada, en 2009. Elle est donc ergothérapeute depuis 15 ans et a commencé à exercer en soutien à domicile au sein d'un CLSC (Centre Local de Services Communautaires). Elle était d'abord auprès de tout public avant d'être rattachée à une clientèle en soins palliatifs à domicile. Elle y a consacré presque toute sa carrière avant de devenir maman. De ce fait, elle a pu expérimenter un parcours en périnatalité en tant que mère. E1 est devenue bénévole dans des organismes communautaires, bénévole en allaitement et doula (accompagnement et entraide auprès des familles dans leurs parcours de périnatalité). Ceci l'a amenée à se questionner sur le rôle de l'ergothérapeute en périnatalité. Selon elle « l'allaitement, l'alimentation, la transition, c'était très occupationnel ». E1 met également l'accent sur l'accompagnement des parents en étant « centré sur les besoins de la personne et non pas seulement ce qui est mieux pour bébé » en ajoutant que « parfois, ce qui est mieux pour bébé, c'est aussi un parent heureux ». Après avoir trouvé des données probantes à ce sujet dans certains pays, elle a décidé de reprendre des études post graduées pour mener sa recherche sur la transition occupationnelle lors de l'allaitement. En parallèle, elle a débuté en 2023 une pratique privée en tant qu'ergothérapeute en santé mentale périnatale. Elle rencontre donc dans sa pratique des femmes en dépression postpartum mais également des mères pour qui le diagnostic n'a pas encore été posé car « l'accès au diagnostic médical est difficile ». Cependant, la plupart des femmes qu'elle rencontre présentent également des « symptômes ou portraits type de dépression [...] ils n'ont pas besoin d'avoir un diagnostic pour avoir accès aux services ».

Ainsi, elle reçoit les femmes ressentant un envahissement dans leurs routines, occupations ou encore co-occupations. E1 définit alors les co-occupations comme étant « l'interaction des occupations de deux personnes, être engagé dans une occupation partagée ». Elle est donc « centrée sur les besoins occupationnels de façon à viser un engagement optimal dans les co-occupations, un équilibre

occupationnel » selon les objectifs des femmes qui portent souvent sur la gestion de la charge mentale, des émotions, de la culpabilité.

E1 rapporte que le rôle de l'ergothérapeute auprès des femmes en DPP peut se manifester également dans la préparation à « l'adaptation postnatale d'une prochaine grossesse », identifier les ressources présentes chez les femmes ou encore établir de nouvelles routines. De plus, E1 identifie les facteurs de risque de la DPP tels que le deuil périnatal, les violences gynécologiques ou « autres traumatismes » qui peuvent affecter la « sphère occupationnelle ». Elle définit alors tous ces événements comme impactant la transition occupationnelle, à savoir un impact par « des changements au niveau du répertoire occupationnel, ajouts, modifications ou des cessations d'occupation ».

De plus, E1 mentionne que nos occupations « deviennent des co-occupations » lors de cette transition et base alors sa pratique sur l'accompagnement à la transition. Les ergothérapeutes ont ainsi, selon E1, un rôle important dans la prévention et l'enseignement de ce processus développemental mais également dans les organismes communautaires afin d'accompagner cette transition. Afin de favoriser la transition occupationnelle des femmes en DPP, E1 évalue la perception des femmes dans leur engagement et identifie avec elles les « occupations que la personne souhaite améliorer » afin de travailler sur les facteurs qui « amène des difficultés au niveau co-occupationnel ». Elle utilise principalement le continuum d'engagement dans les co-occupations, modèle co-occupationnel créé par Sloopjes en 2021, non adapté en version francophone pour le moment. La pertinence de cet outil réside, selon E1, sur « des difficultés occupationnelles ciblées par la personne et non pas par une catégorisation comme avec le MCREO (Modèle Canadien du Rendement et de l'Engagement Occupationnel) ou PEO (Personne, Environnement, Occupation) par exemple ». E1 aborde également le MOH (Modèle de l'Occupation Humaine) et son outil l'OSA (Occupational Self Assessment). Elle utilise une version francophone informatisée qu'elle envoie par courriel aux femmes.

En effet, E1 réalise d'abord son évaluation avec les femmes en DPP qui se déroule sur 3-4 rencontres d'environ 1 heure. À la suite de cela, elle envoie cette auto-évaluation de l'OSA notamment pour vérifier si les pistes qu'elle a identifiées

correspondent à ce que la femme rencontre. Selon E1, l'OSA permet de faire « un tour des principales occupations et de m'assurer que c'est pertinent à ma perspective ».

Elle précise également qu'il peut s'agir d'un outil de début de prise en soin notamment auprès des femmes qui ont des « difficultés avec l'introspection » ou de test-retest en début et fin de rencontres d'intervention pour observer « selon la perspective de la personne, s'il y a des choses qui sont améliorées ». E1 conclut en disant que par l'observation de « l'occupation signifiante, tu apprends à voir ce qui t'empêche de t'engager ou participer aux co-occupations ».

La seconde ergothérapeute interrogée sera nommée E2. Elle est diplômée depuis plus de 20 ans d'un IFE en France. Elle a tout d'abord exercé auprès d'un public déficient visuel avant d'intégrer un centre hospitalier en région parisienne. Elle était en service gériatrique et neurologique. Trois ans plus tard, elle a intégré le service de psychiatrie du centre hospitalier. Elle exerce dorénavant dans ce service, depuis plus de 10 ans, en Unité Mère Bébé (UMB). Il s'agit de psychiatrie adulte, et non de pédopsychiatrie, pouvant accueillir 6 dyades mère-enfant. L'avantage de cette unité est la proximité avec les autres services du centre hospitalier permettant d'accéder « à des moyens d'examen si il y a un problème pour la mère ou l'enfant, à des bilans et diagnostics différentiels ». L'équipe est donc mixte dans l'UMB, à la fois soignants de psychiatrie (médecins, infirmiers...) mais aussi infirmières et auxiliaires puéricultrices. Les femmes et leurs enfants sont présents du lundi matin au vendredi soir afin de passer le week-end chez elles.

Les femmes ne sont jamais seules avec leur bébés pour « éviter tout geste auto-agressif, hétéro-agressif, étouffement ou autre ». Elles doivent pouvoir être vues par les équipes soignantes, l'unité est d'ailleurs fermée pour filtrer les entrées et sorties. E2 rapporte de ce fait un atout par la pluridisciplinarité et accompagnement constant mais également « une pression ». En effet, les mamans se sentent « observées et jugées dans leurs capacités maternelles alors que le but est justement de les accompagner et les aider à trouver des références ». Il y a parfois un enjeu important tel que le placement de l'enfant. Les femmes présentes dans l'UMB ont principalement des dépressions post partum mais également des

psychose puerpéral, des phobies d'impulsion (impression de noyer l'enfant par exemple) ou autres antécédents psychiatriques. Les femmes sont orientées par leur psychiatre, si elles sont déjà suivies, ou directement par les services de maternité. Son rôle principal au sein de l'UMB est de « faire oublier » aux mamans qu'elles sont « très observées dans leur rôle maternel » en prenant « un temps pour soi ».

E2 intervient en séance les mardi et jeudi. Les femmes ont parfois du mal à se libérer pour l'atelier, notamment confier leur enfant aux équipes soignantes puisqu'elles se disent que « si je demande à quelqu'un d'autre de s'en occuper, c'est que je ne m'en occupe pas assez bien ». Elle adapte donc les activités en acceptant la présence des bébés, que les femmes interrompent l'activité pour réaliser un change ou nourrir l'enfant bien que cela ait des conséquences dans l'engagement. E2 met alors l'accent sur l'importance de redonner le sentiment d'exister à la maman dans son rôle pour ne pas qu'elle ait « l'impression qu'on la remplace ». De plus, elle base certaines séances sur le développement du lien avec l'enfant (création, décoration...) mais surtout sur la valorisation de la mère par des activités davantage « structurées ».

D'après son expérience, les femmes en DPP expérimentent une certaine culpabilité mais également des difficultés d'adaptation à leur rôle avec la sensation « de ne pas s'occuper bien de l'enfant, de ne pas l'aimer, ne pas se sentir normale ». Cependant, E2 soulève une problématique en ce sens, c'est que ces femmes ne peuvent s'autoriser à « lâcher » car « derrière il y a un enfant, la sensation que la vie vient de basculer, qu'elle ne sera jamais plus comme avant » avec une prise de conscience délicate. Elle relate divers facteurs de risques de la DPP comme les violences du corps médical, le deuil périnatal, ses propres expériences avec ses parents ou encore l'isolement. E2 établit alors pour objectifs lors de ses séances, de façon générale, des temps de soutien et d'échanges notamment entre pairs, revoir les attentes qu'elles se fixent notamment le partage de « la charge mentale », travailler sur « l'estime de soi et la valorisation ». E2 n'accompagne pas à proprement parlé le retour à domicile par faute de temps et sollicitation sur les autres services mais aborde des pistes notamment des « planning » et « liste » qui permettent de prendre du recul sur tout ce que les femmes sont capables de faire et accompagner à la transition. Elle met l'accent, lors de cette transition occupationnel, sur le fait que les

femmes en DPP qu'elle accompagne au sein de l'UMB, ont des difficultés à se reconnaître notamment par les traitements qui « lissent les affects ». Elle exprime aborder dans un premier temps le « retour à soi » à ce stade de la prise en soin qui est aiguë avant la reprise d'occupations spécifiques dans la transition.

Concernant les co-occupations, il s'agit peu d'un aspect qu'elle aborde en tant que tel mais se base sur l'être de la mère dans la relation de « dépendance du bébé » et concernant « son développement ». En effet, E2 explique que « créer de la co-occupation ne s'y prête pas trop » dans son service car les femmes ne sont « jamais seules avec l'enfant » et ne participe donc pas seules aux occupations ou sont dans un état psychique trop aigu pour « pouvoir s'y investir ». Elle présente des notions sur le MOH et l'OSA mais n'utilise que peu de bilans en pratique à l'UMB également pour différencier avec le côté « très médicale du service, on a 4 médecins pour 6 mamans, c'est déjà riche ». En effet, E2 explique qu'elle n'en ai pas « à faire des projets avec elles » et qu'il ne s'agit pas d'une étape (l'hospitalisation) dans laquelle il est le plus pertinent de mettre en place des bilans car les femmes sont dans le « il faut » et non dans le « qu'est ce qu'il y a pour moi ? ». De ce fait, elle conclut que l'OSA pourrait être intéressant pour former des « objectifs personnels » si elle avait les moyens et le temps d'accompagner les femmes différemment notamment par le retour à domicile et « visites à domicile » avec d'autres objectifs que « d'amorcer la remontée ».

La troisième ergothérapeute interrogée sera nommée E3. Elle a été diplômée en 2022, au Canada, et a réalisé son essai de maîtrise sur la matrescence. Elle travaille actuellement au guichet d'accès en santé mentale où elle reçoit toutes les demandes, évalue les besoins et oriente vers différents professionnels. Elle s'investit dans la périnatalité notamment lors de sa recherche et auprès de certaines femmes qu'elle rencontre afin de revoir l'idéalisation de la mère. Elle peut donc être amenée à recevoir des femmes en DPP et les orienter en réadaptation, c'est-à-dire auprès de professionnels tel que l'ergothérapeute afin de travailler l'acceptation de ce nouveau rôle ». Les difficultés et facteurs de la DPP sont, selon E3, les difficultés d'adaptation et l'isolement. Elle met donc l'accent sur la nécessité de « créer du réseau » notamment auprès « d'organismes communautaires ». De plus, elle verbalise la « pression » que ressentent les femmes en DPP, le sentiment de ne pas

« être assez bien » ou qu'elles ne peuvent pas « donner 100% parce que je n'ai pas assez d'énergie ». Il est donc pertinent, d'après E3, d'établir des objectifs généraux visant à « diminuer les attentes » de la mère et réaliser de « l'activation comportementale ».

Cela s'apparenterait à accompagner la transition occupationnelle qu'elle définit comme « un changement de rôle, de valeur ou responsabilité » et que cela nécessite du temps, que les utiliser nécessite « du temps ». E3 met l'accent sur l'éducation auprès des mères sur les différents rôles, qu'il est « normal de faire certaines occupations » et qu'elles ne « perdent pas ces rôles là ». Il est question notamment de l'ajout des co-occupations qu'elle définit comme étant « quelque chose que tu fais avec ton bébé » notamment dans la relation de dépendance tel que prendre le bain ou le nourrir. E3 explique que, selon elle, la qualité de l'engagement dans les co-occupations peut influencer la relation et « création de lien » avec le bébé. Il ne s'agit pas tant de l'occupation en elle même mais de « la manière dont on le fait ». Ainsi, elle met l'accent sur l'importance de prendre soin de soi car lorsqu'il est difficile de « s'occuper de soi-même, il va être difficile de s'occuper de quelqu'un d'autre ». Un objectif d'accompagnement, d'après E3, serait de « reprendre le contrôle de qui on est » en veillant à prévoir des objectifs « réalisables » en lien avec « l'environnement » de la personne.

En abordant les modèles, elle caractérise le MOH comme étant un « bon modèle » et bien qu'elle utilise des « outils maisons » car peu de « plus value d'un outil standardisé » dans sa pratique, elle explique qu'il est « très pertinent » de mettre en avant un outil comme l'OSA. En effet, E3 verbalise que l'OSA permet à la fois de « d'objectiver tout en ayant le côté subjectif de ce que la personne pense » et qu'il s'agit d'un outil favorisant la réalisation « d'un plan d'intervention par le client lui-même » en étant « facile à remplir ». De ce fait, elle conclut en expliquant que l'OSA permet « que la personne soit investie dans son rétablissement, en le voyant quotidiennement » et qu'il permet de « ne pas oublier des choses » ou « miser sur des choses qu'on aime travailler, ça peut être un biais » alors que la la personne « est maître de son rétablissement ».

3. Analyse horizontale

a. Accompagnement des femmes en DPP : orientations et objectifs d'intervention

Durant ces entretiens, E1 et E2 expliquent que les femmes en DPP sont majoritairement adressées à elles par d'autres professionnels de santé « certaines arrivent de la maternité ou sont orientés par le psychiatre » (E2), « souvent ça peut passer par les gynécologues » (E3). Contrairement à E1 qui a une pratique libérale privée. Il s'agit donc de « bouche à oreille ou leur démarche personnelle, il n'y a pas de démarche d'orientation » (E1). Cela influence, selon E1, l'engagement des patientes qui viennent de leur propre démarche. Cependant, toutes s'accordent sur leur objectif d'agir sur le rôle (E1, E2, E3) notamment lorsque les femmes ressentent un « envahissement émotif dans ses routines, qui impact ses occupations, ses co-occupations, qui aimerait améliorer son équilibre occupationnel » (E1), également pour « travailler la charge mentale » (E1, E2, E3) ou encore « revoir leurs attentes » (E2) et le « sentiment de compétences parentales » (E1).

b. Principales difficultés rencontrées par les femmes en DPP

E1, E2 et E3 s'accordent sur les principales difficultés rencontrées par les femmes en DPP à savoir la « culpabilité » ainsi qu'une « pression », tout deux majorés par les soignants dans le cas d'hospitalisation où « elles se sentent, et à juste titre, très observées et jugées sur leur capacités maternelles. [...] D'ailleurs, elles n'ont pas le droit d'être seules dans la chambre avec l'enfant » (E2) pour éviter toute forme de violence. Mais une pression émise également par la société (E3). E1 met l'accent sur les difficultés quant à « l'équilibre, la patience et la disponibilité pour s'engager dans ces co-occupations et réussir quand même à faire des occupations signifiantes pour elles-mêmes ». Ceci comprend donc des difficultés d'adaptation à ce nouveau rôle (E1, E2, E3) afin de répondre aux besoins de l'enfant (E1, E2) tout en créant du lien avec lui (E1, E2, E3) et continuer de répondre à ses propres besoins (E1).

c. Rôle de l'ergothérapeute auprès des femmes en DPP

De ce fait, elles expliquent avoir un rôle centré avant tout sur les femmes et leurs occupations (E1, E3). Pour cela, E1 définit son approche par « 85-90% des enjeux c'est apprendre à comprendre bébé, le positionnement et l'impact des autres occupations comme le sommeil, les routines, l'allaitement, ce qui impacte c'est occupations là aussi. ». Elle exprime donc la nécessité d'une approche holistique comme le souligne E3 « avoir une approche holistique, de penser à la personne, son environnement et ses occupations, d'être centré sur la personne » tout en ayant des « objectifs réalisables » (E3). E2 ajoute néanmoins que se libérer de ces occupations notamment pour assister aux séances d'ergothérapies peut être un frein « elles ont du mal à se libérer » « parce qu'elles doivent passer le relais sur l'enfant, si je demande à quelqu'un d'autre de s'en occuper, c'est que je m'en occupe pas assez bien. » (E2). Ce qui fait le lien avec les difficultés énoncées précédemment comme la culpabilité et la pression (E1, E2, E3).

d. La transition occupationnelle et son accompagnement

L'accompagnement des ergothérapeutes auprès de ces femmes correspond donc bien à l'accompagnement à la transition comme le souligne E1 qui le considère comme étant « 100% de ma pratique ». E1 et E3 se rapproche d'ailleurs sur leur définition comme étant respectivement « des changements au niveau du répertoire occupationnelle. Donc soit des ajouts, des modifications ou cessations d'occupations » et « un changement de rôle, il y a un changement de valeur, de responsabilité, puis ce changement-là, ça prend du temps. ». C'est d'ailleurs souligné par E1 comme étant la transition la plus complexe « il n'y a pas d'autres transitions à ma connaissance qui sont aussi complexes et qui impactent autant d'occupations ». E2 explique s'intéresser à leurs transitions « mais pas celle du retour à la maison ».

C'est en effet un aspect que E2 abordent peu dans sa pratique par manque de temps et par la contrainte de l'hospitalisation « on est trop en aiguë, les traitements lissent leurs affects », « elles ne se reconnaissent pas [...] elles doivent d'abord apprendre à être » ainsi « au retour la maison elles vont devoir apprendre des choses mais on y est pas encore ». E1 et E2 se rejoignent alors pour dire que l'aspect très médicalisé de leur parcours impacte cette transition.

Ainsi, E1 et E3 abordent davantage la transition occupationnelle des femmes en DPP en mettant l'accent sur « l'éducation », « l'enseignement » et l'aspect « communautaire ». En effet « la reprise d'occupation passe par des modifications et la transformation en co-occupation » souligne E1. De ce fait, il faudra soit inclure l'enfant dans ses occupations ou passer le relais, « avant d'être maman, tu étais une femme puis un couple, mais tu les perds pas, ces rôles-là » (E3). Il convient donc d'apprendre à ré-utiliser ses rôles (E1, E3), à être soi (E2), en créant du lien avec la communauté (E1, E3).

e. Spécificité des co-occupations, leurs impacts et accompagnements

D'après E1, E2 et E3 les co-occupations sont des occupations dirigées et en lien avec l'enfant. E1 spécifie cependant que la définition de Pickens et Pizur-Barnekow (2009) s'intéressant aux occupations partagées et interactives entre deux personnes ou plus, ici le bébé et sa mère, comportant des aspects physiques, émotionnels et intentionnels, « n'est pas assez large » (E1). Elle insiste sur la notion d'engagement avec « deux personnes engagées dans une occupation partagée » (E1). Elle estime par ailleurs que « toutes les occupations maternelles sont des co-occupations et tout dépend du degré d'engagement que tu as dans ces occupations là » (E1). Ce que rejoint E3 en faisant un point sur « l'obligation » en exprimant qu' « une maman en DPP va nourrir son enfant parce que c'est une obligation, ne le fera peut être pas de la façon qu'elle voudrait » (E3). En effet, selon les possibilités d'engagement des difficultés concernant la création de lien avec l'enfant, l'attachement et le développement du bébé seront impactés (E1, E3).

E2 souligne quant à elle que les co-occupations et liens avec le bébé sont d'autant plus impactées car les mamans ne peuvent « pas s'en occuper seules » dans le cadre de l'UMB et que cela va donc « plus être stimulé par l'équipe de puériculture » (E2).

Concernant les possibilités d'accompagner les femmes en DPP dans leurs co-occupations, il est nécessaire pour E1 d'évaluer « comment la personne perçoit son engagement » et si elle « est satisfaite de son engagement » (E1). E2 spécifie que pour favoriser les co-occupations il est nécessaire « d'adapter » les activités et observer « l'interaction » qui se joue. De son côté, E3 explique que malgré les difficultés des femmes en DPP d'être avec l'enfant, il est possible de favoriser les co-occupations et « créer du lien différemment » (E3). La co-occupation passe donc également par l'enseignement à la mère notamment sur la prise de conscience de ses capacités « si tu te sens pas capable de le faire, que ça te demande trop » et d'identifier ses ressources « faire faire par quelqu'un d'autre » selon E3. Ainsi, « reprendre le contrôle de qui on est, ça va aider le bébé » notamment à créer du lien dans les co-occupations (E3). E1 conclut d'ailleurs qu'il est nécessaire d'identifier avec la personne ce qu'elle « souhaite améliorer et voir les facteurs contributifs qui font en sorte que l'engagement n'est pas optimal » dans les co-occupations, selon les « objectifs de la personne » (E1).

f. L'utilisation du MOH afin de faciliter la transition occupationnelle

Concernant l'utilisation du MOH dans la prise en soin des femmes en DPP, E2 estime que ce n'est pas lors de l'hospitalisation en UMB qu'il est le plus pertinent « je ne suis pas à ce stade où je fais des projets avec eux, c'est trop aiguë » (E2). Cependant, E1 l'utilise car cela « nous guide sur ce qui est important » notamment à travers l'OSA mais cible également un autre modèle : le continuum d'engagement dans les co-occupations créée par Slotjtes en 2021, inadapté encore en version francophone (E1). E3 quant à elle estime qu'il s'agit « d'un très beau modèle mais c'est difficile à comprendre par les autres professionnels de santé dans mon travail ». En effet, ce n'est pas le modèle qui a été plébiscité, le modèle prédéfini lors de ses rédactions est le PEO (Personne, Environnement, Occupation) (E3). Elle

stipule néanmoins que le MOH semble plus pertinent car il représente une « dynamique dans ce changement » que représentent la maternité contrairement au PEO qui est « une image figée dans le temps ».

Afin de favoriser le maintien des occupations antérieures lors de cette transition, E1 explique tout d'abord qu'il s'agit « rarement de l'objectif des gens de travailler ça » car « la cessation d'occupation c'est quelque chose que les personnes attendent et trouvent normal » lors de la maternité et de ce fait, elles s'attendent à « les retrouver » (E1). Dans le même sens, E2 estime que c'est un aspect qui sera davantage accompagné plus tard, « sur un autre rythme que l'hospitalisation » (E2). Selon elle, l'hospitalisation à la semaine (lundi-vendredi) « c'est un rythme pas simple à gérer » puisqu'elles « rentrent le week-end où elles retrouvent ce rythme occupationnel » cependant, elle passent « de rupture à reprise, rupture à reprise tous les quatre jours » (E2). Il ne s'agit donc pas de son objectif principal qui est plutôt « d'amorcer la remontée » puisqu'il s'agit d'un service aiguë « très médicalisé » (E2). La reprise ou maintien des occupations antérieures semble alors dépendre de la stabilité des symptômes psychiques et de la relation de confiance instauré qui prend « du temps avant de créer une accroche » (E2). E3 rejoint également cet aspect temporel où il est d'abord nécessaire de se « re-questionner sur nos valeurs, parce que c'est sur, quand on devient maman, nos valeurs changent » puisqu'il est possible « qu'on ne soit pas exactement la même personne » même si cela ne veut pas dire, selon E3, « qu'on est plus bonne, juste qu'on change avec le temps, les expériences de vie, les transitions » (E3).

Ainsi, la reprise ou maintien d'occupations antérieures passe par « prendre du temps pour elle » selon E3, en identifiant des ressources comme « des services de garde [...] la famille ou organismes communautaire » afin de pouvoir ensuite « mettre son énergie dans ses occupations et co-occupations qui vont aider le bébé et la maman » (E3). De même, il est utile de pouvoir « identifier les occupations qui pourraient contribuer à leur bien-être » (E1). Bien que souvent, l'objectif des femmes en DPP est directement dans le « il faut » (E2) tel que il faut que je rentre chez moi (E2), que je sache gérer les co-occupation et mes émotions (E1), et non dans le « qu'est ce qu'il y a pour moi ? » (E2) ou dans les loisirs (E1).

g. Zoom sur l'OSA : pertinence de l'outil

Concernant l'accompagnement des femmes en DPP par l'OSA, il s'agit d'un outil pertinent selon E1, E2 et E3. Bien que E2 nuance de nouveau sur le caractère de stabilisation au sein de l'UMB qui ne lui semble pas le plus adapté selon « le profil » et « l'étape » de sa prise en soin à l'UMB où les profils sont aigüés. Quant à elles, E1 et E3 se rejoignent sur la plus value de l'OSA qui est centré sur la personne et permet de d'assurer « que ma perspective est pertinente » (E1) et que « je n'ai rien échappé » puisque que l'OSA « fait un tour quand même des principales occupations » (E1). En effet, selon E3, « on peut l'objectiver » et avoir également l'aspect « subjectif avec ce que la personne pense » (E3). De plus, « l'OSA, ça aiderait beaucoup le client à faire son plan d'intervention par lui-même. C'est des faits qui sont faciles justement. C'est un document facile à remplir. » (E3). Il permet donc « l'introspection » (E1) observer l'évolution lors de la transition pour « démarrer une auto-évaluation » et en « validation » ou en « test-retest » (E1). L'OSA est donc un outil pertinent qui permet, en faisant « un tour quand même des principales occupations » (E1), d'éviter le « biais de miser sur des choses qu'on est habitué à travailler sans le vouloir » (E3) en tant qu'ergothérapeute et ainsi rendre la personne « maître de son rétablissement » (E3) en étant acteur (E1, E3).

4. Validation ou réfutation des hypothèses de recherche

Pour rappel, la recherche a été menée à partir de la problématique suivante :

Comment l'ergothérapeute peut-il favoriser le rôle de mère en dépression postpartum dans sa transition occupationnelle en utilisant l'Occupational Self Assessment ?

L'analyse des données recueillies par l'échantillon permet de tirer des conclusions concernant les hypothèses de recherche suivantes :

H1 : En utilisant l'OSA il serait possible pour l'ergothérapeute, d'identifier les difficultés des femmes liées à la DPP afin d'aider au maintien de leurs occupations.

H2 : En utilisant l'OSA il serait possible pour les femmes en DPP, d'établir des objectifs afin d'améliorer leur participation dans les co-occupations.

a. La première hypothèse de recherche

Le maintien des occupations antérieures a été identifié comme pertinent par E1, E2 et E3. De plus, en prenant du temps pour soi et se ressourcer, cela favoriserait l'énergie et donc la participation par la suite aux co-occupations. La reprise ou le maintien des occupations des femmes en DPP semble alors essentiel à leur bien-être maternel. Cependant, il ne s'agit pas de l'objectif prioritaire des femmes DPP qui sont davantage accablées sur le lien à développer avec l'enfant, la culpabilité et la pression de ne pas répondre à leurs obligations liées au rôle de mère. Elles ne sont pas encore accessibles à l'évolution même de leurs occupations et bien-être personnel qui passera d'abord, pour elles, par être de « bonnes mère » (E3). De plus, le cadre de l'hospitalisation de semaine (E2) ne favorise pas le développement d'occupations. A ce stade de la dépression postpartum, il semble davantage pertinent de stabiliser les symptômes et problématiques évoqués par les femmes afin de répondre à leurs besoins qui ne sont pas nécessairement, dans un premier temps, leur propre bien-être et équilibre.

Il n'est donc pas favorable d'identifier les problématiques des femmes en DPP par l'OSA pour favoriser le maintien de leurs occupations.

L'hypothèse H1 est alors réfutée.

b. La deuxième hypothèse de recherche

L'établissement d'objectifs par les femmes à travers l'OSA est explicité comme pertinent par les 3 ergothérapeutes en ce qui concerne les co-occupations. Il est nécessaire d'évaluer l'engagement de la mère dans les co-occupations (E1). Ceci est favorisé par l'OSA qui est un auto-questionnaire. Il est donc possible d'observer l'engagement de la personne en étant acteur de l'établissement de son plan d'intervention (E1, E3). De même, il est nécessaire, selon E1, d'obtenir la satisfaction de la personne dans ses co-occupations pour voir ce qu'elle souhaite modifier. Ceci est également permis à travers l'OSA qui identifie les situations problématiques et ce qui est important pour la personne afin de prioriser les pistes d'intervention (CRMOH, 2023). C'est donc les femmes en DPP qui seront actrices de leur rétablissement dans les co-occupations (E3). L'OSA a été identifié comme ressource afin de faire le tour des principales occupations et par conséquent des co-occupations. Les co-occupations étant souvent le principal objectif des femmes en DPP afin de réussir à s'investir dans ce qu'elles considèrent comme le rôle de mère. Elles sont dans la nécessité du « il faut » et dans « le concret » du quotidien (E2) afin de pouvoir se projeter avec l'enfant. Ainsi l'OSA permet d'identifier, par les femmes en DPP, les difficultés qui impactent leurs co-occupations afin de les prioriser, de façon subjective et selon leurs besoins, de façon à formuler des objectifs en ce sens.

L'hypothèse H2 est alors validée.

VIII. Discussion

1. Nouveaux apports théoriques

a. Approche communautaire en santé

L'intérêt de la communauté et approche communautaire a été souligné par E1 et E3 comme pertinent dans l'accompagnement des femmes en DPP. Il semble donc intéressant d'aborder ce sujet.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé communautaire correspond au processus « par lequel les membres d'une collectivité, géographique ou sociale » travaillent ensemble sur « les problèmes de santé, expriment leurs besoins prioritaires » afin de participer « activement à la mise en place, au déroulement et à l'évaluation des activités les plus aptes à répondre à ces priorités » (OMS, 2006 ; Motamed, 2015). La communauté peut alors être définie selon trois publics cibles à savoir les communautés géographiques (lieu d'appartenance significatif : un quartier), les communautés d'intérêts (partage de difficultés sociales telle que le chômage) ainsi que les communautés d'identités et d'affinités (acquises ou souhaitées telles que la sexualité) (Hyppolite & Parent, 2017). Les femmes en DPP semblent alors s'identifier davantage au sein de communautés d'identités de part l'acquisition du rôle de mère. Elles peuvent s'inscrire dans cette reconnaissance mutuelle du partage identitaire.

Par ailleurs, les intérêts d'une approche groupale auprès de femmes en DPP ont montré des bénéfices quant à la diminution des symptômes psychiques (Teissedre & Chabrol, 2004). Il peut ainsi sembler pertinent d'identifier cette approche en groupe en ergothérapie dans laquelle s'inscrit l'approche communautaire. En effet, des approches communautaires basées sur l'occupation sont proposées afin de « s'engager dans le justice occupationnelle » (Van Bruggen, 2014). Il s'agit alors d'identifier la communauté ciblée afin d'en extraire les problématiques occupationnelles dans le but de mettre en place des actions favorisant leur qualité de vie (Monin, 2019).

Cela favoriserait alors également l'impact de l'isolement social sur la dépression postpartum, comme explicités par les ergothérapeutes, lors de cette transition

occupationnelle. Il peut sembler pertinent de s'en rapprocher afin de de déterminer les bénéfices d'une telle approche sur le retentissement de la DPP dans la vie quotidienne des femmes.

b. L'intérêt de la pair-aidance

De plus, les ergothérapeutes interrogées ont mis en évidence la notion d'« enseignement » et d'« éducation » afin de favoriser, selon les ergothérapeutes, l'explication, compréhension et accompagnement des problématiques rencontrées par les femmes en DPP. E1, E2 et E3 ont également mentionné l'intérêt de travailler en groupe, notamment de se rapprocher de la communauté et leurs pairs. Ceci permet alors de faire le parallèle avec la notion de pair-aidance.

Le terme pair-aidant permet de définir « des personnes ayant été confrontées à des situations particulières de vie » (HAS, 2023) notamment les troubles psychiques telle que la DPP. Les pairs-aidants se basent sur leur « savoir expérientiel » afin d'intervenir en complément et en soutien aux équipes de soins afin de favoriser la participation des autres usagés « confrontées à des situations similaires » (HAS, 2023). Ils peuvent alors favoriser le processus de rétablissement afin de faciliter, par la paire aidance, « le lien » et soutenir « la capacité de la personne à se projeter » (HAS, 2023). De ce fait, en faisant du lien avec une personne qui a eu des expériences similaires, cela permet d'apporter un soutien, un accompagnement dans diverses démarches, redonner de l'espoir quant au rétablissement, un partage des stratégies possibles, favoriser la communication et leur point de vue, faciliter l'alliance thérapeutique. (HAS, 2023).

Par ailleurs, la mise en place d'un Projet Européen : PATH (PerinAtal menTal Health) en partenariat avec le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) soutient l'utilisation de la pair-aidance en ce sens.

En effet, ce programme est axé sur la mise en place d'une approche « globale afin de prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles de santé mentale périnatale » (Maman Blues, 2023). Parmi les actions mises en place se trouve le

MOOC « Santé Mentale Périnatale au cours des 1000 premiers jours ». Il a pour objectif, entre autre, d'aider à « travailler en réseau, via la connaissance des dispositifs clés en termes de prévention, de prise en charge et de pair-aidance en santé mentale périnatale » (Maman Blues, 2023). Ainsi, il pourrait être pertinent d'étudier davantage l'intérêt de la pair-aidance auprès des femmes en DPP afin de favoriser leur transition occupationnelle.

2. Biais et limites de la recherche

a. Les biais

Les biais lors de ce travail d'initiation à la recherche peuvent concerner premièrement la compréhension des termes par les ergothérapeutes interrogées. En effet, les termes tels que « transition occupationnelle » et « co-occupation » ont été questionnés et explicités par les personnes interrogées dans l'objectif de les redéfinir afin de partir d'un postulat commun. Cependant, il n'est pas possible d'exclure l'éventualité d'une interprétation différente de la part de chacune concernant les différentes questions et termes employés.

De plus, parmi les ergothérapeutes interrogées, 2 exercent au Canada. De ce fait, il est possible que certains termes n'aient pas la même signification selon les pays. Des erreurs concernant ensuite l'interprétation sont alors tout de même possible malgré des efforts de reformulation afin de valider leur propos.

Enfin, il s'agit d'un biais d'échantillon à proprement parler. Il ne concerne en effet que peu d'ergothérapeutes. Les résultats sont basés sur leur discours lors des entretiens semi-directifs et ne peuvent alors faire l'objet d'une généralisation. Cela est influencé notamment par le peu de formation et information des ergothérapeutes à exercer auprès de femmes en DPP. Les ergothérapeutes se sont basées sur leurs expériences et leurs connaissances.

Cependant, certains aspects de leur discours ne se rapportent qu'à des suppositions ou projections. Ils peuvent alors constituer un biais d'objectivation des propos.

b. Les limites

Une limite principale rencontrée lors de ce travail d'initiation à la recherche concerne les modalités d'entretien. En effet, au vue de la distance géographique avec les ergothérapeutes interrogées, il n'a pas été possible de réaliser ces entretiens en présentiel. Des appels en visio-conférence ont cependant pu être effectués afin d'optimiser la compréhension paraverbale. Néanmoins, une barrière reste tout de même présente par rapport à des entretiens en face à face. De plus, cela ne permet pas de pouvoir veiller à un cadre favorable en proposant un lieu calme notamment. Nous ne sommes pas dépendant du lieu d'entretien. Il convient donc de s'adapter aux situations alentour.

Enfin, au regard d'une limite temporelle et organisationnelle, il n'a pas été possible d'interroger des femmes ayant été en dépression postpartum. Ceci aurait permis de nuancer ou objectiver, de part leur vécu expérientiel, les propos rapportés par les ergothérapeutes.

3. Perspectives

Les résultats de cette recherche ont permis d'envisager des perspectives et réflexions concernant la pratique ergothérapique.

Premièrement, cette recherche a mis en avant le fait que peu d'ergothérapeutes pratiquent auprès de femmes en dépression postpartum. L'accompagnement de la maternité par les ergothérapeutes est un champ d'intervention en cours de développement notamment via des ateliers de portages ou conseils en allaitement. Cependant, il s'agit de formations supplémentaires ou Diplôme Universitaire (DU). Il peut sembler intéressant de s'interroger sur la pertinence d'aborder la maternité et ses enjeux occupationnels lors de la formation en ergothérapie.

De plus, cette recherche mentionne l'intérêt du lien social, de la communauté et du soutien entre pairs en cas de DPP. La place du deuxième parent n'est pas mentionnée ici car il s'agit d'une recherche basée sur la mère et son rôle. Dans

quelle mesure le deuxième parent est-il affecté par la DPP et en quoi joue-t-il un rôle de soutien ?

Enfin, d'un point de vue personnel, cette recherche a démontré l'intérêt de la recherche et la rigueur scientifique dans le cadre d'une future pratique professionnelle. De ce fait, cela permet de mettre en lumière l'importance de maintenir une veille professionnelle et de continuer à se former sur divers sujets en ergothérapie selon nos pratiques.

IX. Conclusion

La maternité représente le deuxième rôle auquel les femmes accordent le plus d'importance (Boyd & al., 2017). Il s'agit d'une transition de vie significative quant à l'acquisition de nouveaux rôles. De nombreuses difficultés ont été identifiées lors de l'adaptation au rôle de mère et majorées par les symptômes de la DPP. De plus, de nouvelles compétences en lien avec le rôle maternel ont été mises en évidence tels que les co-occupations. La DPP peut alors être un frein à la participation des femmes et ainsi impacter le lien mère enfant, l'attachement et le développement de l'enfant. Ainsi, la transition occupationnelle que représente la maternité nécessite un accompagnement, notamment par l'apprentissage de nouveaux rôles permettant de favoriser le bien-être et les compétences maternelles.

De ce fait, l'objectif de cette recherche a été d'identifier l'intérêt de l'OSA afin de favoriser le rôle de mère en DPP dans sa transition occupationnelle. Deux hypothèses de recherches ont pu être formulées. Afin de les valider ou non, trois ergothérapeutes ont été interrogées à l'aide d'une approche hypothético-déductive s'inscrivant dans une méthode qualitative. Au travers des entretiens semi-directifs, il a été possible de constater un changement quant au répertoire occupationnel des femmes en DPP. Les occupations antérieures sont parfois mises de côté. Lorsqu'une femme devient mère, ses priorités peuvent être modifiées. De ce fait, la reprise ou maintien des occupations antérieures n'est majoritairement pas l'objectif premier des femmes en DPP. Cependant, il semble davantage prioritaire de pouvoir répondre aux obligations liées au rôle. Ainsi, la pertinence de l'OSA pour soutenir la transition occupationnelle des femmes en DPP a été soulignée. Il apparaît comme pertinent d'utiliser l'OSA en ce sens pour permettre aux femmes en DPP de concevoir des objectifs afin d'améliorer leur participation dans les co-occupations.

Enfin, de nouveaux apports ont pu être mentionnés tel que l'approche communautaire. Identifiée comme une ressource par les ergothérapeutes, elle semble être un atout à l'accompagnement de la maternité. Ainsi, il est possible de se demander en quoi l'approche communautaire en ergothérapie permet-elle de favoriser la transition occupationnelle des femmes en DPP.

X. Bibliographie

- Abreu, A. C., & Stuart, S. (2005). Pharmacologic and Hormonal Treatments for Postpartum Depression. *Psychiatric Annals*, 35(7), 568-576. <https://doi.org/10.3928/0048-5713-20050701-14>
- Ahokas, A., Kaukoranta, J., Wahlbeck, K., & Aito, M. (2001). Estrogen Deficiency in Severe Postpartum Depression: Successful Treatment With Sublingual Physiologic 17 β -Estradiol: A Preliminary Study. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(5), 332-336. <https://doi.org/10.4088/JCP.v62n0504>
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*, Sillery, Presses de l'Université du Québec, 213 p
- Alexandratos, K., Barnett, F., & Thomas, Y. (2012). The Impact of Exercise on the Mental Health and Quality of Life of People with Severe Mental Illness: A Critical Review. *British Journal of Occupational Therapy*, 75(2), 48-60. <https://doi.org/10.4276/030802212X13286281650956>
- Ali, N. S., Mahmud, S., Khan, A., & Ali, B. S. (2013). Impact of postpartum anxiety and depression on child's mental development from two peri-urban communities of Karachi, Pakistan: a quasi-experimental study. *BMC Psychiatry*, 13(1), 274. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-274>
- AMELI. (2023). *Grossesse : programme de suivi et première consultation*. Assurance maladie. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/grossesse-programme-de-suivi-et-premiere-consultation>
- ANFE. (2020). *Prise de position parcours des 1000 premiers jours*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2021/02/Prise-de-position_Parcours-des-1000-jours.pdf
- ANFE (s. d.) Qu'est ce que l'ergothérapie. Consulté 19 décembre 2023, à l'adresse https://anfe.fr/qu_est_ce_que_l_ergotherapie/
- Arendell, T. (2000). Conceiving and investigating motherhood: The decade's scholarship. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 1192–1207
- Argyris, C., & Schön, D. (1974). *Theory in Practice Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

- Aron, R., & Mesure, S. (1991). *Introduction à la philosophie de l'histoire: essai sur les limites de l'objectivité historique* (Nouvelle édition). Gallimard.
- Artal-Mittelmark, R. (2022). *Physiologie de la grossesse—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/prise-en-charge-de-la-femme-enceinte-et-suivi-de-la-grossesse/physiologie-de-la-grossesse>
- Association Canadienne des Ergothérapeutes (ACE) et al. (2008, Joint Position Statement on Evidence- based Occupational Therapy. Extrait le 3 avril 2018 de <http://www.caot.ca/default.asp?pageid=156>.
- Baker, H., Cuomo, B., Femia, C., Lin, D., Stobbie, C., McLean, B., & Hatfield, M. (2024). Occupational therapy in maternal health: Exploring the Barkin Index of Maternal Functioning as a potential tool. *Australian Occupational Therapy Journal*, 1440-1630.12926. <https://doi.org/10.1111/1440-1630.12926>
- Balslev, K., & Saada-Robert, M. (2002). Expliquer l'apprentissage situé de la littéracie : une démarche inductive/déductive. In M. Saada-Robert & F. Leutenegger, *Expliquer et comprendre en sciences de l'éducation* (p. 89). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.saada.2002.01.0089>
- 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* (1e éd., vol. 1, p. 23-34). Springer Publishing Compagny.
- Baron, K., Kielhofner, G., Iyenger, A., Goldhammer, V., & Wolenski, J. (2006). OSA | Outils d'évaluation | CRM OH | ULaval. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>
- Battle, C. L., Zlotnick, C., Pearlstein, T., Miller, I. W., Howard, M., Salisbury, A., & Stroud, L. (2008). Depression and breastfeeding: which postpartum patients take antidepressant medications? *Depression and Anxiety*, 25(10), 888-891. <https://doi.org/10.1002/da.20299>
- Bayot Ingrid. (2018). *Le quatrième trimestre de la grossesse* (Eres).
- Beaugrand, J. P. (1988). Démarche scientifique et cycle de la recherche. In M. Robert (Éd.), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie* (pp. 1-36). Québec : Edisem

- Bedouet Chloé & Marcende Elise. (2023, janvier 16). *Dépression Post-Partum, La Face cachée de la Maternité | Association Maman Blues*. <https://www.maman-blues.fr/>.
<https://www.maman-blues.fr/depression-post-partum-la-face-cachee-de-la-maternite/>
- Bernazzani, O., & Bifulco, A. (2003). Motherhood as a vulnerability factor in major depression: the role of negative pregnancy experiences. *Social Science & Medicine*, 56(6), 1249-1260. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(02\)00123-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(02)00123-5)
- Bicking Kinsey, C., Baptiste-Roberts, K., Zhu, J., & Kjerulff, K. H. (2014). Birth-related, psychosocial, and emotional correlates of positive maternal–infant bonding in a cohort of first-time mothers. *Midwifery*, 30(5), e188-e194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.02.006>
- Blais, M., & Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale :description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Blair, S. E. E. (2000). The Centrality of Occupation during Life Transitions. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 231-237. <https://doi.org/10.1177/030802260006300508>
- Bornstein, M. H., & Tamis-LeMonda, C. S. (1989). Maternal responsiveness and cognitive development in children. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 1989(43), 49-61. <https://doi.org/10.1002/cd.23219894306>
- Bowlby, J. (2007). *Attachment and loss. Volume I, Attachment*. Recording for the Blind & Dyslexic.
- Boyd, D. R., Bee, H. L., Andrews, J., Lord, C., et Gosselin, F. (2017). *Les âges de la vie : psychologie du développement humain (5e éd.)*. Montréal, Canada: Pearson.
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Wilson, T., & Strong, J. (2020). Prenatal Predictors of Maternal-infant Attachment. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 87(4), 265-277. <https://doi.org/10.1177/0008417420941781>
- Brummelte, S., & Galea, L. A. M. (2016). Postpartum depression : Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153-166. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2015.08.008>

- Buchner, T. (2021). *How an Occupational Therapist Can Help You as a Parent*. Oona.
<https://oonacares.com/how-an-occupational-therapist-can-help-you-as-a-parent/>
- Burke, J. P., Clark, F., Hamilton-Dodd, C., & Kawamoto, T. (1987). Maternal Role Preparation: A Program Using Sensory Integration, Infant-Mother Attachment, and Occupational Behavior Perspectives. *Occupational Therapy In Health Care*, 4(2), 9-21. https://doi.org/10.1080/J003v04n02_03
- Campbell, S. B., Cohn, Jeffrey. F., Flanagan, C., Popper, S., & Meyers, T. (1992). Course and correlates of postpartum depression during the transition to parenthood. *Development and Psychopathology*, 4(1), 29-47. <https://doi.org/10.1017/S095457940000554X>
- Chodorow, N. (1999). *The reproduction of mothering: psychoanalysis and the sociology of gender: with a new preface*. University of California Press.
- Choi, P., Henshaw, C., Baker, S., & Tree, J. (2005). Supermum, superwife, supereverything: performing femininity in the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23(2), 167-180. <https://doi.org/10.1080/02646830500129487>
- Christiansen, C. (2014). *Introduction to occupation: the art and science of living* (Second edition, Pearson new international edition). Pearson.
- Centre de référence du Modèle de l'Occupation Humaine. (2023). OSA | Outils d'évaluation | CRMOH | ULaval. <https://crmoh.ulaval.ca/outils-devaluation/osa/>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Chapitre 6. Les entretiens: In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>
- Cliffe, S., Black, D., Bryant, J., & Sullivan, E. (2008). Maternal deaths in New South Wales, Australia: A data linkage project. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(3), 255-260. <https://doi.org/10.1111/j.1479-828X.2008.00878.x>
- Cuijpers, P., Brännmark, J. G., & Van Straten, A. (2008). Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 103-118. <https://doi.org/10.1002/jclp.20432>

- Declercq, E. R., Sakala, C., Corry, M. P., Applebaum, S., & Herrlich, A. (2013). Major Survey Findings of Listening to MothersSM III: New Mothers Speak Out: Report of National Surveys of Women's Childbearing Experiences Conducted October–December 2012 and January–April 2013. *The Journal of Perinatal Education*, 23(1), 17-24. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.23.1.17>
- Delacroix, E., Jolibert, A., Monnot, É., & Jourdan, P. (2021). Chapitre 6. L'analyse des données qualitatives et documentaires: In *Marketing Research* (p. 151-177). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.delac.2021.01.0151>
- Del Fabro Smith, L., Suto, M., Chalmers, A., & Backman, C. L. (2011). Belief in Doing and Knowledge in Being Mothers with Arthritis. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 31(1), 40-48. <https://doi.org/10.3928/15394492-20100222-01>
- De Sardan, J.-P. O. (2000). Le « je » méthodologique: Implication et explicitation dans l'enquête de terrain. *Revue Française de Sociologie*, 41(3), 417. <https://doi.org/10.2307/3322540>
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed). (2013). American psychiatric association.
- Dictionnaire Médical. (s. d.). *Définition de « Grossesse »*. Dictionnaire médical. Consulté 17 décembre 2023, à l'adresse <https://www.dictionnaire-medical.fr/definitions/912-grossesse/>
- Direction de l'information légale et administrative. (2023). *Grossesse : Examens médicaux*. Accueil | Service-Public.fr. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F963>
- Doussin, A., Large, M.-E., & Degano, C. (2021). *Les outils du MOH*. ANFE.
- Dunbar, S. B., & Roberts, E. (2006). An Exploration of Mothers' Perceptions Regarding Mothering Occupations and Experiences. *Occupational Therapy In Health Care*, 20(2), 51-73. https://doi.org/10.1080/J003v20n02_04
- Economic and Social Research Council (ESRC). (s. d.).
- Esdaile, S. A., & Olsen, J. A. (2004). *Mothering occupations: Challenge, agency and participation*. F.A. Davis Company.

- Earle, S. (2002). Factors affecting the initiation of breastfeeding: implications for breastfeeding promotion. *Health Promotion International*, 17(3), 205-214. <https://doi.org/10.1093/heapro/17.3.205>
- Featherstone. (1999). Taking mothering seriously: the implications for child protection. *Child & Family Social Work*, 4(1), 43-53. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2206.1999.00099.x>
- Feldman, R., & Eidelman, A. I. (2003). Direct and indirect effects of breast milk on the neurobehavioral and cognitive development of premature infants. *Developmental Psychobiology*, 43(2), 109-119. <https://doi.org/10.1002/dev.10126>
- Feldman, R., Eidelman, A. I., & Rotenberg, N. (2004). Parenting Stress, Infant Emotion Regulation, Maternal Sensitivity, and the Cognitive Development of Triplets: A Model for Parent and Child Influences in a Unique Ecology. *Child Development*, 75(6), 1774-1791. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00816.x>
- Feldman, R., Eidelman, A. I., Sirota, L., & Weller, A. (2002). Comparison of Skin-to-Skin (Kangaroo) and Traditional Care: Parenting Outcomes and Preterm Infant Development. *Pediatrics*, 110(1), 16-26. <https://doi.org/10.1542/peds.110.1.16>
- Field, T. M. (1984). Early interactions between infants and their postpartum depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 7(4), 517-522. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(84\)80010-7](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(84)80010-7)
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18(1), 1-13. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(95\)90003-9](https://doi.org/10.1016/0163-6383(95)90003-9)
- Field, T., Fox, N. A., Pickens, J., & Nawrocki, T. (1995). Relative right frontal EEG activation in 3- to 6-month-old infants of « depressed » mothers. *Developmental Psychology*, 31(3), 358-363. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.3.358>
- Foster, M., Johnson, S. E., & Turner, A. (2007). *Occupational therapy and physical dysfunction: principles, skills and practice* (5th edition). Churchill Livingstone.
- Fransen, H., Moldes, I., Kantartzis, S., & Pollard, N. (2013). *Citoyenneté : Explorer la contribution de l'ergothérapie*.
- Gauvain, M. (2001). *The social context of cognitive development*. Guilford Press.

- Gee, B. M., Troy, L., Aubuchon-Endsley, N., & Ramsdell-Hudock, H. L. (2021). Infant and Maternal Co-Occupational Patterns: A Retrospective Descriptive Cohort Study. *Annals of International Occupational Therapy*, 4(3). <https://doi.org/10.3928/24761222-20201202-03>
- Gentile, S. (2007). Use of Contemporary Antidepressants during Breastfeeding: A Proposal for a Specific Safety Index. *Drug Safety*, 30(2), 107-121. <https://doi.org/10.2165/00002018-200730020-00002>
- Goldsmith, D. F., & Rogoff, B. (1997). Mothers' and toddlers' coordinated joint focus of attention: Variations with maternal dysphoric symptoms. *Developmental Psychology*, 33(1), 113-119. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.1.113>
- Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. (2009). Fragmented maternal sleep is more strongly correlated with depressive symptoms than infant temperament at three months postpartum. *Archives of Women's Mental Health*, 12(4), 229-237. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0070-9>
- Graham, C. W., Sorell, G. T., & Montgomery, M. J. (2004). Role-related identity structure in adult women. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 4, 251–271. doi:10.1207/s1532706xid0403
- Gregoire, A. J. P., Kumar, R., Everitt, B., & Studd, J. W. W. (1996). Transdermal oestrogen for treatment of severe postnatal depression. *The Lancet*, 347(9006), 930-933. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)91414-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)91414-2)
- Grigoriadis, S., & Ravitz, P. (2007). An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Canadian Family Physician Medecin De Famille Canadien*, 53(9), 1469-1475.
- Grossmann, F. (2017). Objectivité scientifique et positionnement d'auteur. In Schnedecker, C. et Aleksandrova, A. (dir.), *Le doctorat en France : mode(s) d'emploi*, Bruxelles, pp.97-112.
- Hallberg, P., & Sjöblom, V. (2005). The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors During Pregnancy and Breast-feeding: A Review and Clinical Aspects. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 25(1), 59-73. <https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000150228.61501.e4>
- Hart, B., & Risley, T. R. (1995). *Meaningful differences in the everyday experience of young American children*. P.H. Brookes.

- HAS. (2016). *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
- HAS. (2023). *Développer le recours aux pairs-aidants*. Haute Autorité de Santé. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_precaire_troubles_psy_fiche_outil_pairs_aidants.pdf
- Heard, C. (1977). Occupational role acquisition: a perspective on the chronically disabled. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 31(4), 243-247.
- Henderson, J.J., Evans, S.F., Straton, J.A.Y., Priest, S.R., Hagan, R., 2003. Impact of postnatal depression on breastfeeding duration. *Birth* Berkeley Calif. 30, 175–180.
- Hersch, G. I., Lamport, N. K., & Coffey, M. S. (2005). *Activity analysis: application to occupation* (5th ed). Slack.
- Honey, K. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76(1-3), 201-210. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00085-X](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00085-X)
- Horne, J., Corr, S., & Earle, S. (2005). Becoming a Mother: Occupational Change in First Time Motherhood. *Journal of Occupational Science*, 12(3), 176-183. <https://doi.org/10.1080/14427591.2005.9686561>
- Howard, M., Battle, C. L., Pearlstein, T., & Rosene-Montella, K. (2006). A psychiatric mother-baby day hospital for pregnant and postpartum women. *Archives of Women's Mental Health*, 9(4), 213-218. <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0135-y>
- Hyppolite, S., & Parent, A. A. (2017). *La promotion de la santé : comprendre pour agir dans le monde francophone*. Rennes : Presses de l'EHESP.
- INSEE. (2024) *Naissances – Fécondité - France - Tableau de bord de l'économie française*. https://www.insee.fr/fr/outil-interactif/5367857/tableau/20_DEM/22_NAI
- INSERM. (2021). *Les morts maternelles en France : Mieux comprendre pour mieux prévenir. 6e rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles (ENCMM) 2013-2015*.

<https://www.santepubliquefrance.fr/import/les-morts-maternelles-en-france-mieux-comprendre-pour-mieux-prevenir.-6e-rapport-de-l-enquete-nationale-confidentielle-sur-les-morts-maternelles>

INSPQ. (2023). Baby blues. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.gc.ca/mieux-vivre/accouchement/premiers-jours/baby-blues>

INSPQ. (2023). Durée de la grossesse. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.gc.ca/mieux-vivre/grossesse/les-etapes-avant-la-grossesse/duree-de-la-grossesse>

Jonsson, H. (2010). Occupational transitions: work to retirement. Dans C.H. Christiansen et E.A. Townsend, *Introduction to Occupation: The Art and Science of Living*, (2e éd., pp. 211- 230). Upper Sadle River, NJ: Pearson Education.

Juignet, P. (2018). *Hypothético-déductive*. <https://philosciences.com/hypothetico-deductive>

Kang, M. J., Matsumoto, K., Shinkoda, H., Mishima, M., & Seo, Y. J. (2002). Longitudinal study for sleep–wake behaviours of mothers from pre-partum to post-partum using actigraph and sleep logs. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56(3), 251-252. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2002.00992.x>

Kawai, E., Takagai, S., Takei, N., Itoh, H., Kanayama, N., & Tsuchiya, K. J. (2017). Maternal postpartum depressive symptoms predict delay in non-verbal communication in 14-month-old infants. *Infant Behavior and Development*, 46, 33-45. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.11.006>

Kendell, R. E., Chalmers, J. C., & Platz, C. (1987). Epidemiology of Puerperal Psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 150(5), 662-673. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.5.662>

Kielhofner, G. (2002). *A model of human occupation: Theory and application* (3rd ed). Baltimore, MA: Lippincott Williams & Wilkins.

Kielhofner, G. (2004). Le modèle de l'occupation humaine (MOH) (traduction de l'original par Monique Gillet en collaboration avec l'Université Laval, Québec). Dans G. Kielhofner (Éd.). *Conceptual foundations of occupational therapy* (3e éd., pp. 147-161). Philadelphia, PA: F.A. Davis.

- Kohn, L., & Christiaens, W. (2015). Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances: *Reflets et perspectives de la vie économique*, Tome LIII(4), 67-82. <https://doi.org/10.3917/rpve.534.0067>
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A Prospective Study of Emotional Disorders in Childbearing Women. *British Journal of Psychiatry*, 144(1), 35-47. <https://doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>
- Kurstjens, S., & Wolke, D. (2001). Effects of maternal depression on cognitive development of children over the first 7 years of life. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 42(5), 623-636.
- Kvale, S. (1996). *Interview Views: An Introduction to Qualitative Research Interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Kralik, D., Visentin, K., et van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329. doi:10.1111/j.1365-2648.2006.03899.x
- Landry, S. H., Smith, K. E., Miller-Loncar, C. L., & Swank, P. R. (1997). Predicting cognitive-language and social growth curves from early maternal behaviors in children at varying degrees of biological risk. *Developmental Psychology*, 33(6), 1040-1053. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.6.1040>
- Landry, S. H., Smith, K. E., Swank, P. R., Assel, M. A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Developmental Psychology*, 37(3), 387-403. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.37.3.387>
- Lafaurie Lise. (2022, avril 24). *Matrescence : Définition, signes et symptômes*. <https://www.passeportsante.net/>.
<https://www.passeportsante.net/famille/grossesse?doc=matrescence-definition-signes-symptomes>
- Lebrun, S. (2022, mars 25). L'impact de la matrescence dans ta vie | Envol & Matrescence. *Envol et Matrescence*. <https://envol-et-matrescence.com/impact-de-la-matrescence-le-chamboulement-dune-vie/>
- Lee, K. A., McEnany, G., & Zaffke, M. E. (2000). REM sleep and mood state in childbearing women: sleepy or weepy? *Sleep*, 23(7), 877-885.

- L'enseignement associatif pour de la sémiologie psychiatrique (EASP). (2014). *Référentiel de psychiatrie : Psychiatrie de l'adulte. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Addictologie* (Presses Universitaires François Rabelais).
- Le Robert (s. d.). *maternité—Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne*. Consulté 17 décembre 2023, à l'adresse <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/maternite>
- Lilja, G., Edhborg, M., & Nissen, E. (2012). Depressive mood in women at childbirth predicts their mood and relationship with infant and partner during the first year postpartum: Depressive mood in women at childbirth. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 245-253. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2011.00925.x>
- Liu, Y., Kaaya, S., Chai, J., McCoy, D. C., Surkan, P. J., Black, M. M., Sutter-Dallay, A.-L., Verdoux, H., & Smith-Fawzi, M. C. (2017). Maternal depressive symptoms and early childhood cognitive development: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(4), 680-689. <https://doi.org/10.1017/S003329171600283X>
- Mager, F., & Galandini, S. (2020). *Research Ethics: A practical guide*. Oxfam GB. <https://doi.org/10.21201/2020.6416>
- Maman blues. (2023). *Santé mentale périnatale : Le projet PATH | Association Maman Blues*. Association Maman Blues. <https://www.maman-blues.fr/sante-mentale-perinatale-le-projet-path/>
- Martin, A., Horowitz, C., Balbierz, A., & Howell, E. A. (2014). Views of women and clinicians on postpartum preparation and recovery. *Maternal and Child Health Journal*, 18(3), 707-713. <https://doi.org/10.1007/s10995-013-1297-7>
- McMahon, M. (1995). *Engendering motherhood: identity and self-transformation in women's lives*. Guilford Press.
- Mercer, R. T. (2004). Becoming a mother versus maternal role attainment. *Journal of Nursing Scholarship*, 36, 226–232.
- Modèle de l'occupation humaine | 5e édition | CRMOH | ULaval. (s. d.). Centre de référence du modèle de l'occupation humaine. Consulté 4 janvier 2024, à l'adresse <https://crmoh.ulaval.ca/modele-de-loccupation-humaine/>
- Monin, M. (2019). L'approche communautaire en ergothérapie : projet d'action sur des déterminants sociaux impactant l'occupation de certains publics. In : Trouvé, E., Clavreul, H., Poriel, G., et al. Participation, occupation et pouvoir

- d'agir : plaidoyer pour une ergothérapie inclusive. pp. 343-362. France : ANFE.
- Morel-Bracq, M.-C. (2017). Les modèles conceptuels en ergothérapie: introduction aux concepts fondamentaux (2e éd). Deboeck supérieur.
- Motamed. (2015). Qu'est-ce que la santé communautaire : Un exemple d'une approche participative et multisectorielle dans une commune du Canton de Genève, en Suisse. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1374>
- Mortelmans. (2009). Handboek kwalitatieve onderzoeksmethoden, Leuven, Acco.
- Mucchielli, A. (2011), Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines, Paris, Armand Colin.
- National Inst of Child Health & Human Development. (1999). Chronicity of maternal depressive symptoms, maternal sensitivity, and child functioning at 36 months. *Developmental Psychology*, 35(5), 1297-1310. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.35.5.1297>
- Oakley, A. (1980). *Becoming a mother*. Schocken Books.
- O'Brien, M., & Lynch, H. (2011). Exploring the Role of Touch in the First Year of Life: Mothers' Perspectives of Tactile Interactions with Their Infants. *British Journal of Occupational Therapy*, 74(3), 129-136. <https://doi.org/10.4276/030802211X12996065859247>
- O'Hara, M. W., Neunaber, D. J., & Zekoski, E. M. (1984). Prospective study of postpartum depression: Prevalence, course, and predictive factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 158-171. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.93.2.158>
- O'Hara, M. W. (1986). Social Support, Life Events, and Depression During Pregnancy and the Puerperium. *Archives of General Psychiatry*, 43(6), 569. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1986.01800060063008>
- O'Hara, M. W. (1991). Prospective Study of Postpartum Blues: Biologic and Psychosocial Factors. *Archives of General Psychiatry*, 48(9), 801. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810330025004>
- O'Higgins, M., Roberts, I. S. J., Glover, V., & Taylor, A. (2013). Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Archives of Women's Mental Health*, 16(5), 381-389. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0354-y>

- OMS. (2006). Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition. www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
- Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) (s. d.) *Qu'est-ce que l'ergothérapie?* Consulté 20 décembre 2023, à l'adresse <https://www.oeq.org/m-informer/qu-est-ce-que-l-ergotherapie.html>
- Örün, E., Yalçın, S. S., & Mutlu, B. (2013). Relations of maternal psychopathologies, social-obstetrical factors and mother-infant bonding at 2-month postpartum: a sample of Turkish mothers. *World Journal of Pediatrics*, 9(4), 350-355. <https://doi.org/10.1007/s12519-013-0432-2>
- Oyetunji, A., & Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry Research*, 284, 112769. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112769>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2021). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (5e éd). Armand Colin.
- Payne, J. L. (2003). The role of estrogen in mood disorders in women. *International Review of Psychiatry*, 15(3), 280-290. <https://doi.org/10.1080/0954026031000136893>
- Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 52, 165-180. <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2018.12.001>
- Pearlstein, T., Howard, M., Salisbury, A., & Zlotnick, C. (2009). Postpartum depression. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200(4), 357-364. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2008.11.033>
- Pierce, D. (2009). Co-occupation : The challenges of defining concepts original to occupational science. *Journal of Occupational Science*, 16(3), 203-207. <https://doi.org/10.1080/14427591.2009.9686663>
- Pickens, N. D. & Pizur-Barnekow, K. (2009). Co-occupation: Extending the dialogue. *Journal of Occupational Science*, 16, 151–156. doi:10.1080/14427591.2009.9686656.
- Pizur-Barnekow, K. & Erickson, S. (2011). Perinatal post- traumatic stress disorder: Implications for occupational therapy in early intervention practice. *Occupational Therapy in Mental Health*, 27, 126–139. doi:10.1080/0164212X.2011.566165.

- Podvey, M. (2018). Maternal mental health and occupational therapy: A good fit. American Occupational Therapy Association Mental Health Special Interest Section, 17–19.
- Point, S. (2018). Chapitre 15. L'analyse des données qualitatives : voyage au centre du codage. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 262-282). EMS Editions. <https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0262>
- Posmontier, B. (2008). Functional Status Outcomes in Mothers With and Without Postpartum Depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(4), 310-318. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.02.016>
- Prinds, C., Hvidt, N. C., Mogensen, O., & 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>
- Quevedo, L. A., Silva, R. A., Godoy, R., Jansen, K., Matos, M. B., Tavares Pinheiro, K. A., & Pinheiro, R. T. (2012). The impact of maternal post-partum depression on the language development of children at 12 months. *Child: Care, Health and Development*, 38(3), 420-424. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2011.01251.x>
- Ramafikeng, M. (2010). *OT Conceptual Framework: Lecture 1* [Health Sciences UCT]. https://vula.uct.ac.za/access/content/group/9c29ba04-b1ee-49b9-8c85-9a468b556ce2/Framework_2/lecture1.htm
- Reck, C., Van Den Bergh, B., Tietz, A., Müller, M., Ropeter, A., Zipser, B., & Pauen, S. (2018). Maternal avoidance, anxiety cognitions and interactive behaviour predicts infant development at 12 months in the context of anxiety disorders in the postpartum period. *Infant Behavior and Development*, 50, 116-131. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.11.007>
- Reynolds, K. (2015). Social identity. In: Wright JD, editor. International encyclopedia of the social and behavioral sciences. 2nd ed. p. 313–318.
- Rodrigues, M., Patel, V., Jaswal, S., & De Souza, N. (2003). Listening to mothers: qualitative studies on motherhood and depression from Goa, India. *Social Science & Medicine*, 57(10), 1797-1806. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00062-5](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00062-5)
- Ruddick, S. (2002). *Maternal thinking: toward a politics of peace ; with a new preface* (1st digital print ed). Beacon Press.

- Santé publique France. (2024). *1000 premiers jours - Là où tout commence*.
1000 premiers jours - Là où tout commence.
<https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/node>
- Sarlat, C. (2019). *La matrescence*.
<https://clementinesarlat.com/podcasts/la-matrescence/>
- Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. *Recherches qualitatives*, 5(1), pp. 99-111.
- Schlossberg, N. K. (2008). *Overwhelmed: Coping with life's ups and downs* (2^{de} éd.).
- Searle, A. (1987). The Effects of Postnatal Depression on Mother-Infant Interaction. *Australian Journal of Sex, Marriage and Family*, 8(2), 89-96.
<https://doi.org/10.1080/01591487.1987.11004376>
- Shelton, N., & Johnson, S. (2006). 'I think motherhood for me was a bit like a double-edged sword': the narratives of older mothers. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(4), 316-330.
<https://doi.org/10.1002/casp.867>
- Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health*, 15, 174550651984404.
<https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
- Slotjies, H., McKinstry, C., & 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>
- Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Krogh, M. T., & Væver, M. S. (2016). Effects of maternal postpartum depression in a well-resourced sample: Early concurrent and long-term effects on infant cognitive, language, and motor development. *Scandinavian Journal of Psychology*, 57(6), 571-583.
<https://doi.org/10.1111/sjop.12321>
- Snow, C. C., & Thomas, J. B. (1994). FIELD RESEARCH METHODS IN STRATEGIC MANAGEMENT: CONTRIBUTIONS TO THEORY BUILDING AND TESTING*. *Journal of Management Studies*, 31(4), 457-480.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-6486.1994.tb00626.x>
- Sohr-Preston, S. L., & Scaramella, L. V. (2006). Implications of Timing of Maternal Depressive Symptoms for Early Cognitive and Language

- Development. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 9(1), 65-83.
<https://doi.org/10.1007/s10567-006-0004-2>
- Steinberg, Z. (2005). Donning the Mask of Motherhood: A Defensive Strategy, a Developmental Search. *Studies in Gender and Sexuality*, 6(2), 173-198.
<https://doi.org/10.1080/15240650609349273>
- Stern, D. N., Bruschiweiller-Stern, N., & Freeland, A. (2004). *La naissance d'une mère*. O. Jacob.
- Silva, C. S., Lima, M. C., Sequeira-de-Andrade, L. A. S., Oliveira, J. S., Monteiro, J. S., Lima, N. M. S., Santos, R. M. A. B., & Lira, P. I. C. (2017). Association between postpartum depression and the practice of exclusive breastfeeding in the first three months of life. *Journal de Pediatria*, 93(4), 356-364.
<https://doi.org/10.1016/j.jped.2016.08.005>
- Taylor, J., & Kay, S. (2015). The Construction of Identities in Narratives about Serious Leisure Occupations. *Journal of Occupational Science*, 22(3), 260-276. <https://doi.org/10.1080/14427591.2013.803298>
- Teissedre, F., & Chabrol, H. (2004). Dépistage, prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude comparative randomisée chez 450 femmes. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 52(5), 266-273.
<https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2004.03.008>
- Thibault, S. M. (2022). *L'ergothérapie et les changements vécus chez les femmes lors de la transition vers la maternité (matrescence)*.
<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/10527/1/eprint10527.pdf>
- Thiétart, R. (2014). *Méthodes de recherche en management*. Dunod.
<https://doi.org/10.3917/dunod.thiet.2014.01>
- Tremblay, P. C., Lévesque, S., Chan, A., & Desjardins, N. (2014). *Santé mentale. Gouvernement du Québec*. infoprenatale.inspq.qc.ca
- Tully, K. P., Stuebe, A. M., & Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester: a critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 37-41.
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.03.032>
- Vagny, V. (2022). *Association entre dépression parentale et développement occupationnel des enfants*.
https://eres.iplesp.fr/files/VAGNY_Virginie_M1_RG3PE_2022.pdf

- Valla, L., Wentzel-Larsen, T., Smith, L., Birkeland, M. S., & Slinning, K. (2016). Association between maternal postnatal depressive symptoms and infants' communication skills: A longitudinal study. *Infant Behavior and Development*, 45, 83-90. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2016.10.001>
- Van Bruggen, H. (2014). Turning challenges into opportunities: how occupational therapy is contributing to social, health and educational reform. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 70(1), 41-46. <https://doi.org/10.1179/otb.2014.70.1.013>
- Vliegen, N., Casalin, S., & Luyten, P. (2014). The Course of Postpartum Depression: A Review of Longitudinal Studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 22(1), 1-22. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000013>
- Vrkljan, B., & Miller-Polgar, J. (2001). Meaning of occupational engagement in life-threatening illness: A qualitative pilot project. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 68(4), 237–246.
- Weissman, A. M., Levy, B. T., Hartz, A. J., Bentler, S., Donohue, M., Ellingrod, V. L., & Wisner, K. L. (2004). Pooled Analysis of Antidepressant Levels in Lactating Mothers, Breast Milk, and Nursing Infants. *American Journal of Psychiatry*, 161(6), 1066-1078. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.6.1066>
- 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., & Bianchi-Demicheli, F. (2006). « Comment naissent les mères »? Expériences cliniques à la maternité de Genève. *Thérapie Familiale*, 27(2), 123-132. <https://doi.org/10.3917/tf.062.0123>
- Winnicott D. (1995). *Le bébé et sa mère* (Payot).
- Whiteford, G. (2000). Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium. *British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), 200-204. <https://doi.org/10.1177/030802260006300503>
- Woodward, K. (Éd.). (1997). *Identity and difference*. Sage in association with the Open University.
- Wouk, K., Stuebe, A. M., & Meltzer-Brody, S. (2017). Postpartum Mental Health and Breastfeeding Practices: An Analysis Using the 2010–2011 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 636-647. <https://doi.org/10.1007/s10995-016-2150-6>

XI. Annexes

1. Formulaire de consentement dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche..... I
2. Guide d'entretien auprès des ergothérapeutes II
3. Grille d'analyse des entretiens V

1. Formulaire de consentement dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

Formulaire de consentement dans le cadre d'un mémoire d'initiation à la recherche

Je m'appelle Lou, je suis étudiante en 3ème année d'ergothérapie à l'IFE de Rouen. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la transition occupationnelle des femmes en dépression postpartum notamment l'adaptation au rôle de mère.

Afin de recueillir des éléments de réponse, je vais vous poser différentes questions. L'entretien va durer entre 30 minutes et 1 heure. Vous n'êtes pas obligé.e de répondre à toutes les questions et êtes libre de mettre fin à l'entretien si vous le souhaitez. N'hésitez pas à ajouter des éléments ou remarques qui pourront enrichir la discussion. Et si vous avez oublié un élément à une question précédente, vous pouvez également revenir dessus à tout moment.

L'entretien sera enregistré afin de me permettre de retranscrire les informations recueillies avec précision dans le but de les analyser afin de répondre à ma recherche. Ces informations seront anonymisées et la retranscription de cet entretien sera supprimée après analyse.

Je, soussigné.e , accepte de participer à cette enquête et autorise ainsi l'étudiante, Lou JACQUES, à m'interroger dans le cadre de son mémoire d'initiation à la recherche et à enregistrer cet entretien.

Date : Le à

Signature, précédée de la mention *lu et approuvé* :

2. Guide d'entretien auprès des ergothérapeutes

Thématiques	Questions	Précisions si nécessaires	Critères	Indicateurs	Hypothèses associées
Population interrogée	1. Pouvez-vous vous présenter et expliquer votre parcours professionnel ?	Depuis combien de temps travaillez vous en tant qu'ergothérapeute ?	Caractéristiques et parcours professionnel	Âge, année d'obtention du diplôme ; années d'expériences ; lieux d'exercices ; population rencontrée	
	2. Pourquoi vous intéressez vous à la périnatalité ?		Facteurs motivants	Expérience de stage et/ou personnelle ; spécialisation, formation ; spécificités de la pratique avec cette population	
L'ergothérapie auprès des femmes en DPP	3. Dans votre pratique, avez vous déjà rencontré des femmes en DPP ?	Contact direct (pec) ou indirect (pec de l'enfant, atelier portage...), les avez-vous accompagné ? Qui les avait orienté, objectif pec de la dpp	Accompagnement des femmes en DPP ; objectifs et interventions	Origine de la demande ; apprendre à utiliser les nouveaux rôles ; améliorer le lien mère enfant, la participation dans les occupations / co-occupation ; bien être maternel	H1 H2
	4. Selon vous et/ou votre pratique, quelles sont les principales difficultés rencontrées par les femmes en DPP ?	Comment définiriez vous la DPP et ses conséquences notamment sur le lien avec l'enfant ? Difficultés de rôle ? Quel retentissement dans les occupations ?	Définition de la DPP et des difficultés rencontrées par les femmes en DPP	Critères DSM-V, différents symptômes, difficultés d'adaptation, transition occupationnelle, créer du lien avec l'enfant, s'occuper de l'enfant, maintenir ses occupations, répondre aux obligations liées aux rôle	H1 H2
	5. Selon vous, quel peut être le rôle de l'ergothérapeute auprès des femmes en dpp ?	Quelles sont les particularités induites par une pec des femmes en DPP ? Lieux de pratique en libéral ou milieu hospitalier suite à l'accouchement ? Intervention précoce ? Prévention ? Contre-indication à une pec ?	Spécificité de pec de la DPP	Utilisation des rôles, lien mère enfant, occupations, non connaissance de la dpp, difficulté à répondre à ses obligations (rdv etc), peur du jugement, faire garder l'enfant, s'investir, difficulté d'établir des objectifs	H1 H2

La transition occupationnelle	6. Selon vous, à quoi correspond une transition occupationnelle ?	Déjà entendu parlé ? Qu'est ce que cela évoque ?	Définition de la transition occupationnelle	Changement, à la disparition ou au remplacement de plusieurs occupations (Jonsson, 2010), nécessite de s'adapter	H1 H2
	7. Dans votre pratique, comment pouvez vous accompagner les transitions occupationnelles ?		Moyen d'accompagnement de le transition occupationnelle	Modèles, bilans, relation thérapeutique, objectifs et moyens	H1 H2
Co-occupations	8. Selon vous, à quoi correspondent les co-occupations ?	Connaissez vous les différents aspects des co-occupations ?	Définition co-occupations	occupations partagées et interactives, entre deux personnes ou plus, ici entre le bébé et sa mère (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009), aspects physiques, émotionnels et intentionnels	H1 H2
	9. Quels seraient les impacts de la DPP dans les co-occupations ?	que permettent les co-occupations	Impacts de la dpp dans les co-occupations	Difficulté d'adaptation, d'identification au rôle de mère, permet attachement, lien, développement nourrisson ou bien être maternel	H2
	10. Comment pourriez vous accompagner les femmes en dpp dans leur co-occupations ?	Comment favoriser la participation aux co-occupations ?	Accompagnement dans les co-occupations	Évaluer la capacité à répondre aux obligations, stratégies d'adaptation, être actrice	H2

MOH et transition occupationnelle	10. Connaissez vous le MOH ? Quelles sont les différentes composantes ?	L'utilisez vous dans la pratique ? Sur quelle composante du MOH pouvez vous vous appuyez afin de favoriser le rôle d'une personne ?	Facteurs du MOH avec le rôle de mère en DPP	Kielhofner, être, agir, devenir, environnement ; Être : volition, habitude, rôle, habitude de vie, capacité de performance	H1 H2
	11. Comment pourriez vous favoriser le maintien/reprise des occupations antérieurs chez les femmes en DPP ?		Maintien des occupations	Analyser les causes de changement, adaptation au nouveau rôle, diminuer impacts symptômes; retrouver une identité	H1
OSA	12. Connaissez vous l'OSA ?	Que cherche-il a mettre en avant ? À quels items du MOH répond-il ? Comment le mettez vous en pratique ?	Connaissance et utilisation de l'osa	Osa : Il permet d'auto-évaluer la capacité d'une personne à maintenir ses occupations en lien avec son identité occupationnelle (Centre de référence du Modèle de l'Occupation Humaine, 2023). ; habitude, rôle	H1 H2
	13. Quels aspects principaux cherchiez vous à évaluer dans le quotidien des femmes en dpp ?	Pensez vous a certains items de l'OSA ? Quels items correspondent le plus aux difficultés des femmes en dpp ?	Axes de pec	Impacts du quotidien, répondre aux obligations, s'occuper du nourrisson, répondre à ses besoins, s'adapter au rôle de mère, bien être maternel	H1

3. Grille d'analyse des entretiens

Thèmes	Indicateurs	Entretien 1	Entretien 2	Entretien 3
Population interrogée	Âge, année d'obtention du diplôme ; années d'expériences ; lieux d'exercices ; population rencontrée	"Je suis ergothérapeute, j'ai gradué à l'université au Canada en 2009" "J'ai pratiqué en soutien au domicile en CLSC" auprès de tout public puis "j'ai été affectée avec une majeure en soins palliatifs à domicile" "Ca fait deux ans que j'ai commencé un parcours d'études postgraduées en recherche sur le sujet puis j'ai commencé, en 2023, une pratique privée comme ergothérapeute en santé mentale périnatale"	"Je suis ergothérapeute, depuis plus de 20 ans. Mon premier poste était avec des déficients visuels en CDD. Puis je suis arrivée sur l'hôpital ou je suis actuellement, en région parisienne. J'ai commencé sur un poste qui faisait mi-temps gériatrie, mi-temps neuro. Puis j'ai bifurqué en psychiatrie sur le même site. C'était un concours de circonstance. J'ai toujours aimé la psychiatrie. Puis ça fait plus de 10 ans qu'on a créé l'UMB (Unité Mère Bébé) ou je suis. C'est une unité de psychiatrie adulte de semaine. Les femmes viennent le lundi et partent le vendredi chez elles. L'unité contient 6 dyades mère-enfant. On reste un secteur de psychiatrie adulte et non pas de pédopsie, alors que la plupart des UMB sont des pédopsies."	"Je suis ergothérapeute au Canada depuis décembre 2022 maintenant. J'ai eu la chance de faire mon essai de maîtrise sur la matrescence. Et présentement je travaille en santé mentale. J'ai eu la chance de faire 9 mois en première ligne, c'est comme en santé mentale. On est la première porte d'accès pour les personnes. On a beaucoup de dépression, anxiété et un peu de stress post-traumatique. Maintenant, depuis 9 mois, donc ça fait 18 mois que je pratique, je suis au guichet d'accès en santé mentale. Donc je reçois toutes les demandes. Je reçois les demande, j'évalue les besoins et on l'oriente vers le monde professionnel de la santé. "
	Expérience de stage et/ou personnelle ; spécialisation, formation ; spécificités de la pratique avec cette population	"En parallèle je suis devenue maman, j'ai été bénévole dans pleins d'organismes communautaires. J'ai été bénévole en allaitement. Je suis devenue doula aussi. Je me suis questionnée que le rôle de l'ergothérapeute en périnatalité, les données probantes sur la transition à devenir parent. Parce que pour moi, l'allaitement, l'alimentation, la transition, c'était très occupationnel." "Donc c'est grâce à ma propre expérience puis d'avoir croisé des parents, il me semble qu'on peut accompagner mieux les parents." "Puis j'ai envie de la périnatalité d'être une approche centrée sur les besoins de la personne et non pas sur ce qui est mieux pour bébé. Parce que des fois, ce qui est mieux pour bébé, c'est aussi un parent heureux" "donc intérêts personnel et professionnel" "j'ai commencé un parcours d'études postgraduées en recherche sur le sujet"	"C'était un concours de circonstance. L'unité ou je travaillais a été transformée. Ça me passionne. La plupart des UMB sont des pédopsy. Du coup, on priorise l'enfant. Et donc dans ce principe ils sont pas beaucoup ergo. {...} Nous on a une approche complètement différente. L'avantage d'être dans le CHU, c'est qu'il y a des urgences pédiatriques et maternité. Donc on a un lien pour faire les suivis. On a une approche plus somatique et on a accès à des bilans. On fait aussi beaucoup de diagnostic différentiels. Notre équipe est mixte avec une partie psychiatrique et puéricultrice."	"Ça part de loin, moi quand j'étais enfant, j'avais peut être 3 ans. Ma mère me demandait "qu'est ce que tu veux faire plus tard ?" Je voulais être maman. J'ai souvent idéalisé l'effet d'être mère. J'ai toujours voulu avoir des enfants. Je souhaite en avoir dans un délai rapproché. Par contre ne me questionnant à l'université, quand je suis arrivé au moment d'avoir des enfants, j'ai réalisé que ce n'était peut être pas aussi beau que ce qu'on pensait. Que ce n'était pas l'idée, ce qu'on idéalise, ce n'est pas vraiment ce qui se passe vu qu'il me manquait de compréhension. C'est pour ça que je me suis lancée dans cette recherche-là."
	Origine de la demande ; apprendre à utiliser les nouveaux rôles ; améliorer le lien mère enfant, la participation dans les occupations / co-occupation ; bien être maternel	"C'est du bouche à oreille ou leur démarche personnelle, il n'y a pas de démarches d'orientation" "il y a plusieurs personnes, des fois il y a des gens qui ont des diagnostics des fois qui n'en ont pas" "l'accès à un diagnostic médical est difficile." Donc elle reçoit "n'importe qui a l'impression qu'il y a un envahissement émotif dans ses routines, qui impacte ses occupations, ses co-occupations, qui aimerait améliorer son équilibre occupationnel" elle évoque aussi dans son rôle "la préparation à l'adaptation postnatale d'une prochaine grossesse" "une dépression lié reliée au rôle parentale évolue {...} on peut préparer l'équilibre postnatal, l'adaptation aussi, des fois le choix occupationnel a changé" l'importance de "l'enseignement, connaissance du réseau communautaire, voir les ressources" travailler sur le "sentiment de compétences parentales"	"On vise plutôt les mamans en dépression postpartum. Mais après, on cherche quand même à prendre en charge des gens où on pense qu'on peut apporter un plus. Si on pense que ce n'est pas notre structure qui convient le mieux, on passe le relais. Il y a vraiment un réseau très important." "Il y'a aussi des psychoses du postpartum, des phobies d'impulsion. Des mamans qui se voient noyer leur enfant quand ils font le bain ou le poignarder dès qu'elles voient un ciseau ou un couteau". "Certaines arrivent donc directement de la maternité ou sont orientées par leur psychiatre" "On est dans un service où elles sont très très observées, regardées sur ce qu'elles font. Donc moi je viens plutôt leur faire oublier ça. Prendre un temps pour soi." "Elles ne font pas d'objectifs. La première approche c'est de leur proposer un moment où elles changent les idées. Elles se soutiennent entre elles, travailler la charge mentale, le partage. Revoir leurs attentes. L'idée parfois c'est d'amener d'autres sujets que juste ce pourquoi elles sont la principalement, travailler l'estime de soi."	"Dans le cadre de mon travail, j'ai rencontré des femmes qui avaient des diagnostics. Mais aussi dans mon entourage, un épuisement après avoir eu des enfants." Au travail "j'ai eu la chance de les orienter. Dépendamment des besoins, souvent une maman en dépression postpartum, on va les orienter plus du côté réadaptation. Pas au niveau de la psychologie nécessairement, mais plus au niveau de travailleur social. Je ne sais pas si vous avez ça, travailleur sociale, ergothérapeute, psychoéducateur pour essayer de mettre une base. De plus, les réseauter un peu avec les organismes communautaires, avec les personnes qui peuvent les aider. Puis on va plus travailler la base comme réactivation, acceptation de nouveau rôle-là." Elles sont orientées au guichet "souvent ça peut passer par les gynécologues. Exemple, au suivi, nous c'est 6 semaines, je pense, qu'ils revoient les gynécologues. Puis sinon on a des programmes aussi pour les familles plus en difficultés au Québec. Ça peut passer par là. Souvent, ils vont être référés au programme. Puis par la suite, ça va être référé en santé mentale."

<p>L'ergothérapie auprès des femmes en DPP</p>	<p>Critères DSM-V, différents symptômes, difficultés d'adaptation, transition occupationnelle, créer du lien avec l'enfant, s'occuper de l'enfant, maintenir ses occupations, répondre aux obligations liées aux rôle</p>	<p>"La plupart des gens ont des symptômes ou portraits de type dépression" "souvent les gens ont des enjeux relatifs à la charge mentale et équilibre dans le couple {...} à la gestion des émotions dans leur co-occupation" "trouver l'équilibre, l'énergie, la patience et disponibilité pour s'engager dans ces co-occupations et réussir quand même à faire des occupations signifiantes pour elles-mêmes" "le sentiment de culpabilité revient souvent {...} une partie à aussi des difficultés d'allaitement." "Moi je suis en télépratique, mon mandant, c'est avec la mère, donc je n'évalue pas le bébé" "mais des mères me disent qu'elles n'ont pas envie d'être en relation avec leur enfant {...} les parents n'ont souvent pas envie d'être engagés avec son bébé, mais je suis convaincue que ça a des impacts. Les bébés ressentent quand meme toutes nos émotions."</p>	<p>"Il y a une pression assez forte sur les mamans. Quand elles sont la, elles se sentent, et à juste titre, très observées et jugées sur leurs capacités maternelles. Alors que e but, c'est de les accompagner et justement les aider à trouver des références." "Parfois l'enjeu c'est le placement de l'enfant" "d'ailleurs, elles n'ont pas le droit d'être seules dans la chambre avec un enfant. Si elles font une sieste, l'enfant est à la porte de la chambre, donc on le voit dans le couloir, où est le bébé et si la maman se repose ou pas. Elles ne seront jamais seules dans leur chambre pour éviter tout geste auto-agressif, hétéro-agressif, secouage de bébé ou étouffement ou autre geste" "il y a l'espace un peu plus commun, elles font leurs biberons avec les soignants, une pièce pour faire tout ce qui est change et bains." "Parfois la maman n'est pas bien parce qu'elle ne répond pas aux besoins de son enfant et l'enfant n'est pas satisfait par que la maman ne répond pas à ses besoins". "Elles ont le sentiment de ne pas être à la hauteur, c'est aussi des femmes qui ont vraiment du mal avec le lien avec l'enfant." "Elles ont des symptômes de dépression fort avec de la culpabilité, sentiment de ne pas bien s'occuper de l'enfant, de ne pas l'aimer, de ne pas se sentir normal"</p>	<p>Principales difficultés "je pense que c'est un mélange de beaucoup de choses. Les hormones n'aident pas, je pense dans tout ça. Mais l'adaptation à ce nouveau rôle-là, on a souvent des mamans qui sont plus démunies, qui n'ont pas de réseau social. Donc là, ils arrivent tout seuls. Puis ils n'ont pas d'aide. Donc je pense que c'est ça, se sentir débordé tout seul." Difficulté à intégrer le rôle de mère "je pense que oui, je travaille plus avec la maman qu'avec la famille. Je pense que les parents nous mettent une grosse pression pour arriver à faire quelque chose. Ils veulent le mieux pour leurs enfants. Quand je pense qu'ils l'offrent déjà, mais qu'ils n'ont pas l'impression qu'ils le donnent. Ce que la personne dit dans son discours intérieur, ce que je remarque c'est vraiment je veux offrir le meilleur mais je me sens pas bien. J'ai l'impression que je peux pas donner mon 100% parce que j'ai pas assez d'énergie, parce que je suis fatiguée. C'est beaucoup de symptômes dépressifs, mais ils vont tout le temps le mettre sur : ah mais je suis pas assez une bonne mère, parce que j'ai pas assez d'énergie ou je suis pas capable de me sentir à la hauteur. C'est comme ça que je le verrais."</p>
	<p>Utilisation des rôles, lien mère enfant, occupations, non connaissance de la dpp, difficulté à répondre à ses obligations (rdv etc), peur du jugement, faire garder l'enfant, s'investir, difficulté d'établir des objectifs</p>	<p>"Je ne fais pas encore de couple par contre je pense que ce serait pertinent de faire l'intervention de couple en contexte perinatal" "je les réoriente, parce que c'est toujours ancré, dans les occupations, ce n'est pas facile mais beaucoup d'enjeux émotionnels touchent à l'occupation." "85-90% des enjeux c'est apprendre à comprendre bébé, le positionnement et l'impact des autres occupations comme le sommeil, les routines, l'allaitement, ce qui impacte c'est occupations la aussi"</p>	<p>"Mon objectif, c'est les mamans. J'ai un atelier mais elles ont du mal à se libérer de l'unité pour venir. Parce qu'elles doivent passer le relais sur l'enfant, si je demande à quelqu'un d'autre de s'occuper, c'est que je m'en occupe pas assez bien." "J'y vais deux fois par semaine, mardi et jeudi. Je m'adapte elles peuvent faire l'activité, s'interrompre pour donner un biberon et revenir après ou faire un change. Mais c'est toujours compliqué quand elles gardent leur enfant avec elles. Il y a pleins de choses qui se jouent pour elles. Mais la plupart s'arrangent quand même pour pas s'occuper de leur enfant pendant la séance." "Il faut toujours faire exister la maman, ne pas avoir l'impression qu'on la remplace. Valoriser la maman" "Je vais proposer des choses qui vont être en lien avec l'enfant comme des créations" "s'adapter à ce rôle qu'elle n'avait pas pu anticiper. L'entourage va jouer, passer le relais à la famille."</p>	<p>Rôle de m'ergo auprès femmes en dpp : "c'est la question que je me suis posée à la. Fin de mon essai de me dire comment je pourrais le mettre pour de vrai dans ma pratique. Je pense diminuer les attentes, de montrer à la maman que c'est normal de se sentir comme ça, de faire aussi de l'activation comportementale, de recommencer à la base, puis d'expliquer que c'est ça, la vraie vie, et que c'est correct que son ménage soit pas fait, puis que c'est correct que souvent, justement, la société nous en met beaucoup sur les épaules quand c'est pas ça, la vraie réalité." "Je pense que pour avoir une approche hollisitique, de penser à la personne, son environnement, ses occupations, d'être centré sur la personne. Je pense rester avec des petits objectifs réalisables et faire beaucoup le lien avec l'environnement."</p>
<p>La transition occupationnelle</p>	<p>Changement, à la disparition ou au remplacement de plusieurs occupations (Jonsson, 2010), nécessite de s'adapter</p>	<p>"Une transition qui amène des changements au niveau du repertoire occupationnel. Donc soit des ajouts, des modifications ou des cessations d'occupations" "la transition occupationnelle, dans le contexte de la périnatalité, est beaucoup plus complexe que les autres transitions occupationnelles de nos vies." "Il y en a qui sont très simples comme acheter une machine à café. Si j'en avais une manuelle et que j'en achète une 100% automatique, ça change ma routine occupationnelle. D'autres un peu plus grosses comme un divorce, un déménagement, perte d'emploi. L'intensité est variable et le nombre d'occupations touchés aussi. Généralement, une fois que tu as passé la transition, c'est fini. Mais la transition à la parentalité est toujours en continuel changement pour différentes raisons. Soit les étapes développementales de l'enfant soit des choix occupationnels. {...} Il y a même des défis parce qu'il faut ajouter des nouvelles occupations autour de l'enjeu de santé. Il y a la notion que nos occupations deviennent des co-occupations. Le repertoire occupationnel complet du parent change. Il n'y a pas d'autre transition à ma connaissance qui sont aussi complexes et qui impactent autant d'occupations" "le parcours très médical impacte clairement aussi cette transition la"</p>	<p>"C'est un terme que j'entends dans les nouveauté. Je m'intéresse à leur transition mais pas celle du retour à la maison. Je n'ai pas le temps de rentrer la dedans."</p>	<p>"C'est un terme que j'ai déjà entendu, je pense qu'au final c'est d'expliquer qu'il y a un changement de rôle, il y a un changement de valeur, de responsabilité, puis ce changement-là, ça prend du temps. Je pense que ça serait ça, c'est ma définition."</p>

	Modèles, bilans, relation thérapeutique, objectifs et moyens	"Il y a une reprise d'occupation qui ont été cessé mais qui passe par des modifications. Le reprise d'occupation passe par la modification et la transformation en co-occupation. Soit tu amènes le bébé, ton occupation sera modifiées soit tu ne l'amènes pas mais il faut que tu organises le gardiennage. Il y a une coordination autour de la co-occupation pour la reprise d'occupation. 100% de ma pratique c'est de l'accompagnement à la transition. J'aimerais faire des cours prénataux ou des groupes pour préparer la transition à la parentalité et l'accompagner une fois dedans. On a perdu le village que ça prend pour élever un enfant. On a perdu ce sens de communauté la. {...} Je pense qu'il y aurait tellement moins de travail à faire durant la transition si on préparait mieux les gens et qu'on les accompagnait du début." "Je pense qu'on a un grand rôle, les ergothérapeutes, dans la prévention et dans l'enseignement de ce que c'est cette crise développementale là. Je vois vraiment mon rôle d'ergothérapeute aussi en communautaire. On a besoin de créer des liens dans la communauté."	"Ça m'arrive de donner des clés pour comment je m'organise quand je suis maman, quand je rentre chez moi, sur quoi je lâche, sur quoi je m'oblige. Si je fais un planning, sur mon téléphone, sur papier. Je peux rayer ce que j'ai fait pour valoriser ce que j'ai fait. Mettre des codes couleurs, il doit toujours y avoir un truc en rose, le rose c'est le temps pour moi. Ça peut être simple, les aider dans le changement et déculpabiliser. Mais pour l'instant on est trop en aiguë, les traitements lissent leurs affects, elles ne sont pas elles-mêmes. Elles ne se reconnaissent pas comme ça. Elles doivent d'abord apprendre à être avant d'agir dans les occupations. Alors au retour à la maison, elles vont devoir apprendre des choses, mais on n'y est pas encore. Je n'ai pas ce bagage pour l'instant."	Accompagner la transition : "je pense qu'avant tout passe par l'enseignement. Tu sais, expliquer comme je disais au début, expliquer que c'est normal de faire certaines occupations, mais c'est toujours se rappeler aussi qu'avant d'être une maman, tu étais une femme puis un couple, mais tu les perds pas, ces rôles-là. Ils sont encore là. Ils prennent moins de place parce que c'est normal que ce nouveau rôle, ça s'apprend un peu. Souvent je vais comparer un nouveau travailleur ou une personne qui va à l'école, de dire, quand tu deviens travailler, c'est sur que ton temps change, ton équilibre va changer, le temps va être reparti différemment dans ton horaire, mais il faut pas oublier que t'as quand même des amis, que t'as quand même une famille, que tu as toi aussi à t'occuper. Je commencerais par ça puis j'essayerai de le mettre en horaire, tranquillement ajouter des petites activités, de comprendre aussi mieux comment la personne a créé son horaire, peut être en faisant justement un horaire occupationnel, de voir comment la personne y est pour le moment, est ce que c'est satisfaisant pour elle, qu'est ce qu'on peut faire pour que ça devienne de plus en plus satisfaisant."
	occupations partagées et interactives, entre deux personnes ou plus, ici entre le bébé et sa mère (Pickens & Pizur-Barnekow, 2009 ; Pierce, 2009), aspects physiques, émotionnels et intentionnels	"Il y a beaucoup de définitions, celle de Pickens et Pizur-Barnekow sur le partage d'un lieu physique, émotionnelle et intentionnels n'est pas assez large. J'aime les travaux de Dodge en 2012 qui a catégorisé les types de co-occupations et la définit comme l'interaction des occupations de deux personnes. J'ajouterais deux personnes engagées dans une occupation partagée. La co-occupation, c'est vraiment quand ça prend un partage occupationnel. Cette définition je la trouve plus large. Quand on est engagé dans une co-occupation ensemble et que l'occupation de chacun influence celle de l'autre."	"Les co-occupations ça m'évoque les enfants un peu plus grand. Par exemple quand il y a quelque chose qui se joue entre je prépare et l'enfant goûte ce que je prépare. La les bébés sont dans la dépendance de leur maman et elles ne s'en occupent pas seules, ça va plus être stimulé par l'équipe de puériculture. Sur la qualité du portage, sur comment elles donnent à manger même sur la façon dont elles font le biberon. Mais ça arrive plus sur les activités qui sont vraiment tournées vers l'enfant."	"Je pense qu'une co-occupation c'est quand justement tu fais quelque chose avec ton bébé, que tu es obligé de faire pour lui, comme le nourrir, le laver, s'occuper de lui."
Co-occupations	Difficulté d'adaptation, d'identification au rôle de mère, permet attachement, lien, développement nourrisson ou bien être maternel	"Les co-occupations ont un impact sur le lien qu'on va créer, l'attachement et développement de l'enfant "clairement, le modèle sur lequel je base ma pratique est un modèle co-occupationnel. Je pense que toutes les occupations maternelles sont des co-occupations et tout dépend du degré d'engagement que tu as dans cette co-occupation là, est ce que tu es vraiment engagé, que tu es à l'écoute des signaux du bébé et que tu as un souhait de partager intentionnellement l'occupation, ou tu es tellement débordé que tu ne vois plus de distinction entre toi et bébé, ou tu es tellement détaché que tu le fait par instinct de survie mais que tu n'es pas engagé. Ces deux extrêmes peuvent amener des troubles d'attachement, des difficultés, et du parents qui n'arrive pas s'attacher, du bébé qui n'arrive pas à s'attacher, il peut découler un faible attachement. Je pense que l'engagement, pas juste la co-occupation, mais s'engager de façon consciente dans la co-occupation peut permettre de développer l'attachement, le lien, le développement. Puis en même temps, un faible attachement va nuire à l'engagement aussi. Les deux s'éduquent."	"Je pense que ça joue, comme la les mamans ne sont pas seules avec les enfants."	"Je parle avec ce que j'ai vu, mais une maman en DPP va nourrir son enfant parce qu'il y a une obligation, ne le fera peut-être pas de la façon qu'elle voudrait le faire en portant attention à tous les petits détails, puis en souriant à son bébé. Peut être pas qu'elle ne donne pas 100% mais je pense que son 100% en ce moment est peut être à 40% justement. Elle fait ce qu'elle peut, mais le contact avec l'enfant va être moins là. Je pense que le lien va moins se créer. C'est beaucoup ce qui me questionnait, de savoir est ce que ça va avoir un impact sur la création du lien avec l'enfant, justement de la DPP, le lien avec l'enfant et le développement de l'enfant. Est ce que ça va avoir un lien si on est peut être pas présente autant qu'on voudrait, la stimulation de l'enfant ou toutes ces choses là. C'est des choses que j'avais pu voir dans la psychologie. Il y a des bébé ou lorsque la maman arrive elle va sourire, puis elle va jouer avec lui, le bébé va réagir, puis il va être content. Puis après une autre journée la maman va entrer sans aucune émotion. Puis le bébé ne comprend pas, puis il va essayer de faire rire sa maman. Si le bébé essaye de créer un lien mais que la maman arrive pas. C'est comme tu inverses les rôles mais le lien d'attachement c'est super important pour le développement du bébé, comment l'enfant va se développer, quel adulte il va devenir. Puis selon certaines pensées plus psychodynamiques, comme des bébés qui ont manqué ou que l'attachement n'a pas été fait de manière optimale bien on va avoir des troubles de la personnalité. Ca aussi, je pense que la dépression postpartum ça peut avoir un gros impact sur le lien."

	Évaluer la capacité à répondre aux obligations, stratégies d'adaptation, être actrice	<p>"Je vais évaluer comment la personne perçoit son engagement puis il y a d'autres signes externes par exemple quand quelqu'un a un protocole très strict, tout ce qui t'amène à avoir des indicateurs de performances externes comme à l'hôpital se faire réveiller pour allaiter notre bébé toutes les 3 heures, c'est un indice pour moi de dire que le parent n'est pas capable de s'engager, ce n'est pas possible si ton indicateur d'occupation c'est le nombre d'heures ou e-peu importe, tu n'es pas engagé. Je vais observer, questionner le parent, voir où il se situe, est ce qu'il est satisfait de son engagement ou pas ? S'il est satisfait, ce n'est pas à moi d'avoir l'idée de s'engager plus. Je vais voir quelles occupations la personne souhaite améliorer et voir les facteurs contributifs qui font en sorte que l'engagement n'est pas optimal pour la personne, puis on va travailler la dessus. Est ce que c'est la sphère émotive, la culpabilité, la tristesse, de la difficulté au niveau de l'attachement, est ce que c'est des enjeux de routine occupationnelle, d'organisation. Je vais évaluer les facteurs qui amènent les difficultés au niveau co-occupationnelle puis je vais travailler à les améliorer en fonction des objectifs de la personne."</p>	<p>"J'y participe de plus loin, les activités maman-enfant c'est plus les puéricultrice qui vont gérer ça. Mais j'adapte mes activités, je les laisse venir avec l'enfant ou créer quelque chose pour eux. Ca m'est arrivé d'inclure aussi la famille et voir un peu l'interaction ou quand les femmes ont des autres enfants qui sont petit, je les ai déjà accueilli en salle quand elle est vide. Il y a quelque chose qui se crée autour de l'enfant. Mais créer de la co-occupation, ça ne s'y prête pas trop là où je suis"</p>	<p>"Par exemple au Québec, l'allaitement c'est quelque chose qui est priorisé. Mais si tu veux donner le biberon, je pense qu'on peut créer du lien différemment, puis que ça a des bons côté de ne pas allaiter. Mais c'est vrai que la population va souvent dire ça, que oui, le lien peut être moins créé, mais je pense qu'il peut être autant créé si on le fait de la bonne manière. Je pense qu'en faisant de l'enseignement, expliquer que si tu te sens pas capable de le faire, que ça te demande trop, que tu as la possibilité de la faire faire par quelqu'un d'autre, comme donner le biberon, de passer des moments de qualité, t'es mieux de te reposer toi puis après de donner le maximum de ce que tu peux. Elles veulent être une bonne mère mais souvent c'est ce que je dis moi à une maman, c'est que si t'es pas capable de t'occuper de toi même, que tu te sens pas bien, ça va être difficile après d'aider quelqu'un d'autre. Tu sais comme dans un avion on dit toujours de mettre un masque à nous même avec de mettre un masque à quelqu'un d'autre. C'est un peu la même chose. De reprendre le contrôle de qui on est, ça va aider le bébé, je pense que si on fait de l'exposition, de faire avec elle, de montrer comment on peut le faire, comment ça peut être bien aussi, de faire un peu comme en pleine conscience en étant avec le bébé ça peut aider aussi."</p>
MOH et transitions occupationnelle	Connaissances, son utilisation ou non	<p>"J'utilise le continuum d'engagement dans les co-occupations, c'est un modèle co-occupationnel qui a été créé par Sloopjes en 2021. C'est une chercheuse australienne, j'ai fait une adaptation francophone de ce modèle. Ça a été le cadre conceptuel de ma recherche et je l'ai trouvé tellement pertinent que j'utilise ça pour ma pratique. J'utilise aussi un modèle de Amel. C'est deux modèles très récents basés sur des difficultés occupationnelles mais ciblées par la personne et non pas une catégorisation d'occupation comme dans le MCRO, MOHO ou PEO. On sait que le modèle nous guide un peu sur ce qui est important. Je trouve que ça amène une perspective colonialiste. Ce modèle est centré sur la personne, un modèle de la co-occupation."</p>	<p>"Je n'ai pas été habitué à utiliser les modèles." Notions sur le MOH "j'ai eu la formation, et le bouquin." "Je ne fais pas de bilans, le but c'est de faire un lieu différent. Mais on est déjà dans une situation très très médicale, on est riche en médecin, 4 médecins pour 6 mamans. Donc j'ai du mal avec les grilles et bilans même si il y en a qui marche très bien." "Mais je ne suis pas à ce stade où je fais des projets avec eux, c'est trop aiguë."</p>	<p>Utilisation modèle : "pas nécessairement, je pense que quand on pratique, je trouve que tout ne colle pas à la théorie. Mais j'utilise plusieurs chose, le MOH je trouve que c'est un très beau modèle, mais c'est difficile à comprendre par les autres professionnels de santé dans mon travail. Et nous on a des modèles prédéfinis qu'on doit utiliser, exemple quand on fait nos rapport, c'est pas la modèle qui est mis de l'avant. Je travaille pas nécessairement avec lui, parfois avec le PEO. Par contre je vais toujours leur expliquer que ça évolue avec le temps. Parce que le PEO c'est une image figée dans le temps et j'aime moins cette partie là. J'aime le fait qu'une personne peut changer avec le temps et que c'est normal d'accepter ça. On a beaucoup de personne, dans ma pratique, qui n'acceptent pas ce changement-là et c'est ça qui les bloque le plus. Parce qu'ils restent pris avec leur ancienne perception de ce qui est normal et évoluent pas avec ça." "Oui le MOH c'est dynamique dans ce changement."</p>
	Analyser les causes de changement, adaptation au nouveau rôle, diminuer impacts symptômes; retrouver une identité	<p>"La cessation d'occupation c'est quelque chose que les personnes attendent, trouvent normal et ne vivent pas de déséquilibre par rapport à ça. Les gens s'attendent à ce que leurs activités, ils vont les retrouver. Comme le travail, ils savent qu'ils vont reprendre. Mais c'est rarement l'objectif des gens de travailler ça. Souvent les gens c'est plus le vécu émotif en lien avec les co-occupations, leur routine, ou de prioriser. C'est souvent plus basique que le travail ou les loisirs. C'est vraiment plus dans, est ce que je peux ma.gérer sans avoir mon bébé dans les bras, je me sens coupable de manger, c'est plus basique comme besoin. Par contre quelqu'un qui voudrait reprendre des loisirs c'est d'aider la personne à identifier les occupations qui pourraient contribuer à leur bien être, pas juste prendre une douche. Une ergothérapeute canadienne parle de la résilience, 3 facteurs qui y contribuent. La résilience ça favorise le mieux être, ça peut être une façon de traiter la dépression."</p>	<p>"C'est compliqué, la elles rentrent le week-end où elles retrouvent ce rythme occupationnel. Mais elles font que passer de rupture à reprise, à rupture à reprise tous les quatre jours. C'est un rythme pas simple à gérer. Ça correspond plus à un moment qu'on accompagne ne sur un autre rythme que l'hospitalisation sachant que nous on est vraiment aiguë et notre objectif dans le service, c'est d'amorcer la remontée. On les fait sortir quand on a trouvé la molécule qui leur correspond et qu'elles commencent à aller mieux. Elle peuvent continuer de chez elle avec un hôpital de jour ou CMP. Mais on est pas encore assez bien pour être dans ce types de projet. C'est très très médicalisé. Une fois qu'on a réglé le problème initial, la suite ça se fait en dehors. Mais elles sont pas toujours prête à reprendre niveau occupationnel. Je les accompagne d'ailleurs pour les freiner parfois, faites des listes, un peu chaque jour. Les reprises occupationnelles sont très intéressantes mais dans le concret il y a déjà du temps avant de créer une accroche dans la relation et donc pas assez pour être la dessus."</p>	<p>Faire reprendre activité antérieure : "plus elle va être capable de prendre du temps pour elle, plus elle va être capable de profiter des moments avec son bébé. Comme des services de garde ou aide qui font que y'a des personnes qui viennent s'occuper un peu du bébé pendant que la maman prend une pause ou ses occupations, si il y a des plats qui peuvent être préparé par la famille ou organismes communautaires, bien il y a ça qui peut être fait pour essayer de diminuer la charge le plus possible à la maman pour qu'elle profite et mette son énergie dans ses occupations et les co-occupations qui vont aider bébé et maman. Après ça, reprendre les tâches comme les AVQ qui sont plus difficiles, qui demande de l'énergie à tout le monde." "Se ré questionner sur nos valeurs, parce que c'est sur, quand on devient une maman, nos valeurs changent. Ça se peut qu'on ne soit pas exactement la même personne. Ça veut pas dire qu'on s'est perdu ou qu'on est plus bonne juste qu'on change avec le temps, avec les expériences de vie, les transitions."</p>

OSA	<p>Osa : Il permet d'auto-évaluer la capacité d'une personne à maintenir ses occupations en lien avec son identité occupationnelle (Centre de référence du Modèle de l'Occupation Humaine, 2023). ; habitude, rôle</p>	<p>"Je l'utilise en pratique. C'est un outil pertinent. J'en utilise une version francophone que j'ai informatisée et que j'envoie par mail en auto-évaluation"</p>	<p>"J'ai déjà vu l'OSA, je ne l'utilise pas en pratique. On est pas sur le même profil, je pense que ce n'est pas l'étape dans laquelle ça serait pertinent de l'utiliser."</p>	<p>"Oui on l'a étudié, j'utilise plutôt des outils maison. Je vois pas nécessairement la plus-value la en tant que quoi je travaille maintenant, je travaille plus nécessairement avec une clientèle totale. Je pense que pour une recherche, je trouve que c'est très pertinent parce que justement, on veut que ça ait un pouvoir, un poids, notre essai. Je trouve que parfois c'est juste mieux de remplir comme ça ce que tu ressens ou écrire puis on le fera après. Mais je pense que l'essence de ce que je dis ça ressemble le à l'OSA justement."</p>
	<p>Impacts du quotidien, répondre aux obligations, s'occuper du nourrisson, répondre à ses besoins, s'adapter au rôle de mère, bien être maternel</p>	<p>"Une fois que j'ai complété mon évaluation, qui se déroule sur à peu près 3-4 rencontres d'une heure, j'envoie ça à la fin. Pour m'assurer, entre autres, que les pistes que j'ai ciblées sont collées à ce que la personne vit, que je n'ai rien échappé. Je trouve que ça fait un tour quand même des principales occupations. Ça me permet de trianguler ou confirmer mon plan d'intervention, je valide tous mes sites d'intervention avec la personne pour m'assurer que c'est collé avec ce qu'elle veut et souhaite puis on les priorise ensemble. L'OSA me permet de m'assurer que ma perspective est pertinente. Sinon, j'imagine que si je réussissais à pratiquer en communautaire ou au public, je l'utiliserais probablement plus au début, pour des clientèles qui ont des difficultés d'introspection. Ça peut être un bel outil qui permet de démarrer une auto-évaluation puis orienter mon évaluation. Ou en test-retest. Moi je l'utilise plus en validation."</p>	<p>"La pour elles il faut rentrer à la maison, gérer mon enfant etc. Il y a une grosse part de "il faut" donc elles ne sont pas encore dans le "qu'est ce qu'il y a pour moi ?" Leur projet de sortie c'est comment je vais gérer à la maison, je vais avoir la garde de mon enfant, c'est trop dans le concret pour être dans l'introspection. Je ne dis pas "non", je dis juste pas pour l'instant, il n'y a pas encore assez de sens et je ne suis pas sur d'avoir les moyens de pouvoir accompagner plus en terme de temps, de disponibilités. Si c'est pour ouvrir une porte que je n'arrive pas à accompagner c'est compliqué."</p>	<p>"Je me dis que c'est un très bel outil, la en regardant, présentement en train de pratiquer, je le vois et je me dis que c'est un bel outil que je pourrais utiliser avec mes clients, quand je vais voir mes usagers. C'est très intéressant. Je pense que c'est une bonne idée, on peut l'objectiver aussi avec ça et c'est subjectif avec ce que la personne pense. Je pense que c'est un très bon outil. Puis nous on a pas le choix d'avoir un plan d'intervention. En ergo il faut avoir un plan d'intervention mais encore plus avec notre ministère de la santé, il faut un plan qu'on refait toujours chaque trois mois. Mais avec l'OSA, ça aiderait beaucoup le client à faire son plan d'intervention par lui-même. C'est des faits qui sont faciles justement. C'est un document qui est facile à remplir et je trouve ça très pertinent." "Je pense que ça nous permet d'avoir justement, que ce soit centré sur le client, ça permet aussi que la personne soit investie dans son rétablissement, qu'elle puisse le voir quotidiennement, si on lui permet de garder les copies ou de faire un résumé, je pense que ça peut être super positif. Je pense que ça fait un beau topo justement qui a été accrédité, je pense que c'est un bon outil versus un outil maison qu'on pourrait oublier des choses, qu'on pourrait miser juste sur des choses qu'on aime travailler sans le vouloir, ça peut être un biais de miser sur des choses qu'on est habitué de travailler sans le vouloir, ça peut être un biais de miser sur des choses qu'on est habitué de travailler, versus celui-là, c'est vraiment la personne qui est maître de son rétablissement. Je pense que c'est très positif."</p>

Accompagnement du rôle de mère en ergothérapie : La transition occupationnelle des femmes en Dépression Postpartum

La maternité représente une transition importante quant à l'acquisition de nouveaux rôles. De nombreuses difficultés ont été identifiées lors de l'adaptation au rôle de mère et majorées par les symptômes de la Dépression Postpartum (DPP). De nouvelles compétences lors de cette transition occupationnelle ont pu être soulignées telles que les co-occupations. Le but de cette recherche est d'identifier l'intérêt de l'Occupational Self Assessment (OSA) afin de favoriser le rôle de mère en DPP dans sa transition occupationnelle. Pour répondre à cette question, trois ergothérapeutes ont été interrogées en utilisant une méthode qualitative. Au travers des entretiens semi-directifs réalisés, les ergothérapeutes ont souligné la pertinence de l'OSA pour soutenir la transition occupationnelle des femmes en DPP. Ainsi, durant leur prise en soin, les ergothérapeutes peuvent utiliser l'OSA pour permettre aux femmes en DPP de concevoir des objectifs afin d'améliorer leur participation dans les co-occupations. Cependant, une nuance a été émise concernant la reprise des occupations antérieures. Cela n'a pas été identifié comme l'intérêt principal des femmes en DPP. Afin d'approfondir cette réflexion, l'approche communautaire en santé semble être un atout pour l'accompagnement à la maternité. Ainsi, en quoi l'approche communautaire en ergothérapie permet-elle de favoriser la transition occupationnelle des femmes en DPP.

Mots clés : Co-occupation, Dépression postpartum, Maternité, Occupational Self Assessment, Transition occupationnelle

Supporting mother's role in occupational therapy: Occupational transition of women with Postpartum Depression

Motherhood is defined as an important transition regarding the acquisition of new roles. Several difficulties have been identified in the adaptation to the mother role increased by the symptoms of Postpartum Depression (PPD). New competences during this occupational transition have been highlighted, such as co-occupations. The aim of this research is to identify the interest of the Occupational Self-Assessment (OSA) in order to facilitate the mother role with PPD in her occupational transition. To answer this question, three occupational therapists were interviewed using a qualitative method. Through the semi-structured interviews conducted, OT underlined the relevance of the OSA to support the occupation transition of women with PPD. Thus, in their care, occupational therapists can use OSA to enable women in PPD to define their aim in order to improve participation in co-occupations. However, a qualification was brought concerning the resumption of previous occupations. It has not been identified as the main purpose of women in PPD. To deal with this reflection in depth, a community-based approach appears to be an advantage to support motherhood. Thus, how can the community-based approach in occupational therapy allow to facilitate the occupational transition of women in PPD.

Key words: Co-occupation, Postpartum depression, Motherhood, Occupational Self Assessment, Occupational transition, Role