

la période périnatale, l'enjeu est double : favoriser un attachement sécurisant entre la mère et son bébé tout en préservant la santé mentale maternelle. Ces aspects sont au cœur du concept des 1000 jours, qui met en avant l'importance des trois premières années de vie pour le développement global de l'enfant et la construction du lien parent-enfant (ANFE, 2021). Cependant, ces bouleversements psychiques peuvent devenir inopérants en cas de psychopathologie maternelle, compromettant ainsi l'attachement précoce mère-bébé (Vozari, 2015). La période post-partum est reconnue comme une phase critique où le risque de développer un trouble bipolaire est particulièrement élevé. Les antécédents familiaux, la privation de sommeil ou une expérience traumatique de l'accouchement sont autant de facteurs déclencheurs potentiels (Perry et al., 2021). Les symptômes maniaques ou dépressifs perturbent les interactions essentielles à la co-occupation, telles que l'alimentation, le bain ou les jeux partagés (Apter, 2011). Ces perturbations affectent non seulement le lien affectif entre la mère et son enfant mais aussi le développement socio-émotionnel du bébé. Par exemple, des études montrent que les décompensations thymiques maternelles augmentent le risque d'hospitalisation néonatale et de faible poids à la naissance (Pereira et al., 2012). Ainsi, le trouble bipolaire post-partum représente un enjeu majeur pour la santé mentale périnatale et nécessitent un accompagnement adapté.

L'ergothérapie intervient dans deux domaines clés : la santé mentale où elle accompagne des personnes souffrant de pathologies psychiatriques, tel que le trouble bipolaire avec notamment la mise en place de routines ; la périnatalité avec un accompagnement des parents et de l'enfant dans les premières années de vie, avec des mises en situation écologique pour renforcer les compétences parentales. Cependant, son rôle en psychiatrie périnatale, à l'intersection de ces deux champs, reste peu documenté, notamment en France.

À partir de ces recherches, nous nous sommes posé la question suivante :

Comment l'ergothérapeute soutient-il la co-occupation des mères souffrant d'un trouble bipolaire, survenu en post-partum, avec leur bébé durant la période de périnatalité en psychiatrie périnatale ?

À partir de cette question, plusieurs hypothèses ont été dégagées d'après les lectures pour orienter l'analyse :

Hypothèse 1 :

1. « L'ergothérapeute collabore avec la mère pour établir des routines quotidiennes flexibles qui s'adaptent aux fluctuations de l'humeur liées au trouble bipolaire, tout en répondant aux besoins du bébé. »

Hypothèse 2 :

2. « L'ergothérapeute renforce la confiance de la mère dans ses compétences parentales en proposant des mises en situation écologiques, permettant ainsi de maintenir son rôle maternel. »

Hypothèse 3 :

3. « L'ergothérapeute accompagne le co-parent en lui transmettant des informations adaptées sur les besoins du bébé et sur les répercussions liées à la pathologie de la mère, afin de l'aider à soutenir la co-occupation entre la mère et son bébé. »

IV. Méthodologie de recherche

Dans cette démarche, j'ai choisi d'adopter ce que Jean-Pierre Olivier de Sardan (2008) appelle le « je » méthodologique. Cette approche considère le chercheur comme un acteur central du processus de recherche, sa subjectivité étant un outil essentiel pour comprendre les phénomènes étudiés. L'utilisation du « je » reconnaît la position de chercheur impliqué, assumant pleinement les choix méthodologiques et les interactions avec le terrain. Cela clarifie que les décisions prises sont le résultat d'une réflexion personnelle plutôt que d'une approche impersonnelle. L'adoption du « je » méthodologique vise la transparence et l'honnêteté intellectuelle (Olivier de Sardan, 2008).

A. Méthode

Il existe deux méthodes de recherches : la méthode qualitative et la méthode quantitative. Cette dernière nécessite l'existence de nombreuses données, or cette recherche a démontré que l'étude de la co-occupation mère-enfant, dans le contexte du trouble bipolaire, est un sujet peu exploré en ergothérapie, ce qui correspond au critère de manque de littérature existante. Kohn et Christiaens (2015) notent que « force est de constater que, parfois, soit aucune preuve n'est

encore disponible, soit les preuves disponibles ne sont pas transférables au contexte des soins de santé ou de la population ».

Ainsi, dans ce travail, j'ai choisi d'utiliser la méthode qualitative. Elle est une approche de recherche visant à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel, en se concentrant sur les significations, les expériences et les perceptions des participants. Mays et Pope (1995, cité par Kohn et Christiaens, 2012) soulignent que l'objectif principal de cette approche est le développement de concepts permettant de mieux comprendre les phénomènes sociaux, en mettant l'accent sur les significations et les expériences vécues des individus. La méthode qualitative offre la flexibilité nécessaire pour explorer un sujet complexe et multidimensionnel comme la co-occupation mère-enfant dans le contexte d'un trouble mental.

Cette approche se distingue de la recherche quantitative par son orientation vers la compréhension profonde, plutôt que la mesure ou la quantification des phénomènes. Dumez (2017) la qualifie de « compréhensive », cherchant à analyser les acteurs dans leurs interactions concrètes et leur quotidien, au lieu de les réduire à des abstractions. Elle vise à « donner à voir » les acteurs pensants, ressentant, agissant et interagissant, et à comprendre leur réalité vécue (Dumez, 2017).

Kohn et Christiaens (2012) soulignent que cette approche permet de saisir la réalité des acteurs dans leur propre environnement, tout en restant attentive à la manière dont les individus construisent et attribuent du sens à leurs actions et interactions sociales. En 2015, ils renforcent cette idée en affirmant que « l'un des points forts de la recherche qualitative est qu'elle étudie les gens dans leur milieu naturel, plutôt que dans des situations artificielles ou expérimentales ». Cette notion de « milieu naturel » peut s'appliquer à des espaces institutionnels ou structurés, comme une structure de psychiatrie périnatale. L'essentiel est que la méthode qualitative permet d'observer les pratiques et représentations des acteurs dans leur environnement quotidien, en captant la richesse des interactions humaines dans un contexte donné (Kohn et Christiaens, 2015).

B. Approche

Dans le cadre de cette recherche, j'ai choisi une approche hypothético-déductive, qui consiste à formuler des hypothèses basées sur la littérature existante et à les confronter aux données empiriques collectées sur le terrain. Selon Boyer (2009), l'approche hypothético-déductive

repose sur l'élaboration de postulats issus d'une problématique et d'un cadre conceptuel précis, qui sont ensuite testés par l'analyse des données collectées.

Comme le souligne Lavarde (2008), l'approche hypothético-déductive permet de structurer la recherche autour de théories existantes, tout en validant ou invalidant ces théories à partir des données de terrain. Dans ce contexte, ma recherche visera donc à tester des hypothèses. Par ailleurs, j'expliquerai les leviers d'action que mes lectures n'ont pas permis d'identifier, mais que les ergothérapeutes peuvent mobiliser pour soutenir la co-occupation entre une mère présentant un trouble bipolaire et son enfant âgé de 0 à 3 ans.

C. Population cible

Afin d'obtenir les données empiriques nécessaires pour la validation ou la réfutation de mes hypothèses de recherche, je vais réaliser un échantillonnage raisonné, également appelé échantillonnage non-probabiliste. D'après Firdion (2012), cette méthode est particulièrement adaptée pour explorer un domaine en partie inconnu ou pour approfondir un aspect spécifique du sujet étudié. L'objectif est de sélectionner une variété de cas permettant d'obtenir un aperçu large et diversifié, plutôt que de viser une représentativité statistique stricte (Firdion, 2012). Conformément à la loi Jardé (2012), qui vise à protéger les personnes impliquées dans les recherches et à garantir un cadre éthique rigoureux, cette étude portera exclusivement sur des professionnels.

De plus, d'après mes recherches, le champ de la psychiatrie périnatale demeure encore peu exploré en ergothérapie en France. Dans cette perspective, je souhaite interroger différents professionnels exerçant au sein d'unités mère-bébé recensées par la Société Marcé Francophone, afin de mieux comprendre les spécificités des missions de l'ergothérapeute et leur articulation avec celles des autres membres de l'équipe pluridisciplinaire.

La population de recherche interrogée est définie par des critères d'inclusion permettant de garantir la démarche de recherche. Ces critères émanent de la problématique et des hypothèses annoncées. Les critères d'inclusions déterminés pour cette recherche sont les suivants :

- Être titulaire du Diplôme d'État d'ergothérapeute depuis 1 an minimum.
- Être titulaire du Diplôme d'État de psychomotricien, d'infirmier ou d'auxiliaire de puériculture depuis 1 an minimum.
- Exercer dans une unité d'hospitalisation mère-bébé ou unité de prise en charge spécifique mère-enfant depuis 1 an minimum.

- Et justifier d'au moins 1 an d'expérience professionnelle dans l'accompagnement de mères diagnostiquées d'un trouble bipolaire post-partum ou de psychose puerpérale.
- Et avoir accompagné des mères durant la période périnatale, de la naissance de l'enfant jusqu'à ses 3 ans.

Les critères de non-inclusions pour cette recherche sont les suivants :

- Professionnels n'ayant jamais accompagné de mères souffrant de troubles bipolaire post-partum ou de psychose puerpérale.
- Professionnels exerçant exclusivement en pédiatrie sans interaction directe avec les parents.
- Situations d'accompagnement intervenant en dehors de la période périnatale (au-delà des trois ans de l'enfant).
- Les ergothérapeutes accompagnant des mères souffrant d'un trouble bipolaire dont le diagnostic est antérieur à l'accouchement.
- Refus de signer le formulaire de consentement libre et éclairé.

Le critère d'exclusion est :

- Retrait du consentement libre et éclairé.

D. Techniques

Afin de mener cette recherche, plusieurs techniques de collecte de données empiriques peuvent être envisagées, telles que l'observation, les entretiens ou les questionnaires (Krief & Zardet, 2013). Parmi ces options, la méthode des entretiens m'apparaît comme la plus adaptée au sujet étudié. En effet, l'entretien me permettra d'accéder à des informations détenues par les ergothérapeutes, que je pourrais analyser ultérieurement. Loubet Del Bayle (2000) explique que contrairement à une conversation informelle, l'entretien s'inscrit dans un cadre méthodologique précis et vise un objectif spécifique. Il est soumis à des règles strictes afin de minimiser toute influence externe, qu'elle provienne de l'enquêteur ou de l'environnement (Loubet Del Bayle, 2000). Par conséquent, les entretiens sont généralement réalisés dans un espace dédié, tel qu'une salle isolée, et non dans le cadre naturel des participants (Kohn & Christiaens, 2015).

Trois types d'entretiens peuvent être utilisés : directif, semi-directif et libre (Chevalier & Meyer, 2018). Dans le cadre de cette recherche, l'entretien semi-directif semble être le plus pertinent en raison de sa compatibilité avec une approche qualitative et les objectifs du sujet étudié. En effet, ce type d'entretien offre aux participants la possibilité de développer leurs réponses, d'argumenter leurs idées et d'établir des liens entre différents concepts. Il permet

également d'enrichir la réflexion en apportant des notions imprévues qui pourraient approfondir l'analyse (Chevalier & Meyer, 2018). La littérature scientifique sur la co-occupation entre les mères souffrant de trouble bipolaire post-partum et leur bébé reste limitée. Par conséquent, il est essentiel d'offrir aux ergothérapeutes interrogés une certaine liberté pour qu'ils puissent apporter des éléments que la littérature n'a pas encore abordés ou que je n'aurais pas pu anticiper.

De plus, ce format favorise un rapport égalitaire entre le chercheur et le participant (Kohn & Christiaens, 2015). Ce climat d'échange serein contribue à réduire les biais liés à l'entretien et garantit une meilleure qualité des données recueillies. Cela me paraît important dans le cadre de cette étude, puisque l'échantillonnage raisonné utilisé introduit déjà un biais de sélection. En effet, ce type d'échantillonnage repose sur un choix réfléchi, pour inclure des participants répondant à des critères spécifiques (Krief & Zardet, 2013). Cependant, il peut entraîner une surreprésentation ou une sous-représentation de certains points de vue. Ainsi, il devient essentiel de limiter autant que possible les autres biais pouvant influencer les résultats en créant un cadre méthodologique rigoureux.

Enfin, « l'utilisation d'un tel procédé dans le contexte de la recherche en soins de santé est particulièrement pertinente lorsqu'il s'agit d'explorer les points de vue, croyances, attitudes ou expériences des patients, praticiens ou autres intervenants » (Kohn & Christiaens, 2014). Dans cette étude, cela permettra de mieux comprendre comment les ergothérapeutes perçoivent leur rôle dans le soutien à la co-occupation mère-bébé et quelles stratégies ils mettent en œuvre pour accompagner ces dyades.

E. Outils

Pour répondre à ma question de recherche, j'ai choisi d'utiliser un guide d'entretien comme outil principal de collecte de données. Plus qu'une simple liste de questions, le guide d'entretien fournit un cadre général structuré pour l'échange (Claude, 2019). Il me permettra de recueillir des données empiriques riches et diversifiées, en abordant des thèmes liés à notre cadre conceptuel (Chevalier & Meyer, 2018 ; Poché, 2020). L'utilisation de questions ouvertes favorisera l'expression libre des participants, enrichissant ainsi les informations recueillies (Poché, 2020). Conformément à une démarche rigoureuse, ce guide servira de support pour structurer et dynamiser l'entretien, tout en laissant une flexibilité permettant d'adapter l'ordre des questions et de favoriser un échange stimulant (Chevalier & Meyer, 2018).

V. Objectivité et éthique

A. L'objectivité

L'objectivité scientifique est un idéal qui vise à produire des résultats indépendants des opinions personnelles du chercheur (Grossmann, 2017 ; Giroux, 2018). Selon Giroux (2018), l'objectivité implique de faire abstraction des opinions personnelles et des motivations du chercheur pour garantir une évaluation neutre des faits. Selon Max Weber, philosophe, sociologue et économiste qui a introduit le concept, ce principe se manifeste par la neutralité axiologique, laquelle requiert l'absence de jugement de valeur dans l'interprétation des faits (Juignet, 2021). Cette posture permet au chercheur de rompre avec le sens commun et d'interroger l'origine des évidences apparentes (Feldman, 2002).

Cependant, il est reconnu que la subjectivité est inévitable dans toute recherche, en particulier dans les approches qualitatives (Girard et al., 2015). En effet, les expériences personnelles, la culture et l'éducation du chercheur influencent inévitablement sa perception des faits sociaux (Girard et al., 2015). Comme le souligne Chiseri-Strater (1997, cité dans Girard et al., 2015), « la dimension subjective est incontournable dès lors que tous les chercheurs ont des opinions ». Ainsi, l'objectif n'est pas d'éliminer totalement cette subjectivité, mais de la reconnaître, de la réguler ou de l'intégrer comme une donnée à analyser (Morrow, 2005).

Dans cette recherche, un travail de neutralité est d'autant plus primordial que la question posée émerge d'un contexte personnel et familial observé, dont j'ai pleinement conscience. Cette proximité avec la problématique peut influencer, même de manière implicite, la façon dont les données sont recueillies et interprétées. Ainsi, une vigilance constante est nécessaire pour éviter toute projection ou interprétation biaisée, en gardant à l'esprit les exigences méthodologiques propres à une posture réflexive. La reconnaissance du biais est donc essentielle pour garantir une lecture prudente des résultats. Par ailleurs, le faible nombre d'ergothérapeutes participant à l'étude pourrait refléter une diversité limitée des pratiques professionnelles ou des perspectives sur le soutien à la co-occupation mère-bébé dans le cadre d'un trouble bipolaire. Par conséquent, il est nécessaire d'envisager ces résultats comme une première exploration plutôt que comme une généralisation.

B. L'éthique

L'éthique de la recherche regroupe un ensemble de principes destinés à encadrer les pratiques scientifiques tout en respectant les droits et la dignité des participants (Faculté Sociétés et

Humanités). Ces principes incluent notamment le respect de l'autonomie individuelle, le consentement libre et éclairé, ainsi que la protection de la vie privée et de la confidentialité (Conseil national du développement des SHS, 2001).

Dans ce contexte, il est essentiel que le chercheur adopte une posture réflexive tout au long du processus de recherche. Cela implique d'interroger, non seulement, les finalités et les méthodes utilisées, mais aussi les conséquences potentielles du projet (Faculté Sociétés et Humanités). Par exemple, pour cette étude, les participants sont informés des objectifs de la recherche et signent un formulaire de consentement libre et éclairé garantissant leur anonymat. Les données collectées seront détruites après analyse afin de respecter les principes éthiques moraux (Martineau, 2007).

De plus, l'éthique ne se limite pas à protéger les participants ; elle s'étend également à la responsabilité sociale du chercheur (Mager, 2020). Dans cette perspective, l'adoption d'une méthodologie critique permet d'élargir la réflexion éthique en questionnant les structures sociales et institutionnelles qui accueillent et/ou accompagnent les mères souffrant d'un trouble bipolaire.

VI. Présentation et analyse des résultats

L'analyse des données qualitatives issues des entretiens a été conduite selon la démarche proposée par Krief et Zardet (2021), afin d'en garantir la rigueur et la traçabilité. Chaque entretien a d'abord été retranscrit dans son intégralité, constituant ainsi un corpus fidèle au terrain et exploitable pour l'analyse. Cette étape assure l'accessibilité des données et permet leur traitement ultérieur. L'analyse a reposé sur une lecture attentive des transcriptions, suivie d'un "codage" manuel visant à identifier les unités de sens en lien avec les thématiques de recherche. Ce codage a été réalisé dans le respect des propos recueillis, afin de préserver leur authenticité. Une grille thématique a ensuite été utilisée pour organiser les données de manière structurée et faciliter la comparaison entre les entretiens. Des extraits verbatim ont été mobilisés tout au long de l'analyse afin d'illustrer les propos et d'ancrer l'interprétation dans la réalité du terrain. Cette méthode permet une compréhension fine et nuancée des enjeux abordés, tout en respectant les exigences méthodologiques propres à la recherche qualitative (Krief et Zardet, 2021).

Dans le cadre de cette recherche, nous présenterons l'analyse de quatre entretiens. Afin de garantir l'anonymat des professionnelles interrogées exerçant en unité mère-bébé, nous ne

mentionnerons que leur pays d'exercice et nous utiliserons des identités modifiées, comme suit :

- Une ergothérapeute exerçant en France, désignée par la lettre E ;
- Une auxiliaire de puériculture (France), désignée par la lettre AP ;
- Une psychomotricienne (France), désignée par la lettre P ;
- Une professionnelle ergothérapeute-psychomotricienne (Belgique), désignée par les initiales EP.

Dans un souci de fluidité et de compréhension, il est à noter que certains verbatims ont été résumés, en conservant l'idée originelle des professionnelles interrogées.

A. Analyse verticale

E est ergothérapeute depuis 23 ans, a eu une expérience diversifiée dans différents secteurs (gériatrie, avec des patients atteints de VIH et de séquelles neurologiques), avant de rejoindre l'UMB lors de sa création, il y a 10 ans, dans laquelle elle travaille à temps partiel. Bien qu'elle ait acquis une riche expérience, elle souligne l'absence de formation spécifique en psychiatrie périnatale et précise que la place de l'ergothérapie dans ce domaine reste à défendre. De plus, elle fait face à des tensions interprofessionnelles, qui influencent son travail quotidien.

L'ergothérapeute décrit une diversité de situations auprès des mères hospitalisées : la phobie d'impulsion de « mamans qui ont peur de passer à l'acte. 95 % des cas ne passent pas à l'acte, mais cette peur prend le dessus sur tout le reste. » ; le sentiment de jugement social est également un obstacle majeur dans l'accompagnement des mères. E rapporte qu'« elles ont l'impression que si elles le lâchent, on va dire qu'elles sont de mauvaises mères. » ; le décalage entre les attentes idéalisées de la maternité et la réalité vécue, source de confusion et de perte de repères ; le manque de sommeil et la fatigue et la non-compréhension des pleurs.

E précise qu'une réflexion importante s'est posée quant à sa place au sein de l'UMB.

Elle reconnaît que les mères, dans cet environnement, se sentent souvent observées et évaluées dans leurs gestes quotidiens avec leur enfant. Elle évoque cette atmosphère comme « violente », marquée par des questions répétées sur les actions des mères : « Est-ce qu'il a mangé ? Est-ce qu'il a bu ? Est-ce que vous avez bien donné ceci ou cela ? » Face à cette pression constante, E choisit de s'orienter vers une approche plus centrée sur la femme en tant que personne, plutôt que sur son rôle de mère. Elle propose ainsi des activités qui visent à renforcer l'identité personnelle de la mère, indépendamment de sa fonction maternelle. Par exemple, elle organise

des créations destinées à décorer la chambre du bébé ou des objets personnels comme des bijoux ou des marque-pages. Ces activités ont pour objectif de permettre aux mères de se reconnecter à elles-mêmes, au-delà de la maternité.

Elle met également l'accent sur la nécessité de créer des espaces d'échange et de solidarité entre les mères, comme le projet collectif de mandala, qui permet de renforcer la cohésion tout en respectant les spécificités individuelles : « Chaque mère colorie une partie avant de recomposer un motif commun, symbolisant à la fois les différences et l'unité du groupe. »

Par ailleurs, elle évoque l'importance d'adapter « les propositions en fonction des capacités et de la disponibilité psychique des patientes ». Ce type de démarche s'inscrit dans une logique d'« espace potentiel », permettant un engagement progressif dans des activités symboliques, selon les besoins et les capacités du moment.

Cette professionnelle défend l'idée que les mères ont le droit de ne pas être uniquement dans leur rôle maternel à tout moment, et qu'il est légitime de s'autoriser des temps pour soi, en tant que femme. Elle pense que cette approche permettrait un meilleur retour vers la fonction maternelle par la suite, en privilégiant une logique de « qualité » du lien plutôt que de « quantité ». Elle valorise l'idée que soutenir la femme dans sa singularité, c'est soutenir la mère et elle le rappelle à travers des phrases simples qu'elle partage parfois avec les patientes : « Être un parent imparfait, c'est le plus beau cadeau que vous puissiez faire à votre enfant » ; ou encore : « Le fait d'avoir besoin d'aide ne fait pas de vous une mauvaise mère ». Par ce procédé, elle explique essayer de contrecarrer les discours culpabilisants et à ouvrir un espace de droit à l'erreur, souvent absent dans l'expérience des patientes.

Un autre aspect mis en lumière concerne la posture professionnelle : l'ergothérapeute indique qu'elle n'est pas mère elle-même, et considère que cette position lui permet d'aborder les patientes sans jugement ni projection personnelle sur la maternité. Elle précise qu'elle valorise cette posture d'écoute et de neutralité, en opposition à certaines attitudes observées chez d'autres intervenants, qui peuvent imposer leurs propres représentations.

L'ergothérapeute souligne des difficultés organisationnelles dans le cadre de l'accompagnement des mères comme l'absence de relais pour le bébé lorsqu'elle est en séance d'ergothérapie, ce qui peut parfois compliquer l'engagement des mères. Elle met également en évidence une difficulté liée à la reconnaissance des séances d'ergothérapie, qui peuvent être

perçues comme moins prioritaires au sein de l'unité mère-bébé, malgré leur rôle essentiel dans le soutien à la mère.

Enfin, dans le discours de E, la place du père apparaît comme marginale dans les pratiques quotidiennes de l'unité mère-bébé. E admet ne pas en tenir compte systématiquement. Elle explique également que « c'est arrivé une fois ou deux que le papa se trouve dans la même salle que nous et c'est presque déroutant. Ça dépend à quel point le papa est adapté ou pas. »

AP est auxiliaire puéricultrice et travaille depuis un an dans l'unité mère-bébé, après y avoir effectué un stage lors de sa formation. Avant d'intégrer ce service, elle a exercé pendant huit ans en crèche. Cette professionnelle indique ne pas avoir bénéficié de formation spécifique en psychiatrie périnatale et qu'il n'en existe pas à sa connaissance.

Dans sa pratique quotidienne, AP est très présente au début de l'accompagnement. Elle décrit cette phase comme un « relais total » auprès de la mère, même lorsque celle-ci « est en capacité » de s'occuper de son enfant. Elle justifie cela par le besoin pour la mère de « se reposer », de « prendre du temps » pour elle-même. Elle explique que « progressivement », elle lui redonne une place dans les soins du quotidien, dans une logique de réappropriation de son rôle. AP précise que son rôle, tout comme celui de l'infirmière, est très « centré sur le bébé ».

Selon son expérience, « c'est compliqué [pour les mères] de détecter les pleurs des bébés. » La mère « ne saura pas déjà pourquoi il pleure » et se sentira « dépassée », ne sachant pas comment y répondre. AP observe qu'en phase dépressive, les mères souffrent souvent d'un grand épuisement par « le manque de sommeil ». Elle précise que les périodes nocturnes, en particulier, sont vécues comme très compliquées, ce qui rend difficile la prise en charge de leur bébé. Une autre difficulté repérée par AP est que les mères peuvent souvent avoir du mal à manifester de l'affection, car elles « sont incapables de ressentir quoi que ce soit fait pour leur bébé ». AP souligne que le bébé perçoit les émotions de sa mère : s'il sent une détresse ou une insécurité, cela peut générer de l'agitation. C'est pourquoi il lui semble important d'aider les mères à identifier les différents types de pleurs (faim, inconfort, besoin de contact, pleurs de décharge) et à comprendre que la communication avec leur bébé est essentielle. Elle précise que beaucoup de mères pensent, à tort, que leur enfant ne les comprend pas. Elle les incite donc à lui parler, à partager des moments, à créer du lien verbal et affectif, car cela contribue à rassurer l'enfant.

Dans les cas de psychose puerpérale, AP explique que les mères sont souvent séparées très tôt de leur bébé, parfois dès l'accouchement, « donc il n'y a pas le lien en fait qui va être créé ». D'après elle, certaines femmes ne ressentent aucun attachement ni émotion envers leur enfant. Elle évoque un « vide émotionnel » et un manque d'interactions précoces, nécessitant par la suite un travail de reconstruction du lien.

La professionnelle indique que des réunions hebdomadaires ont lieu chaque lundi afin de discuter de la situation des patientes et que des entretiens familiaux soient organisés, bien qu'il n'y ait pas de visite à domicile dans ce service. AP mentionne également des échanges ponctuels avec les pères, notamment lorsqu'ils prennent le relais avec l'enfant à la maison. Ils échangent sur ce qui a fonctionné à domicile et « donne des petites pistes ».

P est psychomotricienne depuis dix ans. Cette professionnelle travaille au sein de l'unité mère-bébé depuis juin 2021, à mi-temps. Avant cela, elle exerçait en pédopsychiatrie auprès d'adolescents. Elle ne dispose pas de formation spécifique en psychiatrie périnatale, mais manifeste un intérêt pour se former au massage bébé et au portage, qu'elle identifie comme des médiations pertinentes à proposer aux mères hospitalisées. Elle souligne que son expérience personnelle de la maternité constitue un appui dans sa pratique.

P observe que les difficultés des mères sont liées aux symptômes de la maladie et en fonction de la phase avec un rapport à la réalité est altéré. Par conséquent, cela rend la mise en lien avec le bébé difficile, voire problématique : « Elles vont avoir des idées ou des façons de penser un peu particulières ». En « phase dépressive », « c'est comme les mamans en dépressions du post-partum, on a les mêmes types de symptômes », elles sont « déprimées, elles n'arrivent pas à sortir de son lit, elles n'arrivent pas à se mobiliser » et donc « pas en lien » avec le bébé. Elle évoque des mères « au fond du trou » ou à l'inverse, en position de toute-puissance psychique lors de la phase up, ce qui perturbe la manière de « porter psychiquement » l'enfant. De ce fait, elle insiste sur la vigilance que cela requiert de la part des professionnels, notamment en termes de sécurité pour l'enfant. Elle remarque également que les mères souffrant de troubles psychiques s'interrogent souvent, parfois sans le verbaliser, sur leur aptitude à être mère, à offrir des soins adaptés, à se reconnaître elles-mêmes dans ce nouveau rôle. Aussi, P considère le dialogue tonico-émotionnel, comme le premier langage entre le parent et le bébé. Elle explique que l'état tonique de la mère influence directement la qualité de la relation : une mère hypotonique, souvent en état dépressif, aura du mal à engager son bébé dans une relation vivante

et stimulante. À l'inverse, pour P, une mère hypertonique pourra induire une hypervigilance chez l'enfant, des troubles du sommeil ou des difficultés à se détendre.

Dans sa pratique, elle intervient à différents niveaux, en fonction de l'état psychique de la mère. En phase aiguë, elle parle de situations de relais total, où l'équipe prend en charge l'ensemble des soins de l'enfant, sur indication médicale. Cette prise en charge inclut les actes techniques (biberons, changes...), ainsi que le lien verbal et affectif avec le bébé : « On parle au bébé, ce n'est pas juste lui changer la couche ». Lorsque l'état de la mère le permet, elle propose des temps d'éveil au tapis dans le but de soutenir l'émergence de la relation. Sinon elle le fait seul, pour veiller au « bon développement psychomoteur de l'enfant ». Par ailleurs, elle utilise des médiations comme le portage. Elle propose à certaines mères de porter leur bébé « en écharpe », afin qu'elles fassent l'expérience de leur capacité à apaiser leur enfant. Elle constate que ces expériences ont un fort pouvoir de valorisation cela renforce la confiance dans leurs compétences parentales : les mères se sentent compétentes, parfois pour la première fois depuis la naissance de leur bébé. Certaines demandent même à être « prises en photo avec leur bébé » en portage. De ce fait, « tu les valides un peu dans leurs compétences, parce que les mamans qui ont des troubles psychiques, elles se posent quand même beaucoup de questions, je pense, fondamentalement, sur leur compétences maternelles ».

Enfin, P évoque la place du co-parent et de l'environnement familial. Elle indique que l'équipe recueille des informations via des entretiens familiaux. Cependant, elle trouve que l'absence de visites à domicile est dommageable, car cela permettrait de mieux évaluer le contexte de vie des mères.

EP est ergothérapeute et psychomotricienne. Cette professionnelle travaille depuis cinq ans dans la même institution en Belgique. Tout d'abord, en tant qu'ergothérapeute pendant 3 ans dans les services de psychogériatrie, neurologie, physiothérapie, psychiatrie. Elle a ensuite intégré l'unité mère-bébé qui est un hôpital de jour, en tant que psychomotricienne depuis deux ans et demi. Cependant, elle explique conserver ses 2 approches complémentaires. EP explique que dans sa structure, elles sont 3 professionnels à avoir la casquette d'ergothérapeute et psychomotricienne. À ce jour, EP exerce sur deux sites, en hôpital de jour (HJ) et en service de santé mentale (SSM).

Dans la structure, il existe 4 modalités de prises en charge : l'hôpital de Jour, en ambulatoire (SSM), l'hospitalisation complète de la mère dans un des services de l'hôpital avec des

rencontres entre la mère et le bébé qui se déroulent à l'hôpital de jour et une équipe mobile à domicile.

EP n'a pas suivi de cursus spécifique en psychiatrie périnatale. Elle précise que l'accès à la formation s'est complexifié depuis la crise sanitaire.

Dans sa pratique, EP a déjà accompagné des femmes souffrant d'un trouble bipolaire ou de psychoses post-partum. Elle précise que, depuis 2021, le service s'est recentré sur des pathologies dites « plus légères », bien que certains cas nécessitent encore une hospitalisation. EP observe que les situations de décompensation sévère sont plus rares, mais elle a déjà été confrontée à des cas de décompensation bipolaire et psychotique. Elle indique que « lorsque les mamans se présentent à nous et que la situation demande des soins plus conséquents, nous renvoyons les mamans vers une unité parents-bébé. Il en existe peu au sein de la Belgique avec des conditions d'admissions précises ».

Selon EP, les principales difficultés rencontrées par les femmes en post-partum relèvent souvent de la gravité de la décompensation et sont donc variées : troubles de l'attachement, peur de mal faire, sentiment de culpabilité, phobies d'impulsion, difficultés à jouer, fatigue intense, troubles de l'attention, idées maniaques, etc. EP explique que l'adaptation constante aux besoins du bébé est source de questionnements et de fatigue, et que les conséquences pour l'enfant peuvent être multiples (troubles moteurs, troubles de l'interaction, somatisations).

Elle souligne que le travail en tant qu'ergothérapeute est d'intervenir principalement sur la mère, ses motivations et ses envies.

Le travail sur les co-occupations, c'est-à-dire les interactions et le lien entre la mère et son bébé, est central dans la pratique d'EP, mais que cet aspect est également travaillé par les autres professionnels : infirmière, kinés, psychologues. Elle s'appuie sur la méthode Esther Beck, « une méthode d'observation fine » des interactions mère-bébé, permettant d'analyser les situations et d'identifier les éléments déclencheurs ou facilitateurs de la relation. EP veut tendre vers « des petits moments de qualité » plus que de quantité.

Elle intervient à travers des activités partagées telles que des moments de jeu, soins (bain, massage, change), séances Snoezelen, groupes de parole, art-thérapie, relaxation, yoga-danse, écriture, psychodrame, ainsi que des moments individuels (entretiens psychologiques, massages). Cet accompagnement est gradué, adapté à la disponibilité psychique des mères. Elle décrit sa stratégie d'intervention comme un soutien au lien, parfois symbolisé par le fait de « parler à la place de l'enfant » pour renforcer l'engagement de la mère dans l'interaction ou de la remplacer si c'est trop compliqué.

Pour renforcer le sentiment d'efficacité parentale, EP met en avant l'importance de valoriser les compétences des mères, de nommer les réussites observées, et de travailler autant sur la personne que sur le parent. Elle explique qu'il y a une nécessité à donner du sens à l'expérience parentale et de mieux se connaître pour renforcer la confiance en soi.

L'accompagnement prend également en compte l'environnement global de la mère, avec une attention portée au co-parent avec la mise en place de « groupe papas » et des réunions de coordination qui peuvent être organisées avec la famille ainsi que des visites à domicile. Mais ce temps n'est pas consacré à l'évaluation de l'environnement physique.

EP ne perçoit pas de freins majeurs à l'exercice de l'ergothérapie en psychiatrie périnatale. Elle souligne au contraire la richesse du travail en équipe pluridisciplinaire, où la complémentarité des approches professionnelles constitue, selon elle, une véritable force. Pour EP, la distinction entre l'intervention de l'ergothérapeute et celle du psychomotricien tient principalement à la philosophie propre à chaque métier : l'ergothérapeute adopte une approche davantage axée sur le développement et la stratégie, tandis que le psychomotricien s'oriente vers une lecture plus émotionnelle, symbolique et corporelle de la relation. Pour autant, EP précise que cette distinction reste souvent subtile sur le terrain, les deux disciplines se rejoignant dans leur objectif commun de soutien aux compétences parentales et à la relation mère-enfant.

B. Analyse horizontale

1. Trouble bipolaire post-partum : quelles difficultés pour les mères ?

Toutes les professionnelles interrogées ont déjà rencontré des cas de mères souffrant de trouble bipolaire et de psychose puerpérale, bien que ces situations restent peu fréquentes. E, AP et P exercent dans une unité (d'hospitalisation) mère-bébé, mais qui n'accueille plus les dyades le week-end, tandis que EP exerce dans une **unité de prise en charge spécifique mère-enfant (HJ)**. Cela implique « d'avoir des pathologies plus « légères » » (EP, 2025) et qu'« il faut qu'elles soient en capacité de retourner chez elles le week-end » (P, 2025).

P et EP s'accordent sur les difficultés liées à la pathologie, qui est « propre à toutes les phases » (P, 2025), et qui « sont diverses et dépendent autant de la maman [et] de son fonctionnement dans la maladie » (EP, 2025). Toutes s'accordent sur les difficultés majeures rencontrées par ces mères, notamment la fatigue décrit également par Hamelin-Brabant et al. (2015), les troubles du lien mère-bébé, la peur d'être une « mauvaise mère », et d'être jugée. E et AP expliquent que « l'interprétation des pleurs » (E & AP, 2025) est difficile, et AP ajoute qu'elles « sont dépassées » (AP, 2025).

Selon les professions, certaines relèvent d'autres particularités, comme P qui parle d'un problème de « dialogue tonico-émotionnel » et du fait qu'« elles n'arrivent pas à porter psychiquement l'enfant » (P, 2025). Pour **P** et **AP**, il faut également être « vigilants » quant à la sécurité de l'enfant et de l'entourage.

E et **EP** mettent quant à elles l'accent sur la culpabilité et la phobie d'impulsion : « Mais cette peur, elle prend le dessus sur tout le reste » et sur le fait qu'elles « n'ont pas confiance en leurs compétences » (E, 2025). Pour **EP**, « la principale difficulté est de finalement réussir à s'accorder avec son bébé et de savoir que l'accordage fluctue avec le temps » (EP, 2025).

Les perturbations observées se répercutent dans les soins, le jeu et les interactions du quotidien. D'après Pierce (2009), la co-occupation est une occupation de nature interactive qui influence réciproquement les occupations des personnes impliquées. De plus, selon l'ANFE (2020), elle désigne les activités partagées entre le parent et l'enfant. On peut donc conclure que le trouble bipolaire périnatal impacte la qualité et la stabilité de la co-occupation mère-bébé, et ce, quel que soit le professionnel interrogé.

2. Accompagner la co-occupation mère-bébé : stratégies et activités partagées en psychiatrie périnatale

Aucune des participantes ne cite explicitement le terme de soutien à « la co-occupation ». D'ailleurs, **E** précise qu'elle n'est « pas formée aux sciences de l'occupation », qu'elle « comprend le principe, mais ce sont des termes [qu'elle] n'utilise pas au quotidien » (E, 2025).

E explique avoir eu une « réflexion importante [...] quant à sa place au sein de l'unité mère-bébé », ce qui l'a conduite à faire le « choix de se centrer sur la femme et non sur la mère », « car déjà d'autres professionnels » s'occupent du bébé ou de la dyade. Elle déplore également une atmosphère « violente », en raison de l'observation constante et de l'évaluation des mères, qu'elle remet en question (E, 2025).

De son côté, **EP** « propose des moments de jeu, des moments de soins comme le bain, le changement de couche, massage, du snoezelen etc., des moments plus informels avec d'autres mamans » (EP, 2025). Elle explique également utiliser la méthode Esther Beck : « C'est une méthode d'observation du bébé et de la maman », qui est « une analyse très fine de la situation ». Cette méthode est considérée comme « un arrière-plan utile » par Dugnat & Gouzvinski (2016). Les deux ergothérapeutes évoquent la « notion de qualité et non pas de quantité » (EP & E, 2025).

P, quant à elle, se concentre principalement sur le développement du bébé, tandis qu'**AP** travaille davantage autour de la dyade et des soins productifs, avec une stratégie progressive visant à « redonner la place à la maman ».

Le positionnement professionnel influe fortement sur les modalités de soutien : certains se centrent sur la femme (E), d'autres sur le bébé (P), ou encore sur la dyade mère-bébé (AP, P). Cependant, toutes précisent qu'elles cherchent à renforcer le lien mère-bébé et à restaurer la compétence parentale, que ce soit par des actions concrètes directes ou indirectes.

3. Mise en place de routines flexibles et soutien à l'organisation du quotidien

La mise en place de routines partagées avec le bébé est rarement évoquée en tant que telle par les professionnelles. Pour **E**, « les routines c'est pas quelque chose que moi, je vais mettre en place », soulignant que l'accompagnement se fait souvent dans des contextes de crise, « pour beaucoup, on est quand même dans le moment le plus aiguë d'une maladie » (E, 2025). L'instabilité de l'état psychique des mères constitue donc un frein majeur à l'instauration de repères stables. Cette situation illustre les défis de l'évaluation écologique, qui, selon Guihard (s.d.), nécessite une prise en compte des conditions réelles de vie et des fluctuations contextuelles de l'individu.

Certaines difficultés systémiques sont également mises en avant. **E** évoque un manque de souplesse dans l'organisation des soins et des interférences avec d'autres prises en charge (soins somatiques, psychothérapie), mais aussi l'absence de relais en cas d'épuisement. Elle explique que « certaines mères, si elles manquent un rendez-vous, elles n'osent pas revenir », alors que d'autres nécessitent « un cadre plus souple pour pouvoir s'engager » (E, 2025). L'évaluation écologique, telle que décrite par Caire et al. (2012), prône justement des approches flexibles, adaptées aux conditions spécifiques de chaque individu et à leur environnement immédiat, afin de surmonter ces difficultés systémiques et de promouvoir un accompagnement réaliste et accessible (Caire et al., 2012).

Par ailleurs, **E** indique que les routines sont souvent imposées par l'organisation structurelle, comme les « repas fixés », et ajoute : « Je ne sais pas à quel point on leur propose de reproduire ça le week-end, de se faire leur propre routine » (E, 2025) et que ce rôle reviendrait certainement davantage aux infirmières puéricultrices.

À l'inverse, **P**, **AP** et **EP** adoptent une posture d'accompagnement progressif. Elles adaptent leur présence et leur implication selon l'état de la mère : « On accompagne soit en relais total, soit en relais partiel », explique **AP**. Lorsqu'une mère arrive et présente un état de grande fatigue ou de désorganisation, l'équipe prend en charge les soins du bébé : « Gérer l'enfant, c'est les biberons, les couches, le sommeil... puis lui parler » (P, 2025). **EP** décrit une évolution graduelle de l'implication maternelle : « Au fur et à mesure qu'on voit que ça va, on va lui laisser la place, et on se retire », avec la mise en place d'« objectifs évolutifs » et « un accompagnement de moins en moins conséquent » (EP, 2025). Cette démarche s'apparente à l'approche écologique de l'ergothérapie, qui, selon le Ministère de la Santé et des Sports (2008), consiste à « concevoir des scénarios réalistes et évolutifs, en tenant compte du contexte de vie de l'individu et de ses capacités fluctuantes » (ministère de la Santé et des Sports, 2008). Ces modalités favorisent une reprise progressive du rôle maternel en tenant compte des capacités fluctuantes de la mère.

4. Compétences parentales et soutien à la parentalité

Les professionnelles interrogées soutiennent les mères dans leur rôle maternel de manière différente selon leur positionnement et leur cadre d'intervention, mais toutes reconnaissent l'importance de renforcer la confiance et le sentiment de compétence parentale.

E précise avoir fait le « choix de [se] centrer sur la femme plus que la mère », insistant sur « le droit d'être femme avant d'être mère ». Elle valorise la reconnaissance de leurs besoins propres et l'acceptation de l'aide comme « un acte de responsabilité ». À travers des « ateliers où elles font des choix », elle cherche à « les valoriser » et à créer un « espace potentiel », selon les termes de Winnicott, « selon les besoins et les capacités du moment ». Elle remarque que « les femmes s'autorisent à parler », signe d'un cheminement vers une meilleure estime de soi (E, 2025).

Sur ce point, sa pratique rejoint celle d'**EP**, qui s'appuie également sur des espaces d'expression collective, comme les groupes d'art-thérapie, relaxation, yoga-danse, écriture ou psychodrame. Ces médiations permettent aux mères de partager leurs difficultés, de sortir de l'isolement, et de se reconnaître dans une expérience commune : « Je ne suis pas la seule à connaître des difficultés ». Elle souligne que ces moments peuvent « travailler d'autres thématiques mais qui finalement vont avoir un impact sur la parentalité ». Elle explique aussi « nommer ce que l'on voit en parlant à la place de l'enfant quand l'enfant revient vers eux pour un câlin par exemple » pour aider les mères à comprendre leur enfant. Tout cela permet de « renforcer les

compétences » (EP, 2025). Cette idée est également partagée par Rice & Downey (2024), ergothérapeutes américaines en santé mentale périnatale, qui expliquent que se connecter avec des parents partageant des expériences similaires peut influencer la santé mentale. 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 de la part d'autres parents du groupe (Rice & Downey, 2024).

P soutient les mères à travers des gestes concrets, notamment en leur montrant des pratiques de soins : « Je vais lui proposer justement un temps de portage pour lui montrer qu'elle a la capacité, en tant que maman, à apaiser son enfant ». Elle souligne que certaines « s'en emparent », « demandent l'écharpe », « sont contentes » et « demandent que je les prenne en photo », témoignant de leur fierté et de la validation de leurs compétences : « Tu les valides un peu dans leur compétence, parce que les mamans qui ont des troubles psychiques, elles se posent quand même beaucoup de questions [...] sur leur compétence maternelle » (P, 2025).

AP évoque l'importance de la communication avec le bébé : « On leur dit, on leur répète aussi que quand vous n'allez pas bien, ils le ressentent ». Elle insiste sur le fait de « mettre des mots sur votre émotion », car cela « les rassure ». Elle observe que « beaucoup de mamans ne comprennent pas que la communication avec leur bébé, c'est très important », pensant à tort que « les bébés ne comprennent pas », alors qu'« ils comprennent très bien » (AP, 2025) (Rice & Downey, 2024).

5. L'environnement holistique de la mère : focus sur le co-parent

La prise en compte du co-parent dans l'accompagnement des mères souffrant de troubles psychiatriques varie selon les professionnelles, mais aussi selon les contextes institutionnels. **E**, **P** et **AP** témoignent d'une présence relativement marginale du père, souvent indirecte ou ponctuelle, tandis que **EP** décrit une démarche plus intégrée et systémique, incluant des dispositifs spécifiques à leur contexte.

E reconnaît qu'elle prend « rarement compte du papa », ajoutant que sa présence est parfois improvisée : « Des fois, il y a des papas qui sont en visite [...] c'est arrivé une fois ou deux que le papa se trouve dans la même salle que nous et c'est presque dérangent ». Elle justifie cette absence en soulignant qu'« il y a déjà le rendez-vous du psychologue, il y a déjà le rendez-vous du psychiatre, qui aborde ces choses-là », ce qui laisse peu de place à l'ergothérapeute pour intervenir directement auprès du co-parent (E, 2025). Et **P** et **AP**, reconnaissent aussi un rôle

secondaire du père, mais cherchent à l'intégrer lorsque cela est possible. **AP** explique que « les papas, ils peuvent venir, comme il y a le bébé [...] des fois on peut échanger, s'ils ont des questions » et qu'il peut y avoir « des entretiens familiaux » (AP, 2025). **P** précise qu'« on n'a jamais de visite à domicile, ce qui est bien dommage » (P, 2025).

La structure dans laquelle travaille **EP** semble laisser plus de place au co-parent « on essaye toujours d'avoir une vision globale de la situation » en questionnant l'entourage : « Qui s'occupe de l'enfant quand ça ne va pas ? Si le conjoint est présent, est-il soutenant ou pas ? » Puisqu'il a un rôle de soutien actif envers la mère dans ses nouvelles fonctions maternelles (Mosca & Garnier, 2015). Elle évoque également que des entretiens familiaux sont régulièrement réalisés pour mieux comprendre l'histoire de la mère et « comment l'accompagner » et la présence d'un groupe spécifiquement dédié aux pères, conçu comme un espace de parole : « ce n'est pas un groupe de psychoéducation mais un groupe qui permet de voir comment ils vivent tout ce qui leur arrive », notamment « l'hospitalisation de leur compagne ou la difficulté de leur rôle de père ou d'aidant » (EP, 2025). Cette vision holistique de la situation est également partagée par Rice et Downey (2024).

VII. Discussion

Cette section nous permettra de discuter des hypothèses liées à la question de recherche, ainsi que des thématiques soulevées par les ergothérapeutes lors des entretiens, mais qui n'avaient pas été mises en lumière dans notre cadre conceptuel initial. Elle abordera également les limites et les biais liés à cette démarche d'initiation à la recherche. Enfin, nous concluons en évoquant les perspectives que ces résultats ouvrent pour la pratique et la recherche en ergothérapie.

A. La validation ou réfutation des hypothèses

Les résultats de la recherche ayant été analysés, nous allons maintenant nous intéresser à la validation ou à la réfutation des hypothèses formulées, afin de répondre à la question de recherche :

« Comment l'ergothérapeute soutient-il la co-occupation des mères souffrant d'un trouble bipolaire, survenu en post-partum, avec leur bébé durant la période de périnatalité en psychiatrie périnatale ? »

Afin de répondre à cette problématique, trois hypothèses de recherche ont été émises :

Hypothèse 1 :

1. « L'ergothérapeute collabore avec la mère pour établir des routines quotidiennes flexibles qui s'adaptent aux fluctuations de l'humeur liées au trouble bipolaire, tout en répondant aux besoins du bébé. »

Hypothèse 2 :

2. « L'ergothérapeute renforce la confiance de la mère dans ses compétences parentales en proposant des mises en situation écologiques, permettant ainsi de maintenir son rôle maternel. »

Hypothèse 3 :

3. « L'ergothérapeute accompagne le co-parent en lui transmettant des informations adaptées sur les besoins du bébé et sur les répercussions liées à la pathologie de la mère, afin de l'aider à soutenir la co-occupation entre la mère et son bébé. »

1. Retour sur la première hypothèse

Contrairement à la littérature (Rice & Downey, 2024), l'entretien avec **E**, révèle que la mise en place de routines partagées avec le bébé n'est pas un objectif central de l'ergothérapie dans ce contexte. **E** précise que l'accompagnement s'effectue souvent dans des situations de crise aiguë, où la priorité est donnée à la gestion de l'état psychique instable des mères, ce qui rend difficile l'instauration de repères stables. Comme elle le souligne, « pour beaucoup, on est quand même dans le moment le plus aigu d'une maladie », ce qui limite la possibilité d'instaurer des routines quotidiennes régulières. De plus, il semble que s'il y avait la possibilité de transposer ces routines à la maison, « ce serait plus abordé par les infirmières puer ». Cela montre que la construction des routines quotidiennes flexibles ne semble pas être au cœur de la pratique de l'ergothérapeute en psychiatrie périnatale. L'instabilité de l'état psychique des mères, combinée à des contraintes organisationnelles, empêche l'instauration de repères réguliers et rend cette hypothèse moins pertinente dans le contexte spécifique de l'accompagnement des mères souffrant d'un trouble bipolaire en post-partum.

Cela nous permet de **réfuter** la première hypothèse.

2. Retour sur la deuxième hypothèse

L'analyse horizontale montre que les ergothérapeutes contribuent au renforcement du sentiment de compétence parentale, bien que l'outil des « mises en situation écologiques » ne soit pas

mobilisé ou explicité comme tel (Caire et al., 2012 ; Guihard, s.d. ; Ministère de la Santé et des Sports, 2008). Ce renforcement passe par des médiations symboliques, corporelles ou expressives centrées sur la mère ou la femme, mais qui ont un impact indirect voire direct sur le lien mère-enfant. Ainsi, **EP** met en place des médiations collectives (yoga-danse, art-thérapie, etc.) qui renforcent la confiance des mères dans leur capacité à comprendre et à répondre à leur bébé, par exemple (Rice & Downey, 2024). Quant à **E**, bien qu'elle centre d'abord son intervention sur la femme, cette approche permet indirectement de renforcer les compétences parentales, notamment « par des ateliers où [les mères] font des choix et sont valorisées », ainsi que par la légitimation du besoin d'aide. Cela nuance l'hypothèse émise : ce n'est pas l'outil des mises en situation écologiques qui est utilisé pour renforcer les compétences, mais celles-ci constituent bien un objectif commun aux deux ergothérapeutes.

Cela nous permet de **valider partiellement** la seconde hypothèse.

3. Retour sur la troisième hypothèse

E explique que dans sa pratique, elle prend « rarement compte du papa » et souligne que sa présence, lorsqu'elle survient, peut être « dérangeante ». Elle attribue à d'autres professionnels le rôle d'accompagner le co-parent (psychologue, psychiatre). Cependant, **EP** peut être amené à intervenir auprès du co-parent. À travers sa participation à des entretiens familiaux ou à celle du « groupe de papa » qui est un groupe « de soutien à la parentalité, à la vie de famille » « qui permet de voir comment ils vivent tout ce qui leur arrive comme l'hospitalisation de leur compagne ou la difficulté de leur rôle de père ou d'aidant » (EP, 2025) (ANFE, 2020 ; Rice & Downey, 2024).

Cela nous permet de **valider partiellement** la troisième hypothèse.

B. Les nouveaux apports théoriques

1. La méthode de l'observation du bébé selon Esther Bick

La méthode, décrite par Delion (2004) a été conçue initialement pour les psychothérapeutes d'enfants en formation, mais elle s'est largement ouverte à d'autres professionnels travaillant autour du bébé et de sa famille :

- Psychologues
- Pédopsychiatres
- Infirmiers en psychiatrie
- Assistants sociaux

- Orthophonistes
- Psychomotriciens
- Ergothérapeutes

Cependant, tous les professionnels impliqués dans le soin, l'accompagnement ou la prévention autour du bébé, de la parentalité, et de la santé mentale périnatale peuvent s'y former et l'utiliser.

La méthode consiste en :

- Une observation régulière et prolongée : l'observateur se rend chaque semaine au domicile d'un bébé, de la naissance jusqu'à environ 2 ans, pour observer la vie du bébé dans son environnement familial, sans intervenir, pendant environ une heure.
- Une position d'observateur : il ne s'agit pas d'être un expert qui conseille ou juge, mais d'adopter une posture d'esprit neuf (« tabula rasa »), en se laissant affecter par ce qui se passe, tout en gardant une certaine distance.
- La rédaction d'un compte-rendu : après chaque observation, l'observateur rédige un compte-rendu détaillé de ce qu'il a vu, ressenti, pensé.
- Une supervision en groupe : ces observations sont ensuite discutées en groupe, sous supervision, pour élaborer ensemble les phénomènes observés et les résonances internes.

Quels sont les apports de cette méthode pour l'ergothérapeute, en psychiatrie périnatale ?

- Affiner son observation/son regard clinique des interactions, de l'environnement et des gestes du quotidien. Cela enrichit l'évaluation ergothérapique et la compréhension de la relation parent-bébé
- Mieux comprendre la dynamique et les enjeux familiaux ainsi que leur impact sur le bébé, ce qui permet d'adapter l'accompagnement.
- Développer sa posture professionnelle. En effet, la méthode aide à mieux gérer son implication émotionnelle et à adopter une posture d'accompagnement adaptée auprès des familles.
- Travailler en équipe pluridisciplinaire avec une supervision en groupe qui enrichit la compréhension et favorise une réflexion partagée entre professionnels.
- Repérer plus facilement les situations à risque et intervenir plus tôt, dans une démarche de prévention.

2. La Pair-aidance

L'un des points communs entre les approches E et EP est la mise en place de groupes de parole et d'activités collectives entre mères, leur offrant un espace de soutien mutuel. Parmi les propositions figurent l'art-thérapie, la relaxation, le yoga-danse, l'écriture, ainsi que des groupes de « psychodrame ». Ces dispositifs permettent aux mères de se dire : « Finalement, je ne suis pas la seule à connaître des difficultés », et de renforcer leur sentiment d'appartenance et de cohésion.

Cette approche trouve un écho au documentaire Britannique, « Witches » (2024), réalisé par Elisabeth Sankey. Cette dernière ayant développé un trouble post-partum. Son reportage est centré sur le parcours de plusieurs femmes qui ont développé un trouble bipolaire à la suite de leur accouchement. Ce film a été projeté dans le cadre de l'événement du « 11ème festival de films de femmes », suivi d'une intervention de l'équipe mobile de psychiatrie périnatale de Rouen. Le visionnage de ce documentaire m'a permis d'accéder à des témoignages de mères ayant traversé des troubles bipolaires en post-partum. Ce qui a été une alternative précieuse à l'impossibilité de recueillir des témoignages directement en raison de la loi Jardé. Plusieurs femmes y expriment combien la participation à des groupes de mères ayant vécu des troubles similaires a été un facteur décisif dans leur processus de rétablissement et certaines expriment que ce groupe les a « sauvé ».

D'ailleurs, selon la Haute Autorité de Santé, établir un lien avec une personne ayant vécu une expérience comparable permet d'apporter un soutien émotionnel, d'accompagner dans les démarches, de redonner de l'espoir sur un rétablissement possible, de partager des stratégies, de favoriser la communication et de renforcer l'alliance thérapeutique (HAS, 2023).

Ces constats font écho au concept de **pair-aidance**.

Le terme pair-aidant désigne des personnes ayant traversé des situations de vie particulières, notamment des troubles psychiques (HAS, 2023). Grâce à leur savoir expérientiel, les pairs-aidants interviennent en complément des équipes de soins pour encourager la participation des usagers confrontés à des situations similaires. Ils facilitent le processus de rétablissement en créant du lien, en soutenant la capacité de la personne à se projeter, et en renforçant le sentiment de compréhension mutuelle (HAS, 2023).

Cette intervention semble être un levier pour inscrire l'accompagnement en ergothérapie dans le champ de la psychiatrie périnatale.

C. Les biais et les limites de la recherche

1. Les biais de l'étude

Un biais est une déviation systématique des résultats ou des estimations par rapport à la réalité, provoquée par des erreurs dans la conception, la conduite ou l'analyse d'une étude (Last, 2001). Ainsi, plusieurs biais ont été identifiés dans cette étude, ce qui limite la généralisation des résultats et peut affecter l'interprétation des données recueillies.

Biais d'échantillonnage

Le biais majeur de cette recherche réside dans la faible représentation des ergothérapeutes dans le domaine de la psychiatrie périnatale. En effet, seulement deux ergothérapeutes ont pu être interrogées, l'une en Belgique et l'autre en France, tandis que d'autres unités Mère-Bébé n'ont pas d'ergothérapeutes ou n'ont pas répondu à la demande d'entretien. Cette faible participation limite la diversité des points de vue recueillis et affecte la représentativité de l'échantillon.

Biais de mode de collecte

En raison de la distance géographique, l'entretien avec l'ergothérapeute en Belgique a dû être réalisé à distance. Ce format a introduit des difficultés dans la collecte des données, car un entretien à distance ne permet pas de saisir pleinement certaines nuances. Il n'est pas non plus possible d'établir le même lien que lors d'un entretien en face-à-face, ce qui peut affecter la fluidité des échanges et la qualité des informations recueillies.

Biais de rôle professionnel

Un biais de rôle professionnel a également été observé. L'une des ergothérapeutes interrogées exerce en tant que psychomotricienne, ce qui implique une pratique hybride intégrant des approches issues des deux disciplines. Cette spécificité de son parcours pourrait influencer ses réponses. De ce fait, ces dernières peuvent différer de celles d'un ergothérapeute exclusivement spécialisé dans son domaine, notamment dans la manière d'aborder les médiations proposées aux mères.

Biais d'interprétation conceptuelle

Le terme de « co-occupation », spécifique à l'ergothérapie, a été explicité lors des entretiens. Toutefois, l'ergothérapeute de France interrogée n'a pas étudié les sciences de l'occupation dans sa formation initiale. Bien qu'elle soit consciente de l'existence de ces concepts, elle ne les utilise pas dans sa pratique quotidienne. De plus, ce terme n'est pas forcément utilisé par

d'autres professionnels, comme les psychomotriciens ou les auxiliaires de puériculture. Cette différence d'interprétation, malgré des efforts de reformulation, peut introduire une divergence dans la manière dont le concept est perçu et appliqué, influençant ainsi l'analyse des résultats.

Biais d'enregistrement

Un biais d'enregistrement peut également être identifié. Le fait que les professionnelles sachent que leurs propos sont enregistrés peut, de manière inconsciente, influencer leur comportement, tant sur la forme (parler plus fort ou plus distinctement) que sur le fond (adapter ou filtrer leur discours). Malgré l'information donnée concernant la destruction de l'enregistrement après retranscription et l'anonymisation des participantes dans cette recherche, cette situation peut induire une forme de vigilance ou d'autocensure.

Biais d'attitude interprofessionnelle

Les difficultés relationnelles entre certaines professions peuvent également influencer les discours recueillis. En effet, lorsque les professionnels expriment des réserves ou des positions liées à leur rôle au sein de l'équipe pluridisciplinaire, cela peut orienter les réponses et affecter la neutralité de l'analyse.

Pour finir, des biais sont imputables au chercheur sur cette recherche comme tout d'abord un **biais de posture du chercheur**, lié à une première expérience de démarche de recherche. La posture d'un chercheur débutant, bien que tendant vers une neutralité axiologique, peut malgré tout influencer les réponses des professionnels. La communication, qu'elle soit verbale ou non verbale, peut jouer un rôle dans cette influence : l'intonation, les reformulations ou encore les expressions faciales peuvent, de manière involontaire, orienter les échanges et induire certaines réponses. Ainsi qu'un **biais d'interprétation**, puisque le fait d'avoir observé en amont l'organisation et les interactions entre les professionnels peut influencer l'interprétation des propos recueillis. Il existe un risque d'associer ou de mettre en corrélation, de manière subjective, ce qui est vu avec ce qui est dit, ce qui peut altérer la neutralité de l'analyse.

En conclusion, ces différents biais doivent être pris en compte dans l'interprétation des résultats de cette étude. Ils mettent en lumière les limites de la généralisation des conclusions et soulignent la nécessité d'une réflexion critique sur les données recueillies.

2. Les limites de l'étude

En plus des biais méthodologiques, certaines limites ont pu être observées :

Hétérogénéité des profils interrogés

L'intégration à la recherche de professionnelles issue d'un autre champ, comme une psychomotricienne et une auxiliaire de puériculture, a enrichi l'analyse en offrant une perspective interdisciplinaire sur l'accompagnement des mères. Toutefois, cette diversité de perspectives limite l'approfondissement des pratiques et enjeux spécifiquement liés à l'ergothérapie.

Modalités d'entretien

Trois entretiens ont pu être réalisés en présentiel, après deux jours d'observation au sein de l'unité Mère-Bébé, ce qui a permis de mieux comprendre l'organisation des soins et les interactions entre les professionnels. Cependant, l'observation en milieu de travail a été sujette aux contraintes du terrain : les professionnelles interrogées devaient rester vigilantes aux possibles urgences et une interruption a également eu lieu. De plus, l'entretien avec l'ergothérapeute en Belgique n'a pas pu être réalisé en face-à-face, ce qui a limité la compréhension des nuances contextuelles de la pratique de cette professionnelle.

Contrainte juridique

Une autre limite majeure est la contrainte juridique imposée par la loi Jardé, qui régle la recherche en santé. Cette loi empêche l'interrogation de personnes encore dans un processus de soin, ce qui a exclu l'opportunité d'interroger des mères souffrant d'un trouble bipolaire durant la période de périnatalité. Cette restriction a limité la possibilité d'enrichir l'analyse avec des témoignages de patientes qui auraient pu nuancer les résultats.

D. Perspectives et réflexions autour de la pratique ergothérapeutique

Les résultats de cette recherche ouvrent des perspectives pour la pratique en ergothérapie dans le champ de la psychiatrie périnatale.

Tout d'abord, ce domaine reste encore peu développé, comme en témoignent les deux ergothérapeutes rencontrées. L'une explique que « l'UMB n'est plus à temps plein, il y avait des besoins ailleurs, dans d'autres unités, donc on a pris des infirmières de l'UMB pour aller remplacer les postes vacants. Maintenant, les mères viennent le lundi et repartent le vendredi ». La seconde souligne qu'« ils [UMB] en existent peu au sein de la Belgique ». En revanche, en

France, la psychiatrie périnatale tend à se structurer davantage, soutenue par des initiatives institutionnelles et politiques. Le gouvernement a récemment déclaré que la santé mentale serait la Grande Cause nationale 2025 (ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles, 2025) et a lancé plusieurs programmes visant à promouvoir ce domaine. La tenue d'événements tels que la 2ème journée régionale de psychiatrie périnatale en 2025, l'organisation de colloques spécialisés ou encore la création de ressources pédagogiques comme le MOOC « Santé mentale périnatale au cours des 1000 premiers jours », témoignent de cette dynamique.

Malgré cela, les ergothérapeutes y sont encore peu représentés, alors même que leur place y serait légitime, comme le souligne l'ANFE (2020) dans sa prise de position sur le parcours des 1000 jours. On observe également un manque d'accès direct aux formations spécialisées : bien que le Diplôme Universitaire « 1000 jours, santé mentale et psychiatrie périnatale » ait été récemment créé, les ergothérapeutes n'y sont pas admis de plein droit. Seuls les médecins, internes, psychologues titulaires d'un Master 2, infirmiers, sage-femmes, puéricultrices, orthophonistes, psychomotriciens, ou encore auxiliaires de puériculture y sont explicitement autorisés, avec une admission sur dérogation pour les autres professionnels. Cela illustre un frein institutionnel à l'intégration des ergothérapeutes dans ce champ émergent.

À l'échelle européenne, le développement de la psychiatrie périnatale se manifeste également à travers des initiatives comme le projet PATH (PerinAtal menTal Health), en partenariat avec le Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé (CCOMS) qui « vise à prévenir, diagnostiquer et prendre en charge les troubles de santé mentale périnatale, en particulier les troubles légers à modérés, chez les futurs et jeunes parents » (PATH, 2019).

Ainsi, il serait pertinent d'élargir l'analyse des pratiques à d'autres pays comme le Royaume-Uni, le Canada ou l'Australie, où la littérature et la pratique en psychiatrie périnatale sont plus développées. Cette différence pourrait être expliquée par plusieurs facteurs, comme une plus grande reconnaissance de la profession d'ergothérapeute, ou des différences dans la composition des systèmes de santé.

De plus, des contextes institutionnels distincts ont également joué un rôle important, notamment l'impact des bombardements de la Seconde Guerre mondiale au Royaume-Uni qui a conduit à la séparation de nombreux bébés de leurs mères afin de les mettre à l'abri. Cet événement a fortement contribué au développement des théories de l'attachement, notamment par les travaux

de Jogn Bowlby, qui a étudié les conséquences psychologiques de ces séparations sur les enfants (Vrai, 2018). Cela a, par la suite, favorisé l'évolution des pratiques en psychiatrie périnatale, plus avancées au Royaume-Uni qu'en France (Dugnat & Gouzvinski, 2016).

D'ailleurs Dugnat écrit que « fédérer les différents dispositifs qui contribuent à la santé mentale et à la psychiatrie périnatale passe par l'implication des usagers, la diminution des clivages entre métiers, personnes, institutions, en suivant peut-être l'exemple du Royaume-Uni et de son Alliance pour la santé mentale maternelle » (Dugnat & Gouzvinski, 2016).

D'après le Royal College of Occupational Therapists (RCOT), la santé mentale périnatale est un champ de pratique en pleine expansion pour les ergothérapeutes. Ils accompagnent les femmes dans leurs activités quotidiennes et dans les co-occupations mère-enfant, favorisant leur rétablissement et leur qualité de vie. Un programme de formation en ligne a même été spécifiquement conçu pour ces professionnels, qu'ils soient déjà engagés ou en voie d'entrer dans ce domaine spécialisé (RCOT, s.d.).

Enfin, sur un plan personnel, cette recherche m'a permis de mesurer l'intérêt de la rigueur scientifique et de la démarche de recherche dans une future pratique professionnelle. Elle met en lumière l'importance d'une veille constante et d'un engagement dans la formation continue afin de faire évoluer nos pratiques en cohérence avec les besoins émergents et les transformations du système de santé.

VIII. Conclusion

L'acquisition du rôle de mère représente un évènement déterminant dans la vie d'une femme. Cette période de transition majeure s'accompagne souvent d'une vulnérabilité, susceptible de fragiliser la santé psychique des femmes. En effet, l'accouchement peut agir comme un déclencheur d'épisodes de troubles de l'humeur, tels que le trouble bipolaire, qui peuvent entraîner des répercussions importantes non seulement sur la mère, mais aussi sur le bébé, la qualité du lien mère-bébé et l'équilibre familial. Dans ce contexte, les activités partagées (co-occupations) favorisant l'exploration de l'environnement et le développement des compétences motrices, cognitives et sociales de l'enfant peuvent être compromises.

Ce travail de recherche vise à mieux comprendre comment l'ergothérapie peut soutenir la co-occupation entre une mère développant un trouble bipolaire en post-partum et son enfant durant les trois premières années de vie de ce dernier. À travers une exploration théorique approfondie et l'analyse d'entretiens menés auprès de professionnels du champ de la

psychiatrie périnatale, des pistes d'intervention et des leviers spécifiques mobilisables par les ergothérapeutes ont pu être identifiés afin de renforcer le lien parent-enfant dans un contexte de vulnérabilité psychique.

Trois hypothèses principales ont été posées : la mise en place de routines, le renforcement de la confiance des compétences maternelles et le soutien au co-parent. Toutefois, ce champ d'intervention, encore récent pour la profession, reste peu investi par les ergothérapeutes. Les éléments recueillis soulignent la pertinence d'un positionnement ergothérapique dans ce domaine, malgré sa faible représentation actuelle au sein des dispositifs de soins. Ils montrent également que l'approche des professionnelles rencontrées peut différer des hypothèses initiales. Celles-ci défendent une approche centrée sur la personne, au-delà du seul rôle maternel, permettant une revalorisation de l'identité de la femme et, indirectement, un renforcement de ses compétences parentales.

Il existe aujourd'hui un véritable paradoxe : alors que les institutions gouvernementales et la recherche affichent un besoin et une volonté claire de développer la psychiatrie périnatale en France, en réponse à des besoins majeurs pour la santé maternelle et le développement de l'enfant, cette dynamique peine encore à se traduire concrètement dans la réalité des soins.

Malgré la reconnaissance croissante du rôle potentiel de l'ergothérapeute dans ce domaine et les recommandations pour une meilleure intégration au sein des équipes pluridisciplinaires, la présence effective de l'ergothérapie en psychiatrie périnatale reste limitée sur le terrain. Les ambitions portées par les politiques publiques, la littérature et les instances professionnelles ne sont donc pas encore pleinement insufflées dans les pratiques, ce qui souligne la nécessité de poursuivre les efforts pour faire évoluer l'offre de soins et répondre aux besoins identifiés des familles.

IX. Bibliographie

- Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. (2011). *Gynécologie Obstétrique – Fascicule 5 (MAJ 2011)*.
file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/YYPEMT2N/Fascicule_5_MAJ_2011GYN_OBS.pdf
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd). Elsevier Masson.
<file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/2HB7QSQ5/Crocq%20et%20Guelfi%20-%202015%20-%20DSM-5%20manuel%20diagnostique%20et%20statistique%20des%20troubles%20mentaux.pdf>
- Apter, G. (2011). La psychiatrie périnatale et l'éthique médicale. *L'information psychiatrique*, Volume 87(7), 581-588. <https://doi.org/10.1684/ipe.2011.0831>
- Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.
<https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=SNYkJcMjKH2kJ3yZNvEXnQ3KenVssOlyUDsgwvrbZac=>
- Assistance Publique des Hôpitaux de Paris. (2021). *AP-HP : Ouverture d'une unité de psychiatrie périnatale pour mieux prendre en charge les mères et leurs nouveau-nés*.
<https://www.aphp.fr/contenu/ap-hp-ouverture-dune-unite-de-psychiatrie-perinatale-pour-mieux-prendre-en-charge-les-meres>
- Association mondiale pour la santé sexuelle (WAS, World Association for Sexual Health). (2014). *Déclaration des droits sexuels*.
https://www.worldsexualhealth.net/_files/ugd/793f03_f3477867dcee4606822d4d1cf8c7f739.pdf?index=true
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes. (2021). *L'ergothérapie au cœur de la périnatalité*.
file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/Y4ZHFUW3/ANFE_3V_Perinatalite_version-def_lecture_270721.pdf
- Association Nationale Française des Ergothérapeutes (ANFE). (2020). *Prise de position : Parcours des 1000 jours*. file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/EHDSVEWX/Prise-de-position_Parcours-des-1000-jours.pdf

- Association science et bien commun. (2014). De la conduite responsable en recherche à la responsabilité sociale et environnementale des chercheurs. In *Pour une politique scientifique responsable. Mémoire présenté aux Fonds de recherche du Québec*. Éditions science et bien commun.
<https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/politiquescientifique/chapter/de-la-conduite-responsable-en-recherche-a-la-responsabilite-sociale-et-environnementale-des-chercheurs/>
- Bakouche, D. (2010). [Jurisprudence] L'expertise biologique est de droit en matière de filiation. *La lettre juridique, décembre 2007*. <https://www.lexbase.fr/article-juridique/3209549-jurisprudencelexpertisebiologiqueestdedroitenmatieredefiliation>
- Bedaso, A., Adams, J., Peng, W., & Sibbritt, D. (2021). The relationship between social support and mental health problems during pregnancy : A systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*, 18(1), 162. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01209-5>
- Boyer, L. (2009). *Le mémoire : Guide méthodologique*.
[file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/2VIYQQIS/Boyer%20-%20\(APPLICATION%20AU%20MEMOIRE%20DE%20RECHERCHE%20\).crdownload](file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/2VIYQQIS/Boyer%20-%20(APPLICATION%20AU%20MEMOIRE%20DE%20RECHERCHE%20).crdownload)
- Brengard, D. (2022). Équipes mobiles en psychiatrie périnatale : L'art des ponts. *Perspectives Psy*, 61(3), 207-213. <https://doi.org/10.1051/ppsy/2022613207>
- Caire, J.-M., Margot-Cattin, I., Schabaille, A., & Seené, M. (2012). Chapitre 7. Dynamique d'évaluation en ergothérapie. In *Nouveau guide de pratique en ergothérapie : Entre concepts et réalités* (p. 157-177). De Boeck Supérieur.
<https://doi.org/10.3917/dbu.caire.2012.01.0157>
- Caisse d'Allocations Familiales (CAF). (2023). *Dépression post-partum : Les symptômes à surveiller*. <https://www.caf.fr/allocataires/vies-de-famille/articles/depression-post-partum-les-symptomes-surveiller>
- Centre hospitalier d'Argenteuil. (2024). *Programme d'Éducation Thérapeutique du Patient – Troubles bipolaires*. <https://www.ch-argenteuil.fr/wp-content/uploads/2024/04/flyet-ETP-bipolaire.pdf>
- Chevalier, F., & Meyer, V. (2018). Les méthodes de recherche du DBA. In *Les méthodes de recherche du DBA* (p. 108-125). EMS Editions.
<https://doi.org/10.3917/ems.cheva.2018.01.0108>

- Claude, G. (2019). *Le guide d'entretien : Définition, caractéristiques, structure et exemple*. Scribbr. <https://www.scribbr.fr/methodologie/guide-dentretien/>
- CNAPE (Fédération des associations de protection de l'enfant). (2023). *Fiches pratiques de la CNAPE : Les besoins fondamentaux des enfants*. https://www.cnape.fr/documents/cnape_-fiches-pratiques-sur-les-besoins-fondamentaux-de-lenfant/
- Commission des 1000 premiers jours. (2020). *Rapport de la commission des 1000 premiers jours : Là où tout commence*. <https://ppl-ai-file-upload.s3.amazonaws.com/web/direct-files/attachments/59703679/99243897-40e3-492e-bb7f-d5e0f1008b59/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
- Congrès Santé publique. (2019). *Santé Mentale du Parent et du Bébé : Un enjeu pluridisciplinaire*. CERC CONGRES. <https://cerc-congres.com/urkind.html>
- Conseil national du développement des SHS. (2001). IV. L'éthique de la recherche en sciences humaines et sociales. *Quadrige*, 93-114. <https://shs.cairn.info/pour-une-politique-des-sciences-de-l-homme-et-de-la-societe--9782130520887-page-93>
- 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>
- Delion, P. (2004). L'observation du bébé selon Esther Bick : Son intérêt dans la pédopsychiatrie aujourd'hui. *Enfances & Psy*, 25(1), 119-130. <https://doi.org/10.3917/ep.025.0119>
- Demanche, A., Michel, L., Chabbert, M., & Wendland, J. (2022). Version française du Postpartum Bonding Questionnaire: *Devenir*, Vol. 33(4), 287-310. <https://doi.org/10.3917/dev.214.0287>
- Domínguez, M. M., Rivas-Quarneti, N., & Gonzalo, N. G. (2018). Yo lo parí y él me dio la vida : Estudio de la transición ocupacional vinculada a la maternidad de dos mujeres con trastorno mental. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26(2), 271-285. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1156>
- Doncarli, A., Gorza, & Tebeka. (2023). *Suicide en période périnatale : Données épidémiologiques récentes et stratégies de prévention*. <file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/KE5V32TH/Doncarli%20-%20SUICIDE%20EN%20P%C3%89RIODE%20P%C3%89RINATALE%20%20DONN%C3%89ES%20%20C3%89PID%20C3%89MIOLOGIQUES%20R%C3%89CENTES>

[%20ET%20STRAT%C3%89GIES%20DE%20PR%C3%89VENTION%20%20PERI.pdf](#)

Dugnat, M. (2013). *Unités d'hospitalisation conjointe mère-bébé : Une réponse adaptée, un dispositif à déployer*. <file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/IGW9NWNZ/Dugnat%20-%20Unit%C3%A9s%20d%E2%80%99hospitalisation%20conjointe%20m%C3%A8re%20= b%C3%A9b%C3%A9%20%20une%20r%C3%A9ponse%20adapt%C3%A9e.%20un%20dispositif%20%C3%A0%20d%C3%A9ployer.pdf>

Dugnat, M., & Gouzvinski, F. (2016). Pour la santé mentale et la psychiatrie périnatales en France. *Spirale - La grande aventure de bébé*, 78(2), 33-44. <https://doi.org/10.3917/spi.078.0033>

Dumez, H. (2016). Chapitre 1. Qu'est-ce que la recherche qualitative ? *Hors collection*, 9-29.

Feldman, J. (2002). Objectivité et subjectivité en science. Quelques aperçus. *Revue européenne des sciences sociales*, XL-124, 85-130. <https://doi.org/10.4000/ress.577>

Firdion, J.-M. (2012). L'enquête sociologique. In *Quadrige* (p. 69-92). Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.paug.2012.01.0069>

Fraga, E., Dittz, E. D. S., & Machado, L. G. (2019). A construção da co-ocupação materna na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 27(1), 91-104. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1125>

France Assos Santé, A. F. A. (2025). Troubles bipolaires & Parentalité : Oser en parler ! *France Assos Santé*. <https://www.france-assos-sante.org/2025/03/28/troubles-bipolaires-parentalite-osser-en-parler/>

Girard, M.-J., Bréart De Boisanger, F., Boisvert, I., & Vachon, M. (2015). Le chercheur et son expérience de la subjectivité : Une sensibilité partagée: *Spécificités*, n° 8(2), 10-20. <https://doi.org/10.3917/spec.008.0010>

Giroux, M. T. (2018). Objectivité et bienveillance du chercheur à l'égard du sujet de recherche. *Recrutement et consentement à la recherche : réalités et défis éthiques*, 7-26. <https://doi.org/10.17118/11143/14104>

Gouvernement français. (2021). *La prise en charge des troubles psychiques et psychologiques*. <file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/URGRS7HA/la%20prise%20en%20charge%20des%20tr%20psychique%20et%20psycho%20.pdf>

- Grossmann, F. (2018). *Objectivité scientifique et positionnement d'auteur*. <https://hal.science/hal-01910520>
- Groupe de Réflexion sur l'Ergothérapie en Santé Mentale (G.R.E.S.M.). (2016). *Ergothérapie en santé mentale : Enjeux et perspectives*. https://anfe.fr/wp-content/uploads/2020/12/Ergotherapie-en-sante-mentale_Enjeux-et-perspectives-1.pdf
- Guédeney, A., & Dugravier, R. (2006). Les facteurs de risque familiaux et environnementaux des troubles du comportement chez le jeune enfant : Une revue de la littérature scientifique anglo-saxonne. *La psychiatrie de l'enfant*, 49(1), 227-278. <https://doi.org/10.3917/psy.491.0227>
- Guihard, J.-P. (s.d.). *Écologie thérapeutique ou thérapie écologique ? L'évaluation écologique*. <https://www.jp.guihard.net/IMG/pdf/eval-ecologie.pdf>
- Hamelin-Brabant, L., De Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : Une revue de la littérature: *Santé Publique*, Vol. 27(1), 27-37. <https://doi.org/10.3917/spub.151.0027>
- Haute Autorité de Santé. (2014). *Troubles bipolaires : Repérage et diagnostic en premier recours. Note de cadrage*. file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/63Z3V8HS/troubles_bipolaires_reperage_et_diagnostic_en_premier_recours_-_note_de_cadrage_2014-06-13_10-53-16_714.pdf
- Haute Autorité de Santé. (2020). *Note de cadrage : Repérage, diagnostic et prise en charge des troubles psychiques périnatals*. <file:///C:/Users/33686/Zotero/storage/JF6V42I7/Haute%20Autorit%C3%A9%20de%20Sant%C3%A9%20-%20Note%20de%20cadrage%20%20Rep%C3%A9rage,%20diagnostic%20et%20prise%20en%20charge%20des%20troubles%20psychiques%20p%C3%A9rinatals.pdf>
- Haute Autorité de Santé. (2023). *Développer le recours aux pairs-aidants : Grande précarité et troubles psychiques – Fiche outil*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-01/grande_prekarite_troubles_psy_fiche_outil_pairs_aidants.pdf
- Haute Autorité de santé. (2024). *Accompagnement médico-psycho-social des femmes, des parents et de leur enfant, en situation de vulnérabilité, pendant la grossesse et en postnatal. Recommandations pour la pratique clinique*.