

Mémoire d'initiation à la recherche

Ergothérapie & Trouble bipolaire post-partum : Soutenir la co-occupation mère-bébé en psychiatrie périnatale

THIBURS Léa

N° étudiant : E22/18

Promotion : 2022 - 2025

Sous la direction de MORELLATO Eva

Année Universitaire : 2024 - 2025

Glossaire

ANFE : Association Nationale Française des Ergothérapeutes

AOTA : American Occupational Therapy Association

AP-HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

CAF : Caisse d'Allocation Familiale

CCOMS : Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé

CNAPE : Convention Nationale des Associations de Protection de l'Enfant

DPP : Dépression Post Partum

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5

EDC : Episodes Dépressifs Caractérisés

GPA : Gestation Pour Autrui

HAS : Haute Autorité de Santé

HJ : Hôpital de Jour

INSPQ : Institut national de santé publique du Québec

MOOC : Massive Open Online Course

OEQ : Ordre des Ergothérapeutes du Québec

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PATH : PerinAtal menTal Health

RCOT : Royal College of Occupational Therapists

SCP : Société Canadienne de Pédiatrie

SMF : Société Marcé Francophone

SPF : Santé Publique France

SSM : Service de Santé Mentale

UMB : Unité Mère-Bébé

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

USIN : Unité de Soins Intensifs Néonataux

Remerciements

Je remercie tout d'abord Eva Morellato qui a accepté de m'accompagner dans la réalisation de ce mémoire. Merci pour nos échanges qui ont fait évoluer ma recherche, ainsi que pour ses relectures.

Je remercie également les référentes pédagogiques, et en particulier Madame Laval, pour sa grande disponibilité et son écoute tout au long de la formation.

Un immense merci à Sylvie, Elodie et Isa, qui m'ont fait découvrir cette belle profession et qui m'ont encouragée et soutenue dans cette aventure.

A tous les professionnels rencontrés durant ces trois années, qui ont contribué à mon évolution et à l'enrichissement de ma pratique.

Merci à cette classe atypique, et tout particulièrement à mon groupe des « tortues ».

A nos fous rires et nos larmes, nos révisions à n'en plus finir. Vous êtes les plus sexy, vous êtes les meilleures.

Merci à ma famille et à mes amies, qui ont cru en ce projet un peu fou de retourner sur les bancs de l'école, et qui m'ont toujours soutenue.

Merci à Paul pour sa présence et sa patience, d'être le 42 de mon petit univers.

À Anaïs.



**PRÉFET
DE LA RÉGION
NORMANDIE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Pôle Entreprise et Solidarités
Unité certification sociale et paramédicale
2, place Jean Houzée
CS 55421
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 »¹.

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'éducation² et du Code pénal³, 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 soussigné-e THIBURS LÉA atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DREETS de Normandie et de m'y être conformé-e.
Et certifie que le mémoire/dossier présenté étante 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 15/05/25 signature

¹ Site Université de Genève <http://www.unige.ch/ssw/telecharger/unigedirective-PLAGIAT-19092011.pdf>

² 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 ».

³ Articles 121-6 et 121-7 du Code pénal.

Avant-propos

Ce mémoire a été rédigé en respectant les normes de présentation et de citation de l'APA7. Certaines ressources étrangères utilisées dans ce travail ont fait l'objet d'une traduction libre, dans le respect de l'idée originelle de l'auteur, afin de faciliter la compréhension et l'intégration au contexte francophone.

Table des matières

I.	Contextualisation et question de départ	1
II.	Cadre théorique	2
A.	Devenir mère	2
1.	Le statut de « mère »	2
2.	Les activités maternelles	3
3.	Transformation identitaire	5
4.	Enjeux périnataux.....	7
B.	Le trouble bipolaire post-partum.....	11
1.	Le trouble bipolaire	11
2.	Psychose post-partum : vers l'émergence d'un trouble bipolaire	13
3.	Répercussion sur les occupations maternelles	14
4.	Psychiatrie périnatale	15
C.	L'ergothérapeute : professionnel des occupations.....	19
1.	Généralités sur l'ergothérapie	19
2.	Ergothérapie et périnatalité	21
3.	Ergothérapie et trouble bipolaire.....	22
4.	La mise en situation écologique : un outil d'évaluation en ergothérapie.....	23
5.	Vers une évolution de la pratique	24
III.	Processus de problématisation de la recherche et hypothèses.....	24
IV.	Méthodologie de recherche	26
A.	Méthode.....	26
B.	Approche	27
C.	Population cible.....	28
D.	Techniques.....	29
E.	Outils	30
V.	Objectivité et éthique	31

A.	L’objectivité.....	31
B.	L’éthique.....	31
VI.	Présentation et analyse des résultats.....	32
A.	Analyse verticale	33
B.	Analyse horizontale.....	39
1.	Trouble bipolaire post-partum : quelles difficultés pour les mères ?	39
2.	Accompagner la co-occupation mère-bébé : stratégies et activités partagées en psychiatrie périnatale.....	40
3.	Mise en place de routines flexibles et soutien à l’organisation du quotidien.....	41
4.	Compétences parentales et soutien à la parentalité	42
5.	L’environnement holistique de la mère : focus sur le co-parent	43
VII.	Discussion	44
A.	La validation ou réfutation des hypothèses	44
1.	Retour sur la première hypothèse	45
2.	Retour sur la deuxième hypothèse	45
3.	Retour sur la troisième hypothèse	46
B.	Les nouveaux apports théoriques	46
1.	La méthode de l’observation du bébé selon Esther Bick	46
2.	La Pair-aidance.....	48
C.	Les biais et les limites de la recherche	49
1.	Les biais de l’étude.....	49
2.	Les limites de l’étude	51
D.	Perspectives et réflexions autour de la pratique ergothérapeutique	51
VIII.	Conclusion.....	53
IX.	Bibliographie.....	55
X.	Sommaire des annexes	I

I. Contextualisation et question de départ

Au cours de la deuxième année d'études en ergothérapie, centrée sur l'apprentissage des troubles psychiatriques, une expérience personnelle a mis en lumière la complexité de certaines pathologies en période périnatale. En effet, une proche parente a développé un trouble bipolaire durant son post-partum. Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères (HAS, 2020). La HAS (2014) s'appuie également sur l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui met en avant cette pathologie « fait partie des dix maladies les plus invalidantes » et coûteuses sur le plan mondial. Concernant le trouble bipolaire post-partum, les épisodes se manifestent généralement par une manie aiguë ou une dépression avec psychose dans les premières semaines suivant l'accouchement, ce qui constitue une urgence potentiellement mortelle pouvant avoir un impact négatif important sur la mère, le bébé et la famille élargie (Perry et al., 2021).

Ce vécu familial, survenu dans un autre pays de l'Union européenne, a permis d'observer à la fois les effets de la maladie sur la transition vers la maternité et les modalités d'accompagnement en psychiatrie périnatale en dehors du cadre français. Ces observations ont suscité une réflexion autour des dispositifs de soutien existants en France pour les femmes confrontées à ces troubles, ainsi que pour leur bébé.

D'après la HAS (2020),

La période périnatale, couvrant la période péri-conceptionnelle, la grossesse et l'année suivant la naissance, est identifiée comme à risque de développer des troubles psychiques pour les mères, qu'il s'agisse d'une décompensation d'une pathologie antérieure ou de la survenue d'une pathologie en lien avec la puerpéralité. Une étude réalisée au Royaume-Uni a estimé qu'environ 20% des femmes développaient des troubles psychiques au cours de la période périnatale.

Cette prise de conscience a orienté mes recherches vers les dispositifs mis en place en France. En 2021, Santé Publique France a mis en place un parcours dédié aux « 1 000 premiers jours de l'enfant ». Ce parcours propose un accompagnement personnalisé, débutant dès l'entretien prénatal et se poursuivant jusqu'au retour à domicile. De plus, un soutien renforcé est prévu en cas de vulnérabilités spécifiques chez la mère, telles que les troubles psychiques.

Ainsi le rapport de la commission des 1 000 jours (2020) rapporte que « la santé mentale de la mère pendant la période périnatale est déterminante pour le développement du lien mère-enfant et le bon développement de l'enfant tout au long de sa vie. » La même année, l'Association Nationale des Ergothérapeutes (ANFE) a déclaré que « la place de l'ergothérapie doit être renforcée auprès des futures et jeunes parents et de leur enfant tout au long du parcours des 1 000 premiers jours. »

Ainsi, la question de départ qui en découle est la suivante : En France, comment l'ergothérapeute accompagne-t-il les femmes souffrant de trouble bipolaire post-partum lors de leurs activités avec leur bébé durant la période périnatale ?

II. Cadre théorique

A. Devenir mère

1. Le statut de « mère »

En France, le lien juridique de filiation ne repose pas nécessairement sur un lien biologique (Bakouche, 2010). La Déclaration universelle des droits de l'Homme de 1948 (article 16), la Convention internationale relative aux droits des personnes handicapées de 2006 (article 23) et la Déclaration universelle des droits sexuels de 2014 (article 12) reconnaissent à chaque femme le droit de devenir mère. Ainsi, une femme peut devenir mère sans avoir porté l'enfant, notamment par adoption ou, bien que cela soit interdit en France, par gestation pour autrui (GPA). Cependant, dans ces cas, la femme, en tant que mère non porteuse, ne vit pas les réorganisations intrapsychiques liées à la grossesse (Sutter-Dallay & Guédeney, 2010), ni la vulnérabilité psychique associée à l'accouchement, qui peut constituer un facteur déclencheur de troubles psychiatriques graves (Perry et al., 2021).

Dans le cas particulier de l'accouchement sous X, la femme accouche, mais choisit de ne pas assumer le rôle de mère. Bien qu'elle puisse développer un trouble post-partum, son accompagnement ne concerne pas les activités maternelles, ni les interactions avec le bébé.

C'est pourquoi, dans ce travail, nous nous appuyons sur la définition proposée par Neirinck (2005), qui identifie deux critères pour définir le statut de mère : avoir donné naissance à un enfant (l'accouchement) et avoir l'intention d'assumer ce rôle (la volonté d'être mère).

2. Les activités maternelles

a) Fondement de la relation mère-enfant : préoccupation maternelle primaire et Bonding

Selon le pédiatre et psychanalyste Winnicott (2006), le nourrisson, dès sa naissance, est entièrement dépendant de son environnement, en particulier de sa mère. À ce stade précoce, il est affecté par tout ce qui l'entoure et ne distingue pas encore ce qui provient de lui-même, de ce qui est extérieur. Pour favoriser le développement harmonieux de son enfant, la mère doit passer d'un « égoïsme primaire », où elle se concentre sur ses propres activités personnelles et professionnelles, à un « égoïsme secondaire ». Ce dernier état lui permet d'atteindre une condition spécifique appelée « préoccupation maternelle primaire » (Winnicott, 2006). C'est le début du processus de la constitution de la « constellation maternelle » décrit par Stern comme « un nouvel organisateur psychique, qui se substitue temporairement à l'œdipe. Les thèmes centraux de cette constellation concernent la survie du bébé, la relation primaire, la matrice de soutien, et la réorganisation identitaire. » (Mosca et Garnier, 2015). Cet état transitoire, qui dure quelques semaines après la naissance, se caractérise par la capacité de la mère à s'identifier profondément à son bébé. Elle devient alors pleinement investie dans les besoins de son enfant, au point de se détourner temporairement de ses propres intérêts, pour lui consacrer une attention quasi exclusive. Winnicott (2006) souligne que cette identification permet à la mère d'être « dévouée à autre chose qu'à elle-même », une condition essentielle pour répondre aux besoins fondamentaux du nourrisson et soutenir son développement psychique.

Sur le plan symbolique, la future mère amorce une préparation mentale à l'accueil de l'enfant, comparable à l'aménagement d'un espace pour ce dernier. Toutefois, les recherches actuelles démontrent que cette transformation intérieure ne relève pas uniquement de la métaphore : elle s'accompagne de modifications neurologiques concrètes, en complément des ajustements hormonaux propres à la grossesse (Mosca et Garnier, 2015).

Le concept de bonding, enrichit cette approche en mettant l'accent sur la dimension émotionnelle et comportementale du lien mère-enfant dans la période postnatale. Il se réfère à l'ensemble des émotions, attitudes, gestes et sentiments que la mère éprouve à l'égard de son nouveau-né après l'accouchement (Bienfait et al., 2017, cité par Demanche et al., 2021). Ce processus est considéré comme central dans les premières interactions mère-nourrisson (Brockington, 2004, cité dans Demanche et al., 2021). Il englobe la qualité du lien maternel dans les premières semaines et mois suivant la naissance, caractérisé par des manifestations affectives chaleureuses et bienveillantes (Nonnenmacher et al., 2016, cité par Demanche et al.,

2021). Ces attitudes incluent notamment une attention particulière portée à la santé et à la sécurité de l'enfant, favorisant ainsi une meilleure compréhension de ses besoins et une réponse ajustée de la part de l'adulte (Demanche et al., 2021). En ce sens, le bonding constitue un socle essentiel pour le développement des comportements de caregiving maternel (Bekhechi et al., 2015, cité dans Demanche et al., 2021), c'est-à-dire l'ensemble des soins physiques et émotionnels prodigués par l'adulte en réponse aux besoins d'attachement de l'enfant. Le caregiver est donc celui qui prodigue soin et attention à une personne vulnérable, ici l'enfant, afin de le protéger et de favoriser son exploration (Véron, 2015).

b) Une occupation centrale

L'acquisition du rôle de mère est un événement majeur dans la vie d'une femme (Stern et al., 2001). Elle impacte les occupations ordinaires et familières que la mère doit effectuer au quotidien (Horne et al., 2005).

Tout d'abord, selon plusieurs études, le terme actuel de maternité ne désigne pas seulement les soins apportés aux enfants : il est également façonné par les attentes sociales et les responsabilités attribuées aux mères, comme les tâches ménagères ou le travail rémunéré (Domínguez et al., 2018). Ainsi, même lorsque des routines flexibles sont établies avec le co-parent, il peut être difficile pour les mères de s'y tenir, car leur quotidien demeure largement structuré par des obligations. En effet, elles accomplissent en priorité des tâches nécessaires à l'exercice de leur rôle maternel, plutôt que de s'engager dans des activités choisies selon leurs propres envies (Horne et al., 2005 ; Pitonyak et al., 2022). Ces activités concrètes, qui relèvent des soins maternels, peuvent ainsi être définies comme une occupation humaine centrale, porteuse d'une signification personnelle profonde. Pour y répondre, il faut développer un ensemble de compétences complexes, non seulement pour gérer les besoins physiques de l'enfant, mais aussi pour répondre à des exigences émotionnelles et sociales (Domínguez et al., 2018).

Ensuite, Pierce (2009) explique que les soins maternels peuvent être compris comme une co-occupation, c'est-à-dire comme une occupation de nature interactive qui façonne les occupations de deux ou plusieurs personnes qui y participent (Pierce, 2009). La maternité modèle le lien entre la mère et l'enfant, un lien qui influence directement la santé maternelle et le développement de l'enfant (Domínguez et al., 2018).

Les co-occupations, les activités partagées entre le parent et l'enfant, jouent un rôle crucial dans le développement global du nourrisson. Elles permettent à l'enfant d'explorer son

environnement tout en interagissant avec son parent. Les moments de jeu ou d'échange sont essentiels pour développer ses compétences motrices, cognitives et sociales (ANFE, 2020).

Cependant, comme l'illustre Uthede (2023), les exigences concurrentes du rôle maternel, telles que la gestion des soins aux enfants, du foyer, du travail ou des attentes sociales, rendent souvent difficile l'accomplissement de routines bénéfiques pour la propre santé des femmes, induisant ainsi un déséquilibre occupationnel. L'article d'Uthede (2023) montre que les mères font fréquemment face à des conflits entre leurs besoins personnels et les besoins de leur famille, ce qui peut entraîner une priorisation des tâches familiales au détriment de leurs propres routines de santé.

Dans ce contexte, les ergothérapeutes peuvent jouer un rôle clé en soutenant les mères dans la construction et l'ajustement de routines post-partum adaptées à leur réalité. Ils s'appuient sur une résolution collaborative de problèmes pour répondre aux préoccupations et défis liés à l'émergence de nouvelles responsabilités, et proposent des stratégies d'adaptation concrètes, ainsi que des moyens pratiques de les intégrer dans la routine quotidienne, afin d'améliorer le fonctionnement et le bien-être de la personne (Rice & Downey, 2024). Par exemple, ils peuvent accompagner les parents dans la planification de la transition familiale, l'élaboration d'un plan de sommeil post-partum, en tenant compte du lien étroit entre le sommeil et la santé mentale (Scott et al., 2021) ou encore dans la structuration de routines réalistes (Rice & Downey, 2024).

3. Transformation identitaire

a) Chez la mère

Devenir mère est reconnue comme l'une des transitions développementales les plus centrales de la vie, en particulier pour les primipares, imposant des exigences d'adaptation importantes à la femme (Stern et al., 2001). En effet, la femme acquiert un nouveau rôle social, qui reconfigure ses priorités et ses responsabilités. Le rôle de mère est souvent perçu comme précieux et gratifiant, mais il impose aussi une grande responsabilité, tant sur le plan personnel que social (Domínguez et al., 2018). Selon Mosca et Garnier (2015), devenir parent est une « métamorphose » qui affecte tous les aspects de l'identité adulte et peut ainsi entraîner une période de questionnement identitaire intense, où la femme cherche à intégrer sa nouvelle identité de mère à son identité préexistante. Pour Nelson (2003), la femme se rend disponible pour un changement plus profond que le simple ajout d'un nouveau rôle à ceux qu'elle occupait déjà. Lorsqu'elles deviennent mères, les femmes sont souvent prêtes à laisser derrière elles certaines de leurs priorités et investissements antérieurs pour grandir dans une nouvelle identité

(Nelson, 2003). Elles expérimentent fréquemment un besoin d'être confirmées dans ce nouveau rôle (Domínguez et al., 2018), une validation essentielle à l'affirmation de leur identité maternelle. Toutefois, cette quête de confirmation et d'intégration identitaire ne se déroule pas sans obstacles. Ce processus peut s'avérer d'autant plus complexe lorsque la maternité s'accompagne de défis psychologiques ou émotionnels. Dans ce contexte, elle peut être perçue à la fois comme une expérience gratifiante et comme une source de difficultés importantes (Domínguez et al., 2018).

b) Chez le co-parent

Mosca et Garnier (2015) expliquent que la transformation identitaire du second parent, lors de l'arrivée d'un enfant, est un processus complexe, influencé par des facteurs psychologiques, sociaux et culturels. Contrairement à la mère, dont l'identité parentale est souvent au centre des discussions, le second parent traverse également une réorganisation profonde de son rôle et de ses priorités. Cette transition implique une adaptation à de nouvelles responsabilités, une redéfinition des rapports au sein du couple et une intégration progressive dans la dynamique familiale (Mosca & Garnier, 2015).

Selon Robin et Fontaine (2013), l'identité parentale se construit à travers des interactions entre variables individuelles et contextuelles. Pour le second parent, cette construction peut être marquée par le besoin de trouver un équilibre entre les attentes sociétales et personnelles. Les rôles traditionnels tendent à évoluer, notamment dans les sociétés occidentales où les modèles familiaux deviennent plus diversifiés et moins normatifs. Ces transformations exigent une flexibilité accrue dans la manière dont le second parent s'approprie son rôle, souvent en résonance avec les attentes de l'autre parent et les besoins de l'enfant (Robin & Fontaine, 2013). La « métamorphose » chez le second parent implique souvent également, une remise en question de ses propres repères identitaires et une réorientation des valeurs personnelles. Ce processus est amplifié par la nécessité de conjuguer vie professionnelle, engagements personnels et soutien actif à la mère dans ses nouvelles fonctions maternelles (Mosca & Garnier, 2015).

Par ailleurs, au-delà des dynamiques individuelles, la qualité des interactions au sein du couple joue également un rôle déterminant dans cette évolution identitaire. Une communication ouverte et un partage équitable des tâches favorisent une co-construction harmonieuse des rôles parentaux (Robin & Fontaine, 2013).

Ainsi, les profondes transformations identitaires vécues par les parents, lors de l'arrivée d'un enfant, s'inscrivent dans un contexte périnatal aux multiples enjeux. Ces enjeux ne concernent pas uniquement la naissance, mais englobent un ensemble de facteurs physiologiques, psychologiques et sociaux qui influencent la trajectoire parentale et le développement de l'enfant dès la période prénatale.

4. Enjeux périnataux

a) Définition de la périnatalité

La définition de la périnatalité a considérablement évolué, s'élargissant progressivement pour inclure de nouvelles dimensions physiologiques, psychologiques, sociales et culturelles. Initialement, la périnatalité était définie de manière plus restreinte, se concentrant uniquement sur la période immédiate autour de la naissance. Selon la gynécologie obstétrique (2009), cette période s'étendait de la 22^e semaine de grossesse, seuil de viabilité fœtale, jusqu'au septième jour après la naissance. Cette temporalité, définie par des pédiatres néonatalogistes, était étroitement liée aux préoccupations médicales du fœtus et du nouveau-né (Apter, 2011).

Cependant, à mesure que les recherches interdisciplinaires ont progressé, la périnatalité a été repensée pour englober une vision plus large, incluant non seulement la grossesse et la naissance, mais aussi les périodes en amont (désir d'enfant, stérilité) et les premiers mois de la vie de l'enfant. Cette évolution traduit une prise de conscience de l'importance de la santé maternelle et de son impact sur le développement précoce de l'enfant (ministère de la Santé, 2010).

b) Le bébé

La qualité des comportements et des soins par les caregivers est primordiale, en particulier durant les trois premières années, ils ont un impact sur le développement global de l'enfant, y compris cérébral (Demanche et al., 2021).

(1) Les besoins fondamentaux du bébé

En s'appuyant sur la hiérarchie des besoins du psychologue Maslow, Marmion (2020) rappelle que les besoins primaires de l'être humain sont d'abord biologiques : boire, manger, se chauffer, dormir, qui sont essentiels à la survie. Au-delà de ces besoins physiologiques, l'enfant a également besoin de sécurité physique et affective, condition indispensable à son développement harmonieux (CNAPE, 2023). Ce besoin de sécurité passe notamment par la protection et la présence rassurante de ses figures d'attachement, généralement ses parents, ce

qui lui permet d'explorer son environnement en toute confiance (CNAPE, 2023 ; Robin & Fontaine, 2013).

Les besoins d'amour et d'affection, illustrés par les câlins, les sourires et les gestes tendres, nourrissent le lien entre le bébé et ses parents et participent à la construction de cette sécurité affective (CNAPE, 2023 ; Mosca & Garnier, 2015).

Le besoin de stimulation et d'interaction, à travers les jeux, les chansons et les échanges, favorise quant à lui le développement cognitif et social de l'enfant (CNAPE, 2023).

Enfin, il est important d'accompagner le bébé dans la gestion de l'angoisse de séparation et de perte, afin de soutenir son équilibre émotionnel et son attachement (Lardièrre, 2010).

Selon l'INSPQ (2021), répondre aux besoins relationnels du bébé contribue également à réduire les risques liés aux inégalités sociales qui peuvent affecter son développement.

(2) Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement a été développée entre les années 1950 et 1970 par John Bowlby, psychiatre et psychanalyste, et Mary Ainsworth, psychologue. Cette théorie met en évidence l'importance des relations précoces entre le bébé et ses figures d'attachement pour son développement émotionnel et social. Selon cette théorie, le bébé développe un lien d'attachement avec les personnes qui répondent de manière sensible et constante à ses besoins (Robin & Fontaine, 2013 ; Trompette et al., 2024). Ce lien d'attachement sert de base de sécurité à partir de laquelle l'enfant peut explorer le monde et développer des relations saines tout au long de sa vie.

Quel que soit son environnement, le bébé a besoin d'un lien qui l'humanise et de recevoir une qualité et une continuité d'attention de l'adulte (Lardièrre, 2010).

Un attachement sécurisant se développe lorsque les parents sont disponibles, sensibles et réactifs aux besoins de leur bébé (Mosca & Garnier, 2015). En revanche, un attachement insécurisant peut se développer lorsque les parents sont inconsistants, intrusifs ou négligents. Les différents types d'attachement (sécurisant, insécurisant-évitant, insécurisant-résistant et désorganisé) entraînent des conséquences importantes sur le développement émotionnel, social et cognitif de l'enfant (Robin & Fontaine, 2013).

La qualité des premières interactions entre un parent et son enfant joue un rôle déterminant dans la construction de la santé mentale de ce dernier, notamment par le développement d'un attachement sécurisant (Trompette et al., 2024).

La satisfaction des besoins du bébé et la construction d'un attachement sécurisant sont donc des enjeux majeurs de la période périnatale. Un environnement familial stable, aimant et stimulant

favorise le développement harmonieux de l'enfant et contribue à son bien-être futur (Mosca & Garnier, 2015).

Si le développement du bébé repose en grande partie sur la qualité des soins et de l'attachement qu'il reçoit, il est tout aussi essentiel de considérer l'état psychique et émotionnel de la mère, dont la santé mentale peut influencer profondément la relation mère-enfant et les premiers liens affectifs.

c) Santé maternelle

D'après Meltzer-Brody (2018),

La grossesse est une période complexe et vulnérable qui présente un certain nombre de défis pour les femmes, notamment le développement de troubles psychiatriques post-partum. Ces troubles peuvent inclure la dépression et l'anxiété post-partum, qui sont relativement courantes, et la psychose post-partum, rare mais plus grave.

Dans le cadre de cette étude, nous distinguons trois manifestations psychiques majeures susceptibles de survenir chez les mères au cours de la période post-partum.

Tout d'abord le « baby blues » ou « blues post-natal », qui touche jusqu'à 70-80 % des femmes. Celui-ci survient généralement à partir du 3e jour post-partum et dure de quelques jours à deux semaines. Il s'agit d'un état transitoire, marqué par des pleurs, de la tristesse et des inquiétudes, mais sans gravité psychiatrique à long terme (Caisse d'Allocation Familiale, 2022).

Ensuite la « dépression post-partum » (DPP) qui touche environ 16,7 % des mères deux mois après l'accouchement en France, soit environ 1 femme sur 6 (Doncarli, 2023). Les symptômes incluent tristesse persistante, perte d'intérêt, troubles du sommeil, anxiété, irritabilité, fatigue et parfois des idées suicidaires (Tissot, 2011).

Enfin, la « psychose puerpérale », également appelée « psychose post-partum » ou « psychose périnatale » est beaucoup plus rare. Il s'agit d'une urgence psychiatrique, associée à un risque élevé de suicide ou d'infanticide (Doncarli, 2023). Nous la développerons ultérieurement dans cette recherche.

Ainsi, Hamelin-Brabant (2015) souligne que la période périnatale constitue une phase de transition majeure où la vulnérabilité peut fragiliser la santé des femmes et des familles, du fait de nombreux facteurs de stress d'ordre biologique, psychologique, social et cognitif. L'HAS

précise également que les situations de vulnérabilité peuvent évoluer au cours de la période périnatale et qu'elles nécessitent un accompagnement médico-psycho-social adapté, car cette période expose à des risques accrus pour la santé mentale et physique des femmes, des parents et de l'enfant (HAS, 2024). Selon une enquête de Santé publique France menée par Doncarli (2023) sur le suicide en période périnatale, les troubles psychiatriques peuvent avoir des conséquences délétères, non seulement pour la mère, mais aussi pour l'enfant, la relation mère-enfant (dyade), et plus largement pour la famille. Dans les cas les plus sévères, ils peuvent même conduire au suicide maternel.

Les suicides représentent donc 13,4% des décès maternels et deviennent la première cause connue de mortalité maternelle en France à un an post-partum (Doncarli, 2023).

Les différents facteurs de risque retrouvés en France, comme à l'international, étaient notamment : la précarité, l'isolement, des événements de vie douloureux, des antécédents psychiatriques et des complications pendant la grossesse ou l'accouchement. Les données nationales et internationales montrent également qu'une grande part de ces décès serait évitable. Parmi les stratégies de prévention, le dépistage précoce et répété des femmes à risque (en particulier celles présentant des troubles psychiatriques connus ou nouvellement apparus) ainsi qu'une prise en charge graduée, sont essentiels (Doncarli, 2023).

Face à ces constats alarmants sur la santé mentale périnatale, une attention accrue a été portée sur les premières étapes de la vie, période considérée comme déterminante pour le bien-être futur de l'enfant et de ses parents. C'est dans cette perspective que s'inscrit le concept des « 1000 premiers jours », qui met en lumière l'importance d'un accompagnement global et précoce dès la grossesse.

d) Les 1000 premiers jours

Le Ministère des Solidarités et de la Santé indique que les « 1000 premiers jours » représentent « un moment de vie pour l'enfant et ses parents ou futurs parents : une période qui court de la grossesse aux deux ans révolus de l'enfant. Les tout débuts de la vie et de la vie de parent. » (Rapport des 1000 premiers jours, 2020). Malgré une définition différente de la période de périnatalité, les « 1000 premiers jours » sont un concept repris par l'OMS et l'UNICEF. (OMS, 2016)

Ainsi, le Ministère de la Santé a indiqué que les « enfants et parents, quelle que soit leur situation, ont besoin d'être accompagnés et soutenus tout au long des 1 000 premiers jours, pour vivre ensemble et sereinement ces premiers moments de vie. » Le président de la République a installé, en octobre 2019, la commission des 1000 premiers jours, présidée par

Boris Cyrulnik, « afin d'élaborer des propositions [...] visant à structurer une politique autour des 1000 premiers jours de l'enfant. » (Rapport des 1000 premiers jours, 2020)

« Tout ne se joue pas pendant les 1 000 premiers jours, mais c'est là où tout commence. » (Rapport des 1000 premiers jours, 2020)

Le Rapport de la commission des 1000 premiers jours (septembre 2020) a permis d'identifier les facteurs clés pour favoriser le développement de l'enfant et les leviers nécessaires pour renforcer l'accompagnement des familles pendant cette période cruciale. Ce rapport a formulé des recommandations pour repenser l'Action publique, en se centrant sur les besoins de l'enfant et de ses parents, et a proposé des actions concrètes sur cinq axes prioritaires :

1. Fournir aux parents et futurs parents des informations simples, accessibles et fiables.
2. Améliorer l'accompagnement des parents tout au long de la période des 1000 premiers jours, en réduisant les ruptures et en renforçant le soutien aux moments clés.
3. Offrir un accompagnement renforcé en fonction des besoins spécifiques des parents, notamment ceux en situation de handicap ou en matière de détresse psychologique parentale.
4. Encourager les parents à prendre le temps de construire une relation de qualité avec leur enfant.
5. Améliorer la qualité des modes d'accueil pour le jeune enfant.

L'objectif est de garantir aux parents un accompagnement continu, adapté à leurs besoins, et de créer des environnements propices au développement et à la santé de l'enfant.

Aussi, le projet des 1000 premiers jours liés au programme « périnatalité et petite enfance » de Santé publique France est une étape clé dans la santé mentale périnatale, car il va être essentiel à la promulgation de lois en faveur de la mère et de son bébé ainsi qu'à la mise en place de dispositifs comme l'augmentation de structures d'accueil.

Ainsi, ce travail de recherche se concentrera sur la période allant de la naissance jusqu'au trois ans de l'enfant, car elle constitue une fenêtre de développement particulièrement sensible et majeur pour la santé de l'enfant et elle s'inscrit dans le programme des 1000 premiers jours.

B. Le trouble bipolaire post-partum

1. Le trouble bipolaire

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-V) procure une classification internationale des troubles mentaux et psychiatriques. Cette classification assure

une certaine universalité des définitions et des critères de diagnostic sur lesquels nous allons nous appuyer pour définir le trouble bipolaire.

Le trouble bipolaire est une pathologie psychiatrique chronique sévère, faisant partie des troubles de l'humeur. Elle se caractérise par une modification pathologique de l'humeur et de l'énergie, avec une alternance d'épisodes maniaques et/ou hypomaniaques et d'épisodes dépressifs caractérisés (EDC).

- La manie (ou épisode maniaque) est une période durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante. Elle est associée à une augmentation de l'estime de soi ou des idées de grandeur, une réduction du besoin de sommeil importante, une labilité, une fuite des idées, une agitation psychomotrice, un engagement excessif et dommageable dans des activités. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales.
- L'hypomanie présente les mêmes symptômes de plus faibles intensités. Elle est une forme « atténuée » de la manie, mais elle n'en reste pas moins invalidante et le taux de suicide de ces patients est tout aussi important (Leboyer, 2005).
- L'EDC est un ensemble de symptômes caractérisé par des troubles psychoaffectifs, incluant une altération de l'humeur (hyperthymie douloureuse), des perturbations émotionnelles (anhédonie, anesthésie affective, angoisse, anxiété), une altération du contenu de la pensée (sentiments de dévalorisation, conviction d'incurabilité, culpabilité) et des pensées suicidaires. Les patients en phase dépressive présentent également des troubles psychomoteurs, tels qu'un ralentissement mental (bradypsychie, rumination...) et un ralentissement moteur (bradykinésie, hypomimie, aprosodie, clinophilie, incurie, apragmatisme, aboulie).

Le trouble bipolaire est une maladie chronique et récidivante, marquée par des fluctuations entre épisodes aigus et phases de stabilisation appelées « euthymie ».

Selon l'OMS (s.d, cité par la HAS, 2014), le trouble bipolaire figure parmi les dix pathologies les plus invalidantes, mais aussi les plus graves.

Plusieurs types de troubles bipolaires sont référencés dans le DSM-V : le trouble bipolaire de type I, le trouble bipolaire de type II, le trouble cyclothymique, le trouble bipolaire induit par une affection médicale ou par des substances et le trouble bipolaire autre spécifié.

- Le trouble bipolaire de type I est caractérisé par des phases maniaques et dépressives sévères.

- Le trouble bipolaire de type II est caractérisé par des épisodes hypomaniaques et dépressifs.
- La cyclothymie est caractérisée par une humeur mixte (positive et négative). Elle se définit par une alternance ou une simultanéité de symptômes dépressifs, hypomaniaques et maniaques par périodes de quelques heures à quelques jours.
- Un grand nombre de substances (cocaïne, amphétamine, hallucinogène, alcool...), certains médicaments prescrits (corticostéroïdes, L-Dopa, anxiolytique, sédatif...) et plusieurs problèmes de santé (hyperthyroïdie, sclérose en plaques...) peuvent induire des phénomènes maniaques. Ce fait est reconnu dans les diagnostics de troubles bipolaires et apparentés, induits par des substances/médicaments et de troubles bipolaires et apparentés dus à une autre affection.
- Le trouble bipolaire autre spécifié consiste en des symptômes d'hypomanie, de manie, dépressifs et/ou de dépression majeure sans remplir tous les critères diagnostiques à cause d'une durée ou d'un nombre de critères insuffisants.

En raison des difficultés de diagnostics liées aux critères et à la rapidité d'apparition des symptômes, nous avons choisi de centrer notre recherche sur les troubles bipolaires de type 1 et 2, dont l'expression symptomatique est davantage documentée dans la littérature.

D'après la HAS, les troubles bipolaires concernent entre 1% et 2,5% de la population française. Elle considère que ces chiffres sont largement sous-estimés en raison de retard de diagnostic. Il n'existe pas de prédominance particulière. En effet, la bipolarité concerne aussi bien les femmes que les hommes et touche l'ensemble des classes sociales. (HAS, 2014)

Cependant, d'après Perry et al. (2021), l'accouchement est un puissant déclencheur d'épisodes de troubles graves de l'humeur. Le terme psychose post-partum est traditionnellement utilisé pour décrire des épisodes graves de troubles de l'humeur qui apparaissent très soudainement après l'accouchement, généralement au cours des deux premières semaines (Perry et al., 2021).

2. Psychose post-partum : vers l'émergence d'un trouble bipolaire

Les psychoses post-partum sont une forme sévère de troubles de l'humeur postnatale, affectant 1 à 2 accouchements sur 1000. Ces épisodes se manifestent généralement par une manie aiguë ou une dépression avec psychose dans les premières semaines suivant l'accouchement. La plupart des épisodes sont des manifestations du trouble bipolaire et une vulnérabilité à un déclencheur puerpéral. Parmi ces femmes touchées par la psychose post-partum, 40% n'ont pas d'antécédents de maladie psychiatrique grave (Perry et al., 2021).

À l'instar des troubles psychiatriques en général, l'étiologie de la psychose post-partum s'explique probablement par une interaction complexe de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux (Meltzer-Brody et al., 2018 ; Perry et al., 2021).

Ainsi, d'après Perry et al. (2021), plusieurs facteurs pourraient être à l'origine de l'apparition de psychoses post-partum : les hormones par l'arrêt brutal de la progestérone et des œstrogènes après l'accouchement ; le sommeil et le rythme circadien par la privation de sommeil perturbent les neurotransmetteurs et les rythmes veille/sommeil ; l'immunité par des dérégulations du système immunitaire, notamment lors de la première grossesse ; et la génétique par un lien avec des antécédents familiaux de troubles de l'humeur et le trouble bipolaire.

3. Répercussion sur les occupations maternelles

Les mères souffrant de trouble bipolaire rencontrent des difficultés importantes dans la mise en place des co-occupations avec leur bébé, ce qui peut entraîner des répercussions sur le développement de l'enfant (Pereira et al., 2012 ; Société canadienne de pédiatrie [SCP], 2004 ; Sutter-Dallay et al., 2014). Les co-occupations, qui incluent des activités partagées comme l'alimentation, les soins ou les interactions ludiques, nécessitent une régulation émotionnelle de la part de la mère. Elles demandent également une disponibilité constante pour accompagner au mieux l'enfant (France Assos Santé, 2025). Cependant, les fluctuations d'humeur caractéristiques du trouble bipolaire (épisodes maniaques ou dépressifs) rendent ces interactions imprévisibles et instables, ce qui perturbe la relation mère-enfant (Sutter-Dallay et al., 2014 ; Pereira et al., 2012).

Pendant les phases dépressives, les mères peuvent être désengagées, peu réactives et émotionnellement neutres, ce qui limite leur capacité à soutenir les besoins affectifs et sensoriels du bébé (Pereira et al., 2012 ; SCP, 2004 ; Wendland, 2017). À l'inverse, durant les phases maniaques, elles peuvent être intrusives ou adopter des comportements impulsifs et inadaptés, perturbant l'activité du nourrisson et générant un stress chez l'enfant (SCP, 2004 ; Sutter-Dallay et al., 2014 ; Wendland, 2017). Ces perturbations affectent la capacité de la dyade mère-enfant à établir une régulation mutuelle dans leurs interactions quotidiennes (Wendland, 2017).

En outre, le trouble bipolaire peut altérer les soins essentiels au bébé. Par exemple, les mères peuvent rencontrer des difficultés à maintenir une routine stable ou à répondre de manière cohérente aux besoins de leur enfant. Cela peut entraîner des risques accrus d'infections, de

malnutrition ou de retard de croissance chez l'enfant (Pereira et al., 2012). Ces enfants sont également plus susceptibles de développer des troubles de l'attachement en raison d'un environnement émotionnel imprévisible et parfois stressant (Sutter-Dallay et al., 2014 ; Wendland, 2017).

Pour améliorer ces interactions et minimiser les conséquences sur le développement de l'enfant, il est essentiel que ces mères bénéficient d'un suivi psychiatrique périnatal renforcé, d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un soutien psycho-éducatif visant à stabiliser leur état et à renforcer leurs compétences parentales (France Assos Santé, 2025 ; Sutter-Dallay et al., 2014).

4. Psychiatrie périnatale

a) Définition et spécificités de la psychiatrie périnatale

« La psychiatrie périnatale relie deux spécialités médicales : la psychiatrie et la médecine périnatale. Aux confins de la psychopathologie du bébé et de celle de la maternité, elle présente la particularité de s'adresser moins à un patient pour une pathologie donnée qu'à une période spécifique de la vie, de la conception au postnatal » (Apter, 2011). Ces objectifs dans l'accompagnement des troubles mentaux post-partum sont de réduire les symptômes maternels et de soutenir le fonctionnement de la mère, de l'enfant et de la famille (Meltzer-Brody et al., 2018). En effet, dans ce contexte de troubles mentaux post-partum, « du fait de l'incompétence réelle, [de] la mère pendant la période périnatale, et de sa dépendance extrême », il est essentiel de préserver les capacités propres « du futur parent dont le bébé dépend » (Apter, 2011). Car « en postnatal, les besoins vitaux, la régulation émotionnelle et affective du nourrisson doivent être pris en compte par ses parents et son environnement immédiat, du fait de son incapacité à intervenir directement lui-même. » C'est pourquoi « les aptitudes parentales doivent se développer, être soutenues et maintenues dans l'intérêt du bébé certes, mais aussi parce qu'aujourd'hui, c'est précisément le souhait des parents » (Apter, 2011).

b) Organisation de soins en psychiatrie périnatale en France

(1) Repérage des troubles psychiatriques et accès aux soins

D'après la HAS (2024), l'accès aux soins, durant la période périnatale, est facilité par l'accompagnement de la grossesse. En effet, le suivi mensuel, généralement assuré par une sage-femme ou parfois un obstétricien, constitue une occasion précieuse pour aborder divers problèmes de santé, notamment les troubles mentaux. Ils peuvent être classés en trois catégories :

- Ceux qui étaient déjà présents avant la grossesse, tels que les maladies cycliques de l'humeur ou les troubles psychotiques, et qui sont graves et chroniques ;
- Ceux déclenchés par la grossesse, en lien avec une vulnérabilité antérieure, comme un épisode dépressif reconnu en dehors de tout contexte de grossesse ;
- Ceux apparaissant nouvellement durant la période périnatale, soit lorsqu'une vulnérabilité sous-jacente (comme un trouble de la personnalité ou un traumatisme passé) n'a pas été identifiée, soit, lorsqu'il n'y a aucun antécédent ou facteur de vulnérabilité reconnu.

(2) Structures et acteurs du soin en psychiatrie périnatale

Des modalités de prise en charge et d'accompagnement, spécifiques à la période périnatale se sont développées, en particulier les soins psychiques conjoints (parents-bébé) en France, et impliquent différents acteurs des secteurs sanitaires, mais aussi social et médico-social, dans le cadre d'une action coordonnée (Dugnat, 2013 ; HAS 2024). D'après la HAS (2024), Dagens, V. & Chardeau P. (2017) et les diverses structures telles que l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) ainsi que le Centre Hospitalier Charles Perrens, nous pouvons retrouver comme professionnels dans le champ de la psychiatrie périnatale :

Professionnels impliqués	Rôle principal
Psychiatre adulte / Pédopsychiatre	Diagnostic, traitement, coordination des soins
Psychologue clinicien	Évaluation, soutien psychologique, psychothérapie
Sage-femme	Repérage, orientation, accompagnement global
Infirmier·ère en psychiatrie / Puéricultrice	Suivi au quotidien, soutien à la parentalité, soins conjoints mère-enfant
Travailleur social / Éducateur spécialisé	Accompagnement social, coordination PMI, soutien à la parentalité
Pédiatre / Obstétricien	Surveillance médicale, détection des risques, collaboration avec psychiatrie

Autres (psychomotricien, orthophoniste, ergothérapeute...)	Soutien au développement de l'enfant et de la dynamique familiale. Ils peuvent intervenir dans le développement du lien mère-enfant ou du développement psychomoteur du bébé, notamment en unité mère-bébé.
--	---

Cependant, en France, les dispositifs sont disparates. Ainsi, selon les contextes institutionnels et les ressources disponibles localement, les modalités de prise en charge varient considérablement : elles vont d'interventions ponctuelles de certains professionnels à la mise en place de réseaux de soins structurés, en passant par les hospitalisations mère-bébé ou les unités de prise en charge spécifique dédiées à l'accompagnement mère-enfant. (Dugnat, 2013 ; Haut-commissariat au plan, 2024)

Les unités d'hospitalisation mère-enfant et les unités de prise en charge spécifique mère-enfant partagent l'objectif commun de prendre en charge conjointement la mère et l'enfant, dans des situations de souffrance psychique périnatale, mais présentent plusieurs différences dans les quatre domaines suivants :

	Unité d'hospitalisation mère-bébé/enfant	Unité de prise en charge spécifique mère-enfant
Cadre de prise en charge	Les unités d'hospitalisation mère-enfant offrent une prise en charge à temps plein, avec des lits et berceaux individualisés pour l'hospitalisation conjointe	Les unités de prise en charge spécifique peuvent inclure des consultations ambulatoires, des hospitalisations de jour, et des interventions à domicile
Durée d'intervention	Les hospitalisations mère-enfant sont généralement de courte à moyenne durée, pour les situations les plus aiguës.	Les unités de prise en charge spécifique peuvent suivre la dyade mère-enfant sur une période plus longue, parfois de la grossesse jusqu'aux trois ans de l'enfant.
Types de troubles traités	Les unités d'hospitalisation ont généralement une équipe multidisciplinaire présente 24h/24.	Les unités de prise en charge spécifique peuvent traiter un éventail plus large de troubles, y compris des situations à risque modéré.

Objectifs de soins	Les hospitalisations visent principalement la stabilisation de l'état psychiatrique de la mère tout en maintenant le lien mère-enfant.	Les unités de prise en charge spécifique ont souvent des objectifs plus larges, incluant la prévention, le soutien à la parentalité, et l'amélioration des interactions précoces.
---------------------------	--	---

(AP-HP, 2021 ; Brengard, 2022 ; Dagens, V. & Chardeau P., 2017 ; Dugnat, 2013 ; Maman Blues, 2021 ; Sutter-Dallay, 2008)

« Les pratiques ont toutefois été décrites comme hétérogènes, des disparités régionales étant observées, et l'offre sanitaire et sociale était considérée comme ne permettant pas de répondre à l'ensemble des besoins » par la HAS (2020).

Cependant, en France, en Belgique et en Suisse, une initiative a vu le jour visant à regrouper les différentes unités œuvrant dans le domaine de la santé mentale périnatale sous une même association : la Société Marcé Francophone (SMF). Créée en janvier 1998, cette société a pour ambition de devenir un espace d'échanges, de réflexion et de collaboration, afin de favoriser une meilleure compréhension, prévention et prise en charge des troubles mentaux liés à la puerpéralité, ainsi que de leurs répercussions sur la petite enfance.

Les objectifs de la SMF sont les suivants :

- Contribuer au passage des connaissances (information et formation) entre la recherche et la clinique, et entre les différentes disciplines
- Favoriser les échanges entre les différents partenaires participant aux systèmes de soins périnataux
- Faciliter l'élaboration de nouveaux projets de recherche multidisciplinaires

c) Insuffisances du système de soins face aux troubles psychiques périnataux

Selon des données récentes de la HAS (2020), une proportion significative des troubles psychiques périnataux reste non diagnostiquée et non traitée (HAS, 2020). Une étude menée en France, a révélé que seulement un quart des femmes signalant une détresse psychologique ont consulté un spécialiste en santé mentale (Doncarli et al., 2023). L'absence ou l'inadéquation de la prise en charge peut entraîner des conséquences graves. Pour les mères, cela peut se traduire par une persistance à long terme des symptômes. Pour les enfants, cela peut entraîner des effets négatifs durables sur leur développement. L'entourage familial peut également subir des

répercussions psychosociales importantes (Doncarli et al., 2023 ; HAS, 2020). De plus, les données de mortalité maternelle, pour la période 2007-2009, sont particulièrement alarmantes. Le suicide s'est révélé être la principale cause de décès maternels, représentant 20% des cas (HAS, 2020 ; Tessier et al., 2018). Ces chiffres soulignent l'urgence d'améliorer le dépistage et la prise en charge des troubles psychiques périnataux.

Ainsi, en période périnatale, la reconnaissance des troubles mentaux susceptibles d'être en lien avec la grossesse doit se situer dans une visée de santé publique (HAS, 2020). Cependant, très fréquemment, les services de maternité, voire de néonatalogie semblent en difficulté pour effectuer ce travail de première ligne. Il existe certes un manque de formation et surtout de temps pour ces personnels souvent déjà surchargés de travail. Le plus souvent, les deux obstacles majeurs au repérage sont d'un côté la crainte de la stigmatisation et de la « non-objectivité » du soignant face à des troubles qui les déroutent, et de l'autre, dans de nombreux lieux, l'absence d'équipe accompagnante en aval (Doncarli et al., 2023 ; HAS, 2020).

Par ailleurs, d'après l'ANFE (2020), c'est une période qui est très rythmée d'un point de vue médical, mais l'accompagnement holistique est parfois mis de côté. L'ergothérapeute peut alors apporter son expertise.

C. L'ergothérapeute : professionnel des occupations

1. Généralités sur l'ergothérapie

a) *L'ergothérapie*

D'après l'ANFE (2020), « l'ergothérapie est une profession de santé centrée sur la personne et s'occupant de la promotion de la santé et du bien-être dans les activités. » L'arrêté du 5 juillet 2010, précise que « l'objectif de l'ergothérapie est de maintenir, de restaurer et de permettre les activités humaines de manière sécurisée, autonome et efficace, et de prévenir, réduire ou supprimer les situations de handicap pour les personnes, en tenant compte de leurs habitudes de vie et de leur environnement. » (ANFE, 2020).

L'ergothérapeute est un professionnel de santé qui fonde sa pratique sur le lien entre l'activité humaine et la santé. Il vise avant tout, dans sa pratique quotidienne, à permettre aux personnes qu'il accompagne d'accéder à « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Dans cet objectif, l'ergothérapeute peut agir auprès d'une personne ou d'un groupe, pour des interventions de rééducation ou de réadaptation (ANFE, 2020). Il accompagne des individus de

tout âge et à tous les stades de développement, présentant des difficultés à s'engager dans les occupations qui leur sont significatives (American Occupational Therapy Association, 2020). Pour cela, il analyse les besoins, les habitudes de vie et les facteurs environnementaux (ANFE, 2020).

b) Les sciences de l'occupation

D'après l'ANFE (2020), « l'ergothérapie est une profession de santé fondée sur les sciences de l'occupation humaine. Elle permet aux personnes d'organiser et d'accomplir les activités qu'elles considèrent comme importantes : les Occupations. » Dans le contexte actuel, marqué par une évolution des systèmes de santé vers une approche bio-psycho-sociale, l'ergothérapie affirme ainsi son ancrage dans les sciences de l'occupation (Clavreul, 2019, cité par ANFE, 2020). Celles-ci reposent sur deux principes fondamentaux : l'être humain est un être d'occupation, et son engagement dans des occupations significatives constitue un vecteur essentiel de bien-être et de santé (Kielhofner, 2008 ; Pierce, 2016, cité par ANFE, 2020).

Les sciences de l'occupation étudient alors ce que Wilcock (1998, cité par Wicks, 2016 ; ANFE, 2020) nomme le « potentiel occupationnel », c'est-à-dire la capacité d'une personne à s'engager dans des occupations et à structurer son quotidien en interaction avec un environnement donné (Wilcock, 1998, cité par Wicks, 2016 ; ANFE, 2020). Cet engagement est influencé par des facteurs intrinsèques tels que la perception du monde, les expériences passées et anticipées, les habitudes, les rôles, ou encore les capacités de performance (Kielhofner, 2008). Ainsi, la relation dynamique entre la personne et son environnement est centrale dans la compréhension de l'occupation, envisagée comme une action située, façonnant l'identité au sein d'un contexte social et physique. (ANFE, 2020 ; Kielhofner, 2008)

Dans ce cadre théorique, notre recherche s'attache plus particulièrement au concept de co-occupation, qui nous semble particulièrement pertinent pour analyser l'expérience des mères vivant avec un trouble bipolaire, dans leurs nouvelles occupations avec leur bébé. Pierce (2009) définit la co-occupation comme des activités partagées impliquant plusieurs personnes, où les actions et interactions de chacun influencent réciproquement l'expérience de l'autre. Il s'agit d'un processus interdépendant dans lequel chaque participant mobilise ses compétences, favorisant l'émergence d'aptitudes nouvelles à travers l'expérience commune (Pierce, 2009).

Notre intérêt, pour ce concept, s'appuie notamment sur l'étude de Fraga (2019) portant sur la co-occupation maternelle en unité de soins intensifs néonataux (USIN). Dans ce contexte, les

ergothérapeutes mobilisent ce concept pour désigner l'implication simultanée et interdépendante de la mère et du bébé, dans une activité partagée. Les soins maternels y sont ainsi envisagés comme une co-occupation, et les interventions ergothérapeutiques visent à soutenir l'intégration active de la mère dans l'environnement de l'USIN, tout en favorisant son autonomie et son engagement auprès de son enfant.

2. Ergothérapie et périnatalité

D'après l'ANFE, l'ergothérapeute occupe un rôle clé en périnatalité auprès des futurs et jeunes parents, ainsi que des nourrissons et jeunes enfants. Il vise à favoriser la participation de chacun aux activités de la vie quotidienne, en soutenant notamment le développement sensorimoteur et neuromoteur de l'enfant à visée préventive, en repérant précocement les signes de vulnérabilité, et en adaptant l'environnement aux besoins spécifiques pour encourager l'inclusion.

L'ergothérapeute accompagne également les parents en leur transmettant des connaissances sur le développement de leur enfant et les bonnes pratiques, tout en renforçant leur sentiment de compétence parentale. Il intervient aussi sur le choix du matériel de puériculture et l'aménagement du cadre de vie, en tenant compte des situations de handicap, qu'elles concernent l'enfant ou les parents. En cas de handicap parental, il soutient l'exercice de la parentalité et collabore avec les professionnels impliqués. De plus, en partageant ses connaissances et en proposant des stratégies concrètes, l'ergothérapeute permet au second parent de mieux comprendre les besoins du bébé et de soutenir la mère dans son rôle parental (ANFE, 2020). Santinelli (2012) vient appuyer cette idée en soulignant que l'ergothérapeute travaille en collaboration avec les proches afin de co-construire des solutions adaptées aux besoins spécifiques de la famille, tout en valorisant leur expertise.

Ces interventions peuvent se dérouler dans divers contextes, comme les services de néonatalogie, les crèches ou à domicile, et sont exercées en libéral ou en établissement (ANFE, 2020, 2021).

Par ailleurs, les ergothérapeutes impliqués en santé maternelle peuvent également proposer des groupes de parents ou des groupes parents/nourrissons, visant à renforcer le soutien social entre pairs (Rice & Downey, 2024). Ce type de dispositif favorise la création de liens entre parents vivant des expériences similaires, ce qui peut avoir un impact significatif sur la santé mentale (Bedaso et al., 2021). Le sentiment de ne pas être seul, la valorisation de son vécu et le partage

de ressources concrètes entre membres du groupe contribuent à atténuer les difficultés psychologiques rencontrées pendant la période périnatale (Rice & Downey, 2024).

Aussi, l'ergothérapeute joue un rôle central dans la promotion de la santé et du bien-être des femmes en période périnatale. Il accompagne les transitions liées à la maternité, facilite l'engagement dans les occupations quotidiennes, et adapte les environnements physiques, sociaux et culturels. Cette approche holistique prend en compte les routines, le stress, ainsi que les bouleversements identitaires (Slootjes et al., 2016).

Ces auteurs soulignent également l'importance des co-occupations entre la mère et l'enfant, essentielles au bien-être maternel et au développement infantile. L'ergothérapie, bien qu'encore peu représentée dans les équipes périnatales (Slootjes et al., 2016), a un potentiel reconnu pour améliorer la qualité de vie des femmes et mérite une plus grande reconnaissance institutionnelle.

Les ergothérapeutes travaillant dans le domaine de la santé maternelle peuvent proposer des groupes de parents pour encourager les liens entre pairs. Le soutien social pendant la période périnatale peut atténuer les problèmes de santé mentale (Bedaso et al., 2021). Se connecter avec des parents qui partagent des expériences similaires peut avoir un impact significatif sur la santé mentale pour diverses raisons. Les parents comprennent qu'ils ne sont pas seuls, qu'ils peuvent se sentir valorisés dans leurs expériences et qu'ils peuvent recevoir des ressources d'autres parents du groupe. (Rice & Downey, 2024)

3. Ergothérapie et trouble bipolaire

Par ailleurs, Domínguez (2018) met en évidence l'augmentation du nombre de mères présentant des troubles mentaux, soulignant que la maternité entraîne des bouleversements majeurs susceptibles de générer de nouveaux besoins occupationnels, ouvrant ainsi un champ d'action émergeant pour l'ergothérapie (Domínguez, 2018).

En effet, l'ergothérapie occupe une place reconnue dans le champ de la santé mentale, où elle intervient auprès de personnes présentant divers troubles psychiques, dont le trouble bipolaire. Selon l'ANFE, l'ergothérapie en santé mentale vise à favoriser l'autonomie, la participation sociale et le bien-être des personnes, en s'appuyant sur des modèles conceptuels spécifiques à la discipline et sur une approche centrée sur les occupations significatives du patient (ANFE, 2016). L'ergothérapeute analyse les effets de la maladie sur les capacités physiques, cognitives, affectives et sociales, puis élabore un plan d'intervention individualisé pour soutenir

l'engagement dans les activités quotidiennes et sociales (Ordre des ergothérapeutes du Québec [OEQ], 2009).

Dans le cas spécifique du trouble bipolaire, l'ergothérapeute accompagne la personne dans la gestion des fluctuations de l'humeur, l'organisation du quotidien, la reprise ou le maintien d'activités, et la prévention des rechutes. Il travaille également sur la réduction de l'auto-stigmatisation et le développement de stratégies d'adaptation, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (ANFE, 2020). L'intervention ergothérapique vise ainsi à améliorer la qualité de vie, l'autonomie et la participation sociale des personnes vivant avec un trouble bipolaire. « L'ergothérapeute soutient la personne pour qu'elle atteigne un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté » selon l'OEQ (2009).

L'ergothérapeute utilise une variété d'outils et de méthodes pour accompagner les personnes vivant avec un trouble bipolaire, en s'appuyant notamment sur des activités signifiantes et créatives, des stratégies compensatoires, des interventions individuelles ou de groupe, ainsi que des outils d'éducation thérapeutique pour renforcer les compétences des personnes présentant un trouble bipolaire, prévenir les rechutes et favoriser l'autonomie, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire. (OEQ, 2009 ; Centre hospitalier d'Argenteuil, 2024)

4. La mise en situation écologique : un outil d'évaluation en ergothérapie

L'évaluation écologique constitue une modalité relativement récente dans le champ de la santé et du handicap, apparue il y a environ deux décennies. Elle s'impose de manière croissante dans les pratiques professionnelles, en particulier en ergothérapie. Ce type d'évaluation se caractérise par sa proximité avec les conditions réelles de vie de la personne. Comme l'explique Guihard, « l'évaluation écologique serait une évaluation réalisée au plus près des conditions de vie de la personne. L'ergothérapie a beaucoup théorisé cette logique en prônant [...] une situation triptyque autour des trois éléments que sont : l'homme, l'environnement et l'activité » (Guihard, s.d.).

Cette définition est complétée par Caire et al. (2012), pour qui le terme « écologique » renvoie, en ergothérapie, à une évaluation reposant sur des mises en situation proches des activités de la vie quotidienne. Cette approche permet d'appréhender les situations de handicap, à travers des mises en situation concrètes, réalisées directement dans le lieu de vie de la personne. L'objectif est alors de concevoir des scénarios réalistes facilitant l'anticipation du retour à domicile, tout

en favorisant le transfert des acquis fonctionnels et cognitifs dans le contexte écologique propre à chaque individu (ministère de la Santé et des Sports, 2008).

5. Vers une évolution de la pratique

Plusieurs auteurs, dont Esdaile et Olsen (2004, cité par Sloomjes, 2015), ont souligné la nécessité d'étudier les occupations liées à la grossesse, à l'accouchement et à la maternité, en particulier chez les femmes vivant avec une maladie ou un handicap. Ils mettent en avant que l'ergothérapie, par son approche centrée sur la personne et les occupations, peut jouer un rôle crucial en soutenant l'engagement dans des activités significatives tout au long de la période périnatale (Sloomjes, 2015).

En France, les ergothérapeutes interviennent déjà dans le domaine de la santé mentale, notamment auprès de femmes souffrant de troubles tels que le trouble bipolaire, ainsi qu'en périnatalité. Cependant, bien que l'ergothérapie présente un potentiel important à l'intersection de ces deux domaines, la littérature scientifique sur sa pratique en psychiatrie périnatale demeure encore insuffisante.

En effet, bien que le rôle de l'ergothérapie en santé maternelle soit reconnu, les recherches actuelles n'ont pas permis de documenter pleinement ses contributions dans ce domaine. Sloomjes et al. (2015) insistent sur la nécessité de développer des données probantes, de structurer la formation professionnelle et de promouvoir activement ce champ d'intervention émergent. Cette position est également partagée par Odgers (2023), qui souligne que, malgré une production scientifique encore limitée, les ergothérapeutes ont un rôle essentiel à jouer dans le soutien aux femmes en période prénatale et postnatale, contribuant ainsi à la santé des mères et de leurs enfants.

III. Processus de problématisation de la recherche et hypothèses

En suivant l'évolution des concepts théoriques abordés précédemment, la transition vers la maternité apparaît comme une période déterminante, marquée par des transformations profondes tant sur le plan identitaire que fonctionnel. Le « devenir mère » implique une redéfinition de soi, où les occupations maternelles deviennent centrales et où les attentes sociales jouent un rôle important (Farber 2000, cité par Dominguez et al., 2018). Les femmes doivent jongler entre leur rôle de mère, leur identité personnelle et leurs responsabilités professionnelles, tout en répondant aux normes sociétales souvent idéalisées (Carvalho, 2009 ; Farber, 2000 ; FrancisConnolly, 2000 ; Larson, 2000, cité par Dominguez et al., 2018). Durant