

PROGRAMME HES DE FORMATION D'INFIRMIERES, INFIRMIERS

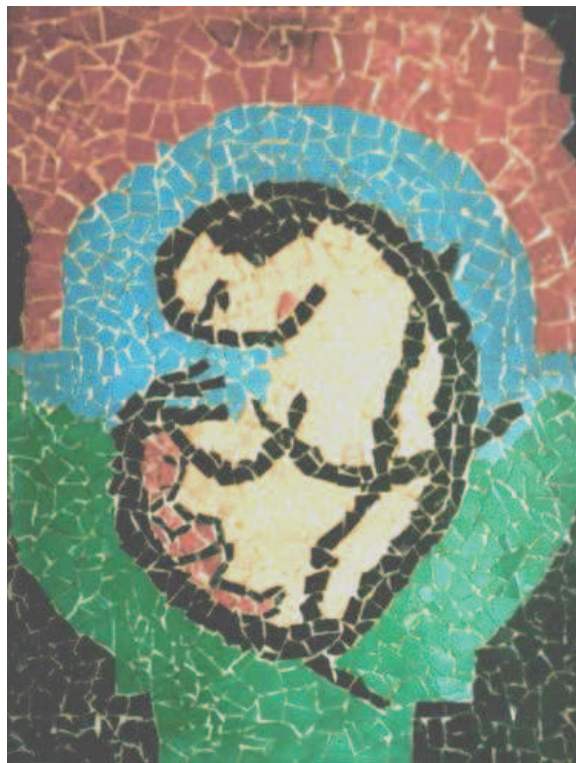
Année Bachelor Automne 2008

# La grossesse chez la femme souffrant de schizophrénie

---

Stelio GIACOMINI et Cynthia GRANDJEAN

Sous la direction de Suzanne Cordier



Travail de Bachelor présenté à la Haute École de la Santé la Source

Juin 2011

Illustration de la couverture : *Maternité* (1965) de Garcia Tella, Espagne

- La rédaction et les conclusions de ce travail n'engagent que ses auteurs et en aucun cas celle de la Haute École de la Santé La Source.
- Les citations tirées des articles anglophones sont des traductions libres et n'engagent que notre responsabilité.
- Dans un souci de fluidité du texte et d'un commun accord, nous n'emploierons dans ce travail que la forme féminine du mot *infirmière*.

## Remerciements

Nous souhaitons remercier tout d'abord Mme Suzanne Cordier, enseignante à la Haute Ecole de la Santé la Source et notre directrice de mémoire, pour ses conseils tout au long de ce travail.

Merci également à Mmes Madeleine Baumann et Jacqueline Wosinski, enseignantes à la Haute Ecole de la Santé la Source pour leur suivi durant les séminaires de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> années Bachelor et qui nous ont permis de mieux cerner les objectifs visés.

A Pierre Vadimon, infirmier en psychiatrie au CMS de Lavaux, pour la lecture du travail et sa participation à notre soutenance, nous tenons à lui exprimer notre reconnaissance.

Un merci particulier à Sarah Romans, Simone Vigod, Teresa Ostler, Mary Seeman, Anna Spielvogel, Louise M. Howard ainsi que Laura Miller, auteurs de nombreux articles, pour nous avoir donné de nombreuses références et s'être intéressées à notre travail.

Finalement, un grand merci à Elvire Chessex, Sylviane Giacomini, Myriam Grandjean et Victoria Pellaux, pour leur lecture attentive du travail et leurs conseils appropriés.

## Résumé

### Introduction

L'individu possède une perception mentale de ce qui le constitue se définissant par le « concept de soi ». Chez la femme, la grossesse est susceptible d'altérer ce dernier, au travers d'un changement de rôle mais également par d'importants bouleversements de l'image corporelle, induisant dès lors une perturbation dans la façon qu'elle possède de se percevoir. Mais qu'en est-il lorsque la femme présente déjà au préalable des troubles de la perception de soi, comme dans une pathologie telle que la schizophrénie? Il est vrai que la prise en charge de cette dernière comprend des traitements médicamenteux conséquents et qu'il paraît évident de se questionner à propos de leur impact sur un futur enfant. De plus, divers facteurs sociaux et symptomatologiques propres à cette pathologie nous font présumer que ces femmes sont plus à risque de grossesses non désirées. Dans ce travail, nous chercherons à dégager, au travers de quelques exemples liés à cette problématique, quels sont les enjeux de l'accompagnement infirmier afin de permettre à une femme souffrant de schizophrénie de vivre pleinement son expérience de la maternité. Ce thème demande un meilleur éclairage pour permettre de briser les préjugés qu'il véhicule, encore aujourd'hui, dans l'imaginaire social.

### Méthode

Les différentes littératures publiées sur notre sujet ont été examinées et sélectionnées au travers des bases de données telles que CINAHL, Medline, PsycINFO ou encore Ascodocpsy. Les mots-clés utilisés sont, entre autres : *schizophrenia, mental disorders, psychiatric care, women, pregnancy, perinatal nursing*. Certains auteurs ont également été sollicités. Nos critères d'inclusion concernent : une date de parution ultérieure à 2005, des revues infirmières, dans la mesure du possible, mais aussi une évaluation de la pertinence au moyen de la pyramide des preuves ainsi que la lecture des résumés.

### Résultats

Sur quarante articles retenus, dix ont été utilisés pour alimenter la discussion. Cependant, nous avons pu mettre en évidence la quasi inexistence des recherches infirmières dans ce domaine. C'est pourquoi nous avons sélectionné cinq études, ou revues de littérature, apportant un niveau de preuve suffisamment élevé pour être exploités. Les cinq autres articles constituent des avis d'experts et viseront à soutenir les résultats des études sus-mentionnées. Nous avons extrait des dix textes les éléments apparaissant à plusieurs reprises dans les articles sélectionnés, au moyen d'un tableau de corrélation, qui nous a permis de recenser les points convergents.

### Discussion

Les cinq thèmes retenus sont : la gestion du traitement antipsychotique, les complications de la grossesse, les enjeux psycho-sociaux, le mode de vie, ainsi que les compétences des soignants. Les recommandations infirmières préconisent une prise en charge holistique dans laquelle l'infirmière a le devoir de prendre ces différents éléments en compte dans la prise en charge, limitant ainsi un certain nombre de risques au moyen d'actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé. Elle est au centre de l'information et mobilise tout le réseau interdisciplinaire, assurant ainsi une continuité des soins.

### Conclusion

Notre question de recherche démontre la complexité de la prise en charge de cette population de femmes et met l'accent sur la nécessité de mener des études supplémentaires, afin de leur offrir un accompagnement optimal.

**Mots-clés :** *Schizophrénie, Grossesse, Maternité, Soins infirmiers*

# Table des matières

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>QUESTION ET PROBLÉMATIQUE</b>	<b>6</b>
2.1	Contexte et origine de la question . . . . .	6
2.2	Pertinence de la question en fonction du contexte socio-sanitaire et professionnel	6
2.3	Définitions des concepts théoriques . . . . .	8
<b>3</b>	<b>MÉTHODOLOGIE</b>	<b>10</b>
3.1	Bases de données utilisées . . . . .	10
3.2	Mots-clés utilisés . . . . .	11
3.3	Résultats . . . . .	11
<b>4</b>	<b>ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES</b>	<b>14</b>
4.1	Pregnancy Outcome of Patients with Schizophrenia . . . . .	14
4.2	Best Practice when Working with Women with Serious Mental Illness in Pregnancy	14
4.3	Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness . . . . .	15
4.4	Managing Psychosis in Pregnancy . . . . .	15
4.5	Antipsychotic drugs and pregnant or breastfeeding women : the issues for mental health nurses . . . . .	16
4.6	Advocacy for mothers with psychiatric illness : a clinical perspective . . . . .	17
4.7	Healthy babies for mothers with severe mental illness : A case management framework for mental health clinicians . . . . .	17
4.8	Preconception Counseling for Women with Schizophrenia . . . . .	18
4.9	Pregnancy in Women with Psychotic Disorders . . . . .	18
4.10	Prenatal Care for Women with Schizophrenia . . . . .	18
<b>5</b>	<b>COMPARAISONS DES RÉSULTATS</b>	<b>19</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>25</b>
6.1	Les cinq thèmes . . . . .	25
6.2	Recommandations infirmières . . . . .	28
6.3	Synthèse . . . . .	29
6.4	Limites et perspectives . . . . .	29
<b>7</b>	<b>CONCLUSION ET AUTOÉVALUATION</b>	<b>30</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>32</b>

## **Acronymes**

**FS** : Femme Schizophrène

**FSE** : Femme Schizophrène Enceinte

**MMS** : Maladie Mentale Sévère

**TTT** : Traitement

# 1 INTRODUCTION

Au cours de notre dernière année de formation dans le programme HES de soins infirmiers, il nous a été demandé de rédiger un travail de Bachelor. Au travers d'expériences issues de la pratique ou bien d'un sujet suscitant chez nous un intérêt particulier, il a fallu élaborer une question de recherche ancrée dans le champ de la discipline infirmière, et à laquelle nous devons répondre en constituant une revue de littérature scientifique.

Dans ce dossier vous sera tout d'abord présenté la problématique qui nous a conduit à l'élaboration de notre question de recherche, ainsi que son argumentation en regard du contexte socio-sanitaire et professionnel dans lequel nous évoluons. Une définition brève de quelques concepts centraux indispensables à la compréhension de notre sujet viendra soutenir notre questionnement et apporter un éclairage concernant différents points qui seront abordés par la suite. La partie méthodologique servira à présenter les diverses bases de données utilisées ainsi que les principaux résultats obtenus au cours de nos recherches. Un tableau comparatif recensant ces derniers suivra, et une discussion mettra en évidence les éléments clés qui en ressortent, en procédant à une comparaison entre les différents auteurs et visera également à établir quelques recommandations ainsi qu'à mettre en avant certaines limites rencontrées. En établissant des perspectives, tant au niveau de la recherche que de la pratique, nous espérons mettre en avant la pertinence de notre sujet dans la discipline infirmière d'aujourd'hui.

Finalement, une conclusion exposera les apprentissages réalisés tout au long de la constitution de cette revue de littérature et apportera un point final à ces deux années de travail.

## 2 QUESTION ET PROBLÉMATIQUE

### 2.1 Contexte et origine de la question

Dans ce travail, nous avons choisi de développer l'accompagnement infirmier des femmes souffrant de schizophrénie en période périnatale. Le domaine de la psychiatrie va ainsi être abordé de manière explicite et se veut le reflet de l'intérêt que nous lui portons depuis le début de notre formation. La thématique de la maternité a, quant à elle, été choisie en regard d'expériences personnelles, vécues en stage notamment. En effet, deux rencontres nous ont particulièrement marqués. La première est celle d'une jeune femme de 23 ans dont la conviction était d'être enceinte depuis deux ans. La seconde est celle d'une femme plus âgée dont le délire est intimement lié au moment de sa grossesse. Elle évoque ainsi la mort de son corps, comme « rongé » de l'intérieur, par sa fille, l'empêchant donc d'avoir d'autres enfants. Ces deux cas cliniques nous ont beaucoup interpellés, car ils nous ont démontré que, malgré la maladie, ces femmes pouvaient quand même ressentir le besoin d'être mère. Considérant nos propres représentations quant à ces situations, nous nous sommes rapidement rendus compte qu'il existait un tabou à ce sujet, principalement influencé par l'image de la maladie psychique dans la société. C'est pourquoi explorer la maternité au travers d'un trouble psychiatrique sévère telle que la schizophrénie nous a paru particulièrement intéressant, afin de briser les idées reçues et d'y confronter nos propres valeurs dans le but de nous affirmer dans notre positionnement professionnel.

Afin d'élaborer notre problématique, nous avons effectué de nombreuses recherches pour répondre à nos questions initiales, à savoir : quel est l'impact du traitement antipsychotique durant la grossesse tant sur la mère que sur le fœtus ? Comment ces patientes gèrent-elles ces modifications, physiques et mentales liées à leur grossesse ? Quelles interventions infirmières mettre en place pour aider ces futures mères à gérer l'arrivée d'une nouvelle personne dans leur vie ?

Au début de notre réflexion, nous pensions nous focaliser uniquement sur les neuf mois de grossesse mais nous nous sommes vite rendus compte à la lecture de différents articles, que le rôle infirmier peut réellement se développer avant et après cette dernière. Ainsi, nous en sommes arrivés à formuler la question de recherche suivante :

*Quels sont les enjeux de l'accompagnement infirmier, en période périnatale, chez une femme souffrant de schizophrénie, afin que celle-ci puisse vivre au mieux son expérience de la maternité ?*

Cette dernière s'appuie sur les quatre concepts centraux de la discipline infirmière (Delmas & Sliwka (2007), citant Provancher & Fawcett, (2002)). En effet, nous définissons ici la femme comme la *personne* ayant des besoins spécifiques. Nous ajoutons la problématique de la maternité associée à une maladie psychiatrique, ce qui définit le concept de *santé*. De plus, nous émettons l'hypothèse que cette population de femmes vit dans un contexte socio-culturel et financier plus pauvre, ce qui rend compte de son *environnement*. Ainsi, il nous faudra tenir compte de ces différents éléments afin d'élaborer des interventions et d'adapter nos pratiques pour prodiguer des *soins* optimaux.

### 2.2 Pertinence de la question en fonction du contexte socio-sanitaire et professionnel

Selon l'Observatoire de la Santé (Obsan, 2010), « les troubles mentaux touchent une large proportion de la population et représente une part de plus en plus importante de toutes les maladies diagnostiquées. Le fardeau de ces pathologies est conséquent car elles sont associées à une restriction des activités privées et professionnelles, avec de lourdes conséquences sur le plan individuel ou social. »(p. 4). Les personnes souffrant de troubles psychiatriques constituent ainsi une part



non négligeable de la population que chaque soignant est amené à rencontrer dans sa profession, et ce, quel que soit le milieu de soins dans lequel il évolue. De plus, il arrive encore fréquemment que ces personnes soient stigmatisées de par les représentations véhiculées par les troubles mentaux, et plus particulièrement la schizophrénie, dans l'imaginaire social.

D'après Townsend (2010), « la schizophrénie est sans doute le trouble psychologique le plus invalidant. En général, les perturbations des processus de la pensée, de la perception et de l'affect entraînent une détérioration grave du fonctionnement social et professionnel. »(p. 381). Il est également mentionné que « parmi toutes les maladies mentales de notre société, la schizophrénie se classe sans doute au premier rang par la durée de l'hospitalisation, l'importance de la perturbation de la vie familiale, l'ampleur des coûts sur les plans personnels et social, et l'intensité des peurs et des souffrances vécues. »(p. 381). De plus, l'American Psychiatric Association (APA, 2003) énonce que l'âge moyen d'apparition de la maladie se situe entre 25 et 35 ans chez la femme, bien qu'elle puisse parfois aussi se déclarer plus tard. Cette dernière survient donc au moment où, dans la vie d'une femme, l'envie de fonder une famille peut apparaître. En effet, selon l'Office Fédérale de la Statistique (OFS), l'âge moyen de la maternité en Suisse se situe entre 30 et 31 ans. Ainsi, nous pouvons nous demander de quelle façon ces projets peuvent être perturbés par le début de la maladie, et comment la femme est susceptible d'y faire face.

A présent, concernant l'expérience de la grossesse, Bioy et Fouques (2002) affirment que « c'est [...] l'acte qui va prouver à la femme sa féminité et va lui permettre de se vivre intensément comme femme. »(p. 178). Selon Wieland, Ladewig, London & Brookens Olds (1992) « dès que la grossesse est confirmée, la femme enceinte fait face à de profondes modifications de son apparence et de ses relations avec les autres. Son corps subira en effet une véritable transformation, qui aura même des répercussions sur son état psychologique. »(p. 230). De plus, Harel-Biraud (1994) la décrit, comme étant « une crise intégrative en ce sens que, comme toute période critique, elle peut enrichir la personnalité, la faire évoluer, renforcer ou fragiliser le Moi. »(p. 32). En outre, selon Kozier, Erb, Berman & Snyder (2005, p. 662), l'individu possède une perception mentale de ce qui le constitue se définissant par le « concept de soi ». Chez la femme, la grossesse est cependant susceptible d'altérer ce dernier, au travers d'un changement de rôle mais également par d'importants bouleversements physiques, induisant dès lors une perturbation dans la façon que cette dernière a de se percevoir.

Nous pouvons maintenant imaginer que l'impact de ces modifications est d'autant plus fort lorsque la femme enceinte présente déjà au préalable des troubles de la perception, comme dans une pathologie telle que la schizophrénie. En effet, selon Townsend (2010, p. 391), citant la dernière révision du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR, 2000), les désordres comportementaux induits par cette pathologie touchent : le contenu et les formes de la pensée, la perception de soi et du monde extérieur, l'affect, la volition<sup>1</sup>, les relations et le fonctionnement interpersonnel et le comportement psychomoteur. Ainsi, l'expérience de maternité peut être considérablement bouleversée et peut se manifester par des dénis de grossesse, une sur-implication ou à l'autre extrême, une indifférence totale de cette future maternité, car comme le mentionne Cazas (2007) « il existe des degrés dans la psychose, et la perception de la grossesse installée peut être différente selon les formes de schizophrénie. »(p. 1056).

Le fait qu'une femme avec une Maladie Mentale Sévère (MMS) puisse être enceinte peut causer un dilemme éthique car, dans les esprits, maladie mentale et maternité sont encore difficilement conciliables. Il est intéressant de signaler que les Femmes Schizophrènes (FS) étaient encore stérilisées il y a quelques années, car il n'était pas envisageable qu'elles puissent avoir des enfants. Par

---

1. Les troubles de la volition regroupent l'apathie, la perte de motivation et d'intérêt, l'ennui, la fatigue, etc. (Fédération Française de Psychiatrie, 2003)

ailleurs, ce n'est qu'en 1975 que les dernières lois eugéniques<sup>2</sup> ont été abolies en Europe (Comité Consultatif National d'Éthique pour les Sciences de la Vie et de la Santé, 1996). Ainsi, il s'agit finalement d'une problématique relativement récente et nous pouvons constater, au travers de nos propres expériences, que l'idée que les FS puissent devenir mères reste, encore aujourd'hui, difficile à concevoir dans l'esprit de certains, tant dans la population générale que dans le monde professionnel.

Ainsi, la nécessité d'un soutien psychologique adéquat s'impose, particulièrement lorsque ces dernières souffrent de troubles psychiatriques, car elles se retrouvent bien souvent seules et sans les ressources nécessaires pour faire face à de tels changements, comme le démontrent les résultats de nombreuses études, et comme cela sera explicité dans la discussion. De plus, selon Kozier *et al.* (2005) « l'infirmière doit posséder des compétences professionnelles précises pour évaluer comment une personne se perçoit et pour l'aider à acquérir ou à conserver un bon concept de soi. » (p. 660), ce qui ancre directement cette problématique dans notre pratique. Grâce à ces éléments, nous voyons bien ici l'importance que peut revêtir la maternité dans la vie d'une femme et d'autre part, le rôle que le soignant peut jouer dans le soutien et la garantie des intérêts de cette population.

### 2.3 Définitions des concepts théoriques

Nous avons pu extraire quatre concepts de notre question de recherche, à savoir, le concept de soi, la qualité de vie, la promotion de la santé ainsi que l'éthique et la déontologie. Au vu de l'argumentation exposée ci-dessus, ces derniers apparaissent comme des points centraux dans notre problématique et constituent, selon nous, des éléments indissociables d'une prise en charge adéquate de la Femme Schizophrène Enceinte (FSE) et se retrouveront de manière transversale dans notre discussion.

- **Concept de soi**

Selon Kozier *et al.* (2005), « le concept de soi regroupe l'ensemble des perceptions qu'une personne a d'elle-même (par rapport à son physique, ses valeurs et ses convictions) et qui influent sur son comportement. » (p. 660). Ce dernier comporte quatre composantes majeures, qui sont : l'identité personnelle, l'image corporelle, l'exercice du rôle, ainsi que l'estime de soi. L'individu développe son concept de soi au travers de son éducation, de sa culture, de son environnement et de ses relations à autrui. Il est en constante évolution et n'est jamais fixé. Les événements de la vie quotidienne, les réussites et les échecs, contribuent à le modifier, positivement ou négativement.

L'infirmière joue un rôle important auprès du patient afin d'aider celui-ci à retrouver une perception de soi qu'il considérera comme satisfaisante. Ce travail s'effectue au travers d'une relation thérapeutique solide, dans laquelle il peut s'exprimer sur ses ressentis et ce qui le dévalorise mais également sur ce qui contribue à renforcer son estime de soi. Ainsi, l'infirmière obtient les clés nécessaires pour construire un projet de soins adéquat en cherchant à atteindre les buts fixés en collaboration avec le patient.

- **Qualité de vie**

Ce concept est difficile à définir, d'une part parce qu'il fait intervenir la notion de subjectivité et d'autre part parce qu'il n'existe pas de consensus sur une définition claire de la qualité de vie. Toutefois, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1994, cité par Leplège & Coste, 2001) la décrit comme étant « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le

---

2. Selon le Conseil d'Etat Français, l'eugénisme peut être défini comme « l'ensemble des pratiques et méthodes visant à améliorer le patrimoine génétique de l'espèce humaine ».

contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. »(p. 22). Ainsi ce concept comporte trois dimensions majeures : physique, psychologique et sociale. Cependant, d'autres auteurs pensent que la qualité de vie dépend de la capacité de l'individu à satisfaire ses besoins (Martin & Azorin, 2004). Il s'agira alors pour l'infirmière de comprendre l'importance de ces derniers pour la personne et de quantifier son niveau de satisfaction, c'est-à-dire, le jugement qu'elle porte sur sa vie en général. Dans une étude menée par Pitkänen, Hätönen, Kuosmanen & Välimäki (2009), visant à définir la qualité de vie du point de vue d'un individu souffrant d'une pathologie psychiatrique sévère, les domaines les plus représentatifs en sont : la santé, la famille, les loisirs, le travail ou les études, la maison, les relations sociales ainsi que la sécurité financière. Ainsi, les problèmes de santé mentale ont un profond impact sur la qualité de vie des personnes, et son amélioration est un des buts majeurs pour les infirmières en psychiatrie. Être conscient de la perception de la qualité de vie qu'a cette population permet d'affiner notre compréhension de cette dernière et de révéler les domaines d'insatisfaction que cela implique. Ainsi, l'infirmière sera à même d'élaborer des interventions allant dans le sens d'une promotion de cette qualité de vie.

#### • **Promotion de la santé**

Selon l'OMS (1999), « la promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »(p. 1). Il s'agira alors d'améliorer la maîtrise de l'individu sur les déterminants de la santé en vue de l'optimiser. Ainsi, promouvoir cette dernière vise deux objectifs distincts, à savoir permettre à tout individu de se réaliser et de satisfaire ses besoins, ainsi que l'aider à évoluer ou s'adapter dans l'environnement dans lequel il vit. Il est important de mentionner que la santé est perçue comme une « ressource de la vie quotidienne et non comme le but de la vie. »(OMS, 1986). Dès lors, pour la promouvoir, l'infirmière devra d'une part élaborer des actions de prévention et d'éducation et d'autre part être capable de mettre en valeur les capacités individuelles, physiques et sociales du patient, en vue que celui-ci atteigne un état de complet bien-être.

#### • **Éthique et déontologie**

L'éthique est issue de la philosophie et comme le mentionne Svandra (2005), elle représente l'« ensemble des principes moraux qui sont à la base du comportement de quelqu'un, [...] et peut se définir comme la recherche personnelle d'une sagesse de l'action. »(p. 10). Ainsi, c'est une notion subjective qui vise à considérer les actions humaines au travers du bien et du mal.

La déontologie, quant à elle, est l'« ensemble des règles et des devoirs qui régissent une profession, la conduite de ceux qui l'exercent, les rapports entre ceux-ci et leurs clients ou le public. »(Le Petit Larousse, 1999). Par ailleurs, d'après Blondeau (1999) « la déontologie agit comme complément à la morale générale en fournissant des outils plus précis et plus formels pour remplir les devoirs particuliers en matière professionnelle. »(p. 18). En ce qui concerne la profession infirmière, en Suisse, il n'existe pas de code particulier, c'est pourquoi nous nous baserons sur celui du Conseil International des Infirmières (CII) au Canada, qui selon nous correspond à nos valeurs et dont en voici l'idée principale :

Le respect des droits de l'homme - en particulier le droit à la vie, à la dignité et à un traitement humain, ainsi que les droits culturels - fait partie intégrante des soins infirmiers. Ces derniers ne sont influencés par aucune considération d'âge, de couleur, de croyance, de culture, d'invalidité ou de maladie, de sexe et d'orientation sexuelle, de nationalité, de politique, de race ni de statut social, autant de particularités qu'ils respectent au contraire. (CII, 2006, p. 1).

En tant qu'infirmière, nous avons donc le devoir d'assurer des soins équitables pour toute personne en ayant besoin, sans jugement de valeur et sans préjugés, tout en respectant ses propres valeurs.

### 3 MÉTHODOLOGIE

En avril 2010, nous avons débuté la recherche d'articles en vue d'apporter des éléments de réponse à notre problématique. Nous allons à présent décrire précisément notre démarche en référant les différentes bases de données utilisées ainsi que les résultats obtenus.

#### 3.1 Bases de données utilisées

- **CINAHL**

Selon Loiseleur 2007, la base de données CINAHL contient en référence plus de 2'500 périodiques en sciences infirmières [...] Outre l'information bibliographique (par auteur, titre, périodique, année de publication, volume et numéro de page) sur ces documents, nous y trouvons des résumés provenant d'environ 1'500 périodiques (p. 141). C'est pourquoi il constitue un outil de choix dans la recherche d'articles concernant notre thématique, puisque celle-ci s'inscrit bien dans le domaine des soins infirmiers. La présence des résumés nous a permis de mieux cibler notre recherche en repérant rapidement les articles remplissant nos critères.

- **PubMed**

« PubMed regroupe environ 20 millions de citations en littérature biomédicale extraits de MEDLINE et d'autres journaux en science de la vie ainsi que de livres en lignes. » (US National Library of Medicine, 2010). Il s'est donc révélé être un outil de recherche pertinent pour nous aider dans la construction du travail, bien qu'il ne cible pas exclusivement la discipline infirmière, ce qui induit que le nombre d'occurrences trouvées est bien plus élevé que dans d'autres bases de données, telles que CINAHL.

- **PsycINFO ou PsycNET**

Les bases de données PsycINFO ou PsycNET, produites par l'American Psychological Association donnent accès à des articles de périodiques (plusieurs étant en texte intégral), des chapitres de livres et des livres, des rapports de recherche et des thèses et mémoires en psychologie et domaines connexes (médecine, soins infirmiers, sociologie, etc.) du 19e siècle à nos jours (Université du Québec en Outaouais, 2007). Notre thématique touchant à un sujet relié au domaine de la psychiatrie, il nous a semblé tout à fait pertinent de profiter de cette ressource.

- **POPLINE**

La base de données POPLINE « contient des citations avec des résumés d'articles scientifiques, de rapports, de livres et de rapports non publiés dans le champ de la population, du planning familial et des problématiques de santé qui y sont associées. » (K4Health, S.d.). Étant donné que notre thématique s'inscrit dans le champ du planning familial, il nous a paru intéressant d'utiliser cette ressource.

- **Ascodocpsy**

Cette base de données constitue « un réseau documentaire en santé mentale [...] qui regroupe 86 établissements en santé mentale et associations. » (Ascodocpsy, 2010). En raison du grand nombre d'établissements représentés par cette base de données, nous avons pu y trouver des articles axés principalement sur la pratique et qui nous ont aidés dans le développement de notre problématique.

- **Divers**

Nous avons pris la liberté de contacter plusieurs auteurs, dont les travaux de recherches semblaient généralement correspondre à notre sujet, car spécialisés dans ce domaine. Nous avons ainsi pu obtenir des références indisponibles par d'autres biais. Les références des différents auteurs contactés se trouvent en annexe de ce travail.

### 3.2 Mots-clés utilisés

Afin de couvrir l'ensemble du sujet traité, nous avons utilisé des mots-clés spécifiques dont la validité a été préalablement vérifiée dans le Thésaurus<sup>3</sup> des différentes bases de données. Dans un premier temps, nous avons utilisé plusieurs combinaisons de mots-clés, principalement en anglais mais également en français. En voici une liste :

- **Par rapport à la personne** : women, femmes
- **Par rapport à la maladie** : schizophrenia, schizophrénie, psychosis, psychose, mental disorders, serious mental illness
- **Par rapport à la situation** : motherhood, maternité, pregnancy, grossesse
- **Par rapport aux soins** : prenatal care, soins périnataux, perinatal nursing, psychiatric care, psychiatrie, nursing, soins infirmiers,

### 3.3 Résultats

Voici quelques exemples d'occurrences trouvées sur CINAHL notamment, en combinant les différents mots-clés sus-mentionnés deux par deux :

Base de données	Descripteurs	Résultats
CINAHL	(Mental disorders) AND (Women)	622
CINAHL	(Schizophrenia) AND (Women)	155
CINAHL	(Schizophrenia) AND (Pregnancy)	173
CINAHL	(Mental disorders) AND (Motherhood)	14
CINAHL	(Schizophrenia) AND (Motherhood)	3
PsycINFO	(Schizophrenia) AND (Pregnancy)	2
POPLINE	(Schizophrenia) AND (Pregnancy)	9
Ascodocpsy	(Schizophrénie) AND (Grossesse)	100

Puis, nous avons tenté d'affiner nos recherches en combinant les mots-clés par trois, afin de préciser par exemple, le domaine de soins recherché.

Base de données	Descripteurs	Résultats
CINAHL	(Schizophrenia) AND (Pregnancy) AND (Nursing)	12
CINAHL	(Schizophrenia) AND (Women) AND (Nursing)	26
CINAHL	(Schizophrenia) AND (Pregnancy) AND (Perinatal nursing)	2
CINAHL	(Serious mental illness) AND (Pregnancy) AND (Nursing)	10
CINAHL	(Mental disorders) AND (Pregnancy) AND (Psychiatric care)	5

Au terme de ces recherches dans les bases de données, nous avons pu constituer un dossier de lecture d'environ une quarantaine d'articles potentiellement en lien avec notre sujet de travail de Bachelor. Afin d'affiner encore notre sélection, nous avons trié ces articles selon les critères d'inclusion suivant :

---

3. Selon l'Inserm (2006), « un Thésaurus est un répertoire organisé de termes sélectionnés et normalisés pour l'analyse de contenu et le classement des documents d'information. »

- **Date de parution** : Nous avons favorisé les articles parus dès 2005 dans un souci d'actualité
- **Revue** : Nous avons tenté de favoriser les revues infirmières. Si cela n'était pas possible, nous avons donné la priorité aux revues psychiatriques et/ou obstétriques
- **Pyramide des preuves** : Nous avons rapidement pu constater la quasi inexistence d'études infirmières. C'est pourquoi nous avons utilisé cet outil dans le but de justifier notre choix quant à la pertinence des articles sélectionnés<sup>4</sup>
- **Résumé** : Ce dernier nous a permis de constater si l'article en question correspondait ou non à notre problématique. Si tel était le cas, nous effectuons une lecture complète

Finalement seulement dix articles seront retenus pour alimenter la discussion, dont voici les références ainsi que les objectifs qu'ils visent et leur pertinence. Nous avons choisi de les présenter par ordre d'importance dans la pyramide des preuves.

1. **Hizkiyahu, R., Levy, A. & Sheiner, E. (2010). Pregnancy Outcome of Patients with Schizophrenia. *American Journal of Perinatology*, 27(1), 19-23**

Il s'agit d'une étude de cohorte comparant les complications périnatales entre deux groupes de femmes avec et sans schizophrénie ou troubles schizo-affectifs. Selon la pyramide, ce type d'article constitue un haut niveau de preuve.

2. **McCauley-Elsom, K., Cross, W. & Kulkarni, J. (2009). Best Practice when Working with Women with Serious Mental Illness in Pregnancy. *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 6(2), 185-203**

Il s'agit d'une étude qualitative et descriptive, ce qui selon nous relève d'un niveau de preuve suffisamment élevé pour être exploitée. Le but de cette recherche est d'identifier comment les cliniciens dans les services de maternité et de santé mentale travaillent avec des femmes enceintes présentant un diagnostic de MMS.

3. **McConachie, S. & Whitford, H. (2009). Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 867-876**

Cette étude est qualitative et descriptive. Comme la précédente, nous pensons qu'elle représente un niveau de preuve pertinent. Son objectif est d'explorer les expériences et les attitudes des infirmiers en santé mentale dans la prise en charge périnatale de femmes avec MMS.

4. **McCauley-Elsom, K. & Kulkarni, J. (2007). Managing psychosis in Pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 289-292**

Cet article est une étude de cas visant à fournir une idée de la complexité de la gestion d'une femme enceinte ayant une psychose. Selon la pyramide, ce niveau de preuve nous paraît suffisant.

5. **Usher, K., Foster, K. & McNamara, P. (2005). Antipsychotic drugs and pregnant or breastfeeding women : the issues for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 713-718**

Il s'agit d'une revue de littérature dont le but est de rassembler les différentes données disponibles concernant la gestion des antipsychotiques lors de la grossesse et de l'allaitement et d'en déduire les implications pour les infirmières en santé mentale. Le degré de preuve de cet article est donc suffisant.

---

4. Cf. annexe 1

Concernant le reste des articles sélectionnés, nous en avons choisi présentant des avis d'experts et cela, en raison de l'absence d'études infirmières traitant de notre sujet. Ces articles se situent à un niveau plus bas de la pyramide des preuves, mais viseront tout de même à soutenir les résultats des études que nous avons pu obtenir ainsi que les différents points relevés dans la discussion.

6. **Lagan, M., Knights, K., Barton, J. & Boyce, P.M. (2009). Advocacy for mothers with psychiatric illness : A clinical perspective. *International Journal of Mental Health Nursing, 18, 53-61***

Le but de cet article est de discuter de l'importance du soutien des soignants pour les mères souffrant de maladie mentale, particulièrement en période post-partum.

7. **Hauck, Y., Rock, D., Jackiewicz, T. & Jablensky, A. (2008). Healthy babies for mothers with serious mental illness : A case management framework for mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing, 17, 383-391***

Cet article constitue un projet de recherche dont les résultats n'ont pas encore été publiés. Il s'agissait de développer un outil de prévention/promotion de la santé à utiliser afin d'améliorer la santé reproductive des femmes souffrant de MMS.

8. **Frieder, A. (2010). Preconception Counseling for Women with Schizophrenia. *Current Women's Health Reviews, 6, 12-16***

Cet article a pour but de décrire les points clés d'une consultation de préconception chez les femmes souffrant de schizophrénie

9. **Howard, L.M. (2006). Pregnancy in women with psychotic disorders. *Clinical Effectiveness in Nursing, 9S2, e201-e211***

L'auteur a pour objectif de mettre en évidence les complications obstétriques et psychiatriques d'une grossesse chez les femmes souffrant de maladie mentale et de discuter des implications pour la prévention et le traitement de ces complications.

10. **Shah, A. & Christophersen, R. (2010). Prenatal care for Women with Schizophrenia. *Current Women's Health Reviews, 6, 28-33***

Il s'agit de discuter des obstacles à une prise en charge prénatale adéquate chez les femmes souffrant de schizophrénie, des facteurs associés à la maladie et son traitement et de l'approche pluridisciplinaire dans cette prise en soins prénatale.

Les articles qui n'ont pas été sélectionnés parmi les quarante ont toutefois pu être utilisés pour argumenter et étoffer notre problématique. Concernant la critique de ceux que nous avons retenus, nous nous sommes basés sur les techniques d'analyse tirées du Loiselle (2007), dont nous avons adapté la grille de lecture<sup>5</sup>.

Enfin, nous avons eu l'occasion de partager l'avancée de notre travail lors du *Colloque Source de recherches* qui s'est tenu à la Haute École de la Santé la Source, à Lausanne, en mai 2011. Cela nous a permis de rencontrer des professionnels du terrain, de partager avec eux leurs points de vue sur le sujet et de prendre en compte les conseils donnés ainsi que les pistes à approfondir quant à l'adaptabilité de nos résultats à la pratique. Nous avons également eu l'occasion d'explorer notre positionnement professionnel sur notre problématique.

---

5. Cf. annexe 2

## 4 ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES

### 4.1 Pregnancy Outcome of Patients with Schizophrenia

*Hizkiyahu, R., Levy, A. & Sheiner, E.*

Cette étude est issue de l'*American Journal of Perinatology* qui est spécialisé dans le domaine de l'obstétrique, de la néonatalogie ainsi que dans la médecine maternelle et fœtale. Elle a été publiée en 2010, ce qui en fait un article très actuel. Ses auteurs sont tous trois médecins spécialistes dans les domaines susmentionnés. Bien que ces derniers, ainsi que le journal, ne soient pas infirmiers, cette étude nous permet d'objectiver le fait que les FS ont plus de risque d'avoir des complications obstétriques.

Malgré une absence notoire de comité éthique qui nous démontre que les droits des patientes n'ont peut-être pas suffisamment été protégés, cet article a été sélectionné pour la précision des résultats qu'il offre, ainsi que pour sa rigueur méthodologique. En effet, il s'est déroulé sur une période de 20 ans pendant laquelle 186 554 accouchements ont eu lieu. Parmi ceux-ci, 97 concernaient des FS. Les auteurs font ainsi preuve d'un engagement prolongé, ce qui leur permet de recueillir un grand nombre de données.

Afin d'analyser ces dernières, les auteurs mentionnent avoir utilisé des outils statistiques tels que le test exact de Fisher<sup>6</sup>, ou encore le *t* test<sup>7</sup>. Par conséquent, la taille de l'échantillon ainsi que la rigueur des méthodes d'analyse, nous permettent d'affirmer la validité et la fiabilité des résultats obtenus. De plus, les auteurs font une description détaillée des deux échantillons comparés et présentent des tableaux récapitulatifs de leurs spécificités et caractéristiques.

Finalement, les résultats sont présentés au moyen de tableaux de comparaisons entre les deux populations observées, ce qui permet une lecture facile et agréable des conclusions de l'étude.

### 4.2 Best Practice when Working with Women with Serious Mental Illness in Pregnancy

*McCauley-Elsom, K., Cross, W. & Kulkarni, J.*

Cet article nous est apparu comme intéressant afin de répondre à notre problématique car il expose le point de vue des soignants au contact de la population ciblée par notre travail. Il donne également quelques pistes de réflexion et d'interventions afin d'améliorer les pratiques. Ses auteurs, Kay McCauley-Elsom et Wendy Cross sont toutes deux infirmières et professeurs à la Monash University, en Australie, qui est spécialisée dans le domaine médical, infirmier et des sciences de la santé. Elles ont mené plusieurs recherches dans le domaine de la psychiatrie ainsi que de la maternité. Quant à Javashri Kulkarni, elle est médecin et professeur en psychiatrie à l'université de Monash. Cet article est paru en 2009 dans la revue *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice* qui est spécialisée dans les pratiques de santé mentale et qui vise à partager les différents savoirs entre les professionnels de ce domaine. Il s'agit donc pour nous d'une source de connaissances tout à fait pertinente, puisqu'elle touche à la pratique infirmière. De plus, l'article est très récent, ce qui démontre son actualité.

Le choix de cet article s'est aussi porté sur la rigueur méthodologique dont ont fait preuve les auteurs. En effet, l'étude s'est déroulée sur six mois (de mai à octobre 2005). Nous pouvons

---

6. Permet de tester si les fréquences entières observées sur deux échantillons sont identiques ou non, même si les effectifs sont faibles (Duclert, 2011)

7. Le *t* test sert à calculer la différence entre des moyennes de deux échantillons de la population (Barmeyer, 2007, p. 105)



donc émettre l'hypothèse que les chercheurs font preuve d'un engagement prolongé, ce qui leur permet de mieux comprendre les diverses caractéristiques des différents groupes étudiés. De plus, elles utilisent la triangulation des sources de données (infirmières en psychiatrie, sage-femme, médecin en maternité) afin de tirer les conclusions les plus objectives possibles, ce qui dénote une bonne crédibilité ainsi qu'une fiabilité accrue. L'échantillon de personnes était de quarante-sept. Les auteurs procèdent à une description précise des sujets de l'étude et présentent des tableaux récapitulatifs comprenant la population observée ainsi que leurs spécificités. Les auteurs précisent cependant, qu'elles ont atteint une saturation des données ce qui accroît la fiabilité des résultats. Quant à la technique de collecte de données, ces dernières ont utilisé celle de l'auto-description semi-structurée, c'est-à-dire qu'elles présentent une liste de questions générales aux sujets observés (entretiens semi-directifs). Elles ont ainsi pu extraire les thèmes principaux et communs à tous les professionnels interrogés.

Finalement, l'étude fait mention de plusieurs comités éthiques dont celui de l'Université de Monash ainsi que ceux des trois hôpitaux où s'est déroulée l'étude. De plus, les chercheurs ont demandé le consentement éclairé des participants, ce qui nous démontre la volonté de protéger les sujets ainsi que leurs droits à disposer d'eux-mêmes.

### **4.3 Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness**

*McConachie, S. & Whitford, H.*

Cette étude qualitative et phénoménologique est très intéressante pour notre problématique car elle décrit le vécu du soignant dans la prise en charge de FSE, les éléments qui l'ont facilitée mais aussi les difficultés rencontrées.

Les deux auteurs sont toutes deux infirmières. La première, Susan McConachie, en santé mentale, et la seconde, Heather Whitford, en maternité. Cette dernière enseigne également à la School of Nursing and Midwifery à l'University of Dundee, en Grande-Bretagne. Ainsi, les deux domaines ciblés dans notre travail sont ici bien représentés. L'article est issu de la revue *Journal of Advanced Nursing*, qui est l'un des piliers dans la publication de recherches infirmières. Il date de 2008, ce qui en fait une source d'informations très récente. Ces différents éléments en font un choix de qualité pour l'élaboration de ce travail.

La méthodologie est également un point fort de cette recherche. La taille de l'échantillon nous semble cependant faible (dix-sept participants) toutefois, les auteurs affirment être arrivés à une saturation des données. De plus, l'étude a été approuvée par un comité éthique, ainsi que par l'accord des participants. Dès lors, les résultats nous paraissent valides et fiables. Par ailleurs, les auteurs précisent que la moyenne d'années d'expérience des participants est de 21 ans, ce qui, selon nous, constitue un élément avantageux étant donné leur niveau d'expertise dans le domaine de la psychiatrie.

Finalement, les résultats obtenus démontrent clairement les diverses problématiques apparaissant dans la prise en charge de ces femmes. Ainsi, plusieurs pistes pour y remédier sont proposées et peuvent être appliquées à la pratique infirmière.

### **4.4 Managing Psychosis in Pregnancy**

*McCauley-Elsom, K. & Kulkarni, J.*

Cette étude de cas descriptive est parue en 2007 dans la revue *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* qui est principalement axée sur les recherches actuelles menées dans le

domaine de la psychiatrie. Bien qu'il ne s'agisse pas spécifiquement d'un journal infirmier, il nous donne cependant une bonne vision de la pratique en milieu psychiatrique. De plus, comme présenté plus haut, l'une de ses auteurs est infirmière, et nous pouvons ainsi émettre l'hypothèse que le point de vue infirmier quant à l'analyse et à l'interprétation des données a été pris en compte.

Avant la présentation du cas clinique, les auteurs établissent préalablement un cadre de référence complet et actualisé, étoffé de nombreuses recherches menées antérieurement (entre 1999 et 2005), ce qui atteste de la crédibilité de leur étude. Concernant l'étude de cas en elle-même, nous constatons qu'aucune méthodologie n'a été décrite. Toutefois, les auteurs mentionnent avoir travaillé avec la patiente pendant cinq années, durant lesquelles elle a eu quatre grossesses. Nous pouvons donc affirmer que les auteurs ont passé suffisamment de temps sur le terrain et qu'ils ont ainsi pu récolter assez d'informations afin de les mettre en relation pour décrire les phénomènes observés. Quant à la question de la transférabilité des résultats, nous émettons l'hypothèse qu'étant donné que la psychose est une caractéristique commune à toutes les femmes souffrant de schizophrénie, les observations peuvent être généralisables à d'autres situations. Ainsi, cette étude constitue un article de choix afin d'appréhender notre problématique.

#### **4.5 Antipsychotic drugs and pregnant or breastfeeding women : the issues for mental health nurses**

*Usher, K., Foster, K. & McNamara, P.*

Le choix de cette revue de littérature se porte avant tout sur le fait qu'elle met en avant des résultats probants concernant la médication des mères avec MMS. Elle a été publiée en 2005 dans le *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, qui cherche à intégrer dans la pratique des données récentes sur la psychiatrie et les soins infirmiers dans ce domaine en partageant les connaissances de nombreux experts. Ses auteurs, Kim Usher et Kim Foster, sont toutes deux infirmières spécialisées dans les soins en santé mentale et professeurs à la School of Nursing Science de la James Cook University à Townsville en Australie. Paul McNamara est quant à lui infirmier clinicien consultant en santé mentale périnatale au Cairns Base Hospital, dans le Queensland, également en Australie. Ils constituent donc un groupe de professionnels évoluant au plus proche de notre sujet. Les références couvrent une période de 1990 à 2005 et représentent ainsi une source de savoir particulièrement riche.

Le début de l'article pose les bases à la compréhension de la problématique ainsi que le contexte de façon adéquate. La discussion est ensuite séparée en regard des deux grands thèmes abordés. Deux tableaux résument certaines données exposées et dressent également un ensemble de problématiques infirmières à considérer lors de la prise en charge de patientes enceintes avec MMS ou allaitant déjà leur enfant. La mention des lacunes de soignants quant à l'effet des traitements antipsychotiques sur ce dernier et durant la grossesse souligne également la nécessité d'effectuer des recherches supplémentaires dans ce domaine.

Les limites de l'article résident dans le fait qu'elle a été publiée en 2005 et que l'utilisation des traitements antipsychotiques est de mieux en mieux connue avec les années. Il est donc important de situer les données présentées dans leur contexte, il y a six ans. Cependant, il nous paraît approprié de le garder puisqu'il apporte des références théoriques fiables, même si pas totalement actualisées, sur lesquelles discuter dans notre travail.

#### **4.6 Advocacy for mothers with psychiatric illness : a clinical perspective**

*Lagan, M., Knights, K., Barton, J. & Boyce, P.M.*

Nous avons choisi cet article car il met en évidence les lacunes existantes concernant la prise en charge de patientes souffrant de maladie psychiatrique et ayant eu un ou plusieurs enfants. Bien qu'il traite plus spécifiquement de la période post-partum, alors que nous souhaitons traiter de toute la période périnatale, il permet de recenser, au travers des éléments précités, un certain nombre de facteurs, influençant de manière significative notre façon de soigner la population cible. En ce sens, il nous donne des idées des champs sur lesquels discuter.

Les auteurs sont constitués de deux psychologues, d'un médecin et d'une infirmière, qui ont récolté la plupart des informations via la pratique. L'article, rédigé au sein de l'Australian College of Mental Health Nursing, représentant des infirmières en santé mentale en Australie, a été publié en 2009 dans *l'International Journal of Mental Health Nursing*, revue traitant des courants actuels dans le domaine de la recherche et de la pratique en santé mentale, ce qui inscrit bien cet article dans notre discipline professionnelle. Sa publication récente ajoute à sa pertinence. Les références couvrent une période de 1973 à 2008.

L'introduction pose les bases de la problématique, puis le concept de « soutien » ou « plaidoyer » (advocacy) est ensuite développé. Au travers de trois vignettes cliniques, cet article démontre qu'il existe un fossé entre la réalité et le peu de structures existantes pouvant accueillir les femmes enceintes avec MMS. Quelques solutions sont néanmoins proposées, concernant principalement la création d'un plus grand nombre d'unités mère-enfant et de structures pouvant accueillir une telle clientèle. Cependant, les limites de cet article résident dans le fait que certaines conclusions ne sont basées que sur trois cas, sans aucune méthodologie présentée. Les différentes références proposées à travers le texte nous permettent pourtant de transposer certains éléments dans notre pratique.

#### **4.7 Healthy babies for mothers with severe mental illness : A case management framework for mental health clinicians**

*Hauck, Y., Rock, D., Jackiewicz, T. & Jablensky, A.*

Cette étude qualitative présente un projet de prévention primaire établi par la North Metropolitan Area Health Service Mental Health, en Australie. Cet article est issu de *l'International Journal of Mental Health Nursing*, et a été écrit par quatre auteurs spécialisés dans le domaine psychiatrique ou de maternité, dont Yvonne Hauck, professeur et sage-femme de formation enseignant à la School of Nursing and Midwifery, Curtin University of Technology, ainsi que Assen Jablensky, médecin et directeur de la School of Psychiatry and Clinical Neurosciences. Les qualifications ainsi que les différentes recherches ultérieures menées par ces auteurs nous démontrent leurs compétences dans le domaine, ce qui constitue un critère de choix pour cet article.

Malgré le fait que cet article se prête peu à une critique fine, notamment par manque d'informations quant à la méthodologie et aux choix analytiques utilisés, il fait toutefois état d'un bagage théorique complet et actualisé au travers de revues de littérature, d'expériences de soignants et de mères avec MMS, ce qui a particulièrement attiré notre attention.

Finalement, les conclusions de ce rapport sont tout à fait accessibles aux infirmières et offrent des indications pouvant être appliquées à la pratique infirmière. Les chercheurs mentionnent encore la nécessité d'évaluer l'utilité et l'application de cet outil dans la pratique, dans une recherche actuellement en cours et dont les résultats n'ont donc pas encore été publiés.

## 4.8 Preconception Counseling for Women with Schizophrenia

*Frieder, A.*

Nous avons choisi cet article car il traite spécifiquement de notre sujet. Son auteur, Ariela Frieder, est un médecin spécialisé dans la santé mentale des femmes, et plus précisément en ce qui concerne les maladies psychiatriques durant la grossesse et la période postpartum. Elle est actuellement professeur assistante à l'Albert Einstein College of Medicine of Yeshiva University à New York aux États-Unis. L'article a été publié en 2010 dans la *Current Women's Health Reviews*, revue très récente (2008) spécialisée dans la gynécologie et l'obstétrique. Le numéro spécial de la revue dont est issu notre article concerne la prise en charge des femmes enceintes souffrant de maladie mentale. C'est le regard intéressant qu'il offre sur les différents domaines à influencer pour préparer ces femmes à vivre au mieux leur expérience de la maternité, qui nous a paru particulièrement intéressant pour notre travail. La publication récente de l'article (2010) ainsi que les nombreuses références théoriques, qui couvrent une période de 1995 à 2009, offrent un regard pertinent et détaillé sur le sujet, tout en nous donnant des pistes de réflexion pour la discussion. C'est pourquoi nous avons fait le choix de garder cet article, bien qu'il ne soit pas strictement infirmier.

Les limites de l'article pourraient résider dans le fait que les actions proposées ne sont pas directement liées au domaine des soins infirmiers. Cependant, il nous paraît utile pour déterminer quels sont les besoins de ces femmes et sur lesquels une prise en charge infirmière pourrait être initiée.

## 4.9 Pregnancy in Women with Psychotic Disorders

*Howard, L. M.*

Cette revue narrative a été écrite par Louise M. Howard, médecin psychiatre spécialisée dans la psychiatrie périnatale et qui enseigne cette matière à des étudiant-e-s médecins, sages-femmes ou en formation postgrade au King's College de la University of London. L'article a été publié en 2006 dans la revue *Clinical Effectiveness in Nursing* spécialisée dans l'impact des soins infirmiers sur les patients et comment participer à leur bien-être, ce qui démontre d'une part son actualité, mais également sa pertinence pour notre travail. Les références couvrent une période de 1967 à 2006 et posent une base scientifique solide dès le début de l'article.

Les résultats sont importants pour notre pratique dans la mesure où ils mettent en évidence l'importance de la prévention qui est l'un des concepts que nous avons choisi de développer. Cependant, les limites de l'article se situent dans le protocole présenté, qui tient compte de la présence d'unités mère-enfant spécialisées, ce qui n'est pas le cas dans tous les pays.

Nous avons découvert, grâce à cet article, l'existence de l'échelle Camberwell Assessment of Need for Mothers with severe mental illness (CAN-M), déterminant les besoins spécifiques de la population que nous traitons dans ce travail, et sur lesquels proposer des interventions. La conclusion est très intéressante puisqu'elle met en valeur l'importance de l'interdisciplinarité dans les soins.

## 4.10 Prenatal Care for Women with Schizophrenia

*Shah, A. & Christophersen R.*

Nous avons choisi cet article parce qu'il traite spécifiquement de notre sujet mais également

parce qu'il est très récent et qu'il permet donc l'utilisation de données actualisées. Il nous permet de distinguer quels sont les champs à influencer pour la prise en charge optimale des FSE. Les références couvrent une période de 1969 à 2009.

Les auteurs, Alpa Shah, médecin psychiatre, et Rebecca Christophersen, infirmière, sont spécialisées dans le domaine de la santé mentale des femmes. Leur champ d'expertise nous conforte dans l'idée que les éléments présentés dans l'article peuvent être considérés comme fiables. L'article a été publié en 2010 dans la *Current Women's Health Reviews*, revue récente (2008) qui traite de gynécologie et d'obstétrique, dans le cadre d'un numéro spécial concernant la santé mentale, ce qui rend l'article adéquat pour notre problématique. Dès le début de l'article, il est mis en évidence qu'il existe peu d'études qui concernent les soins en période prénatale chez les femmes schizophrènes et rejoint ainsi nos difficultés à trouver des études infirmières sur le sujet.

## 5 COMPARAISONS DES RÉSULTATS

Les tableaux qui vont suivre ont pour but de présenter les dix articles sélectionnés en les classant respectivement par auteurs, principaux résultats et implications pour la pratique. Quant au but, étant donné qu'il a déjà été abordé précédemment, nous ne le ferons pas apparaître à nouveau dans le tableau.

Concernant les articles n'étant pas des études, nous avons considéré la totalité des données de l'article que nous avons classé sous la colonne « résultats ».

Références	Résultats	Implications pour la pratique
<p><b>Article n°1</b> Hizkiyahu, R. Levy, A. &amp; Sheiner, E. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientes schizophrènes plus âgées que le groupe de comparaison</li> <li>• Prévalence d'obésité plus haute</li> <li>• Petit poids de naissance plus présent chez groupe schizophrènes</li> <li>• Diabète gestationnel et pré-gestationnel plus présent aussi</li> <li>• Induction et augmentation du travail plus fréquentes</li> <li>• Malformations congénitales plus élevées</li> <li>• Schizophrénie et troubles schizoaffectifs sont des facteurs de risques indépendants pour les malformations congénitales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comme nous savons que c'est une population à haut risque, il faudra optimiser le suivi, par des actions de préventions (poids), éducation (diabète) et dépistage avancé des malformations congénitales</li> </ul>
<p><b>Article n°2</b> McCauley-Elsom, K., Cross, W., Kulkarni, J. (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manque de connaissances des cliniciens en regard de la médication utilisée lors de la grossesse et de l'allaitement. Pas de consensus clair quant à son utilisation : Faut-il l'arrêter, la diminuer ou la supprimer ?</li> <li>• Manque de connaissances des soignants sur les besoins spécifiques de ces femmes</li> <li>• Manque de confiance et de connaissance dans les compétences entre les différents professionnels (fragmentation des savoirs)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'un référentiel comprenant les effets de la médication anti-psychotique ainsi qu'un guideline de son utilisation</li> <li>• Importance de développer une collaboration entre les différents domaines concernés (notamment maternité et psychiatrie), voire de créer un rôle spécialisé</li> </ul>
<p><b>Article n°3</b> McConachie, S. &amp; Whitford, H. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les soignants ont peu d'expérience et se sentent mal à l'aise lorsqu'ils travaillent avec des femmes avec MMS en période périnatale</li> <li>• Manque de connaissance et dilemme éthique en regard des traitements (TTT) car pas de bases de données probantes</li> <li>• Les infirmières en psychiatrie se sentent frustrées du manque de communication en provenance des soins primaires, en revanche il est relevé que le fait de connaître le rôle des autres intervenants permet une meilleure collaboration</li> <li>• Tabou en regard du risque de suicide ou d'infanticide et responsabilité professionnelle mise en jeu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'absence de bases de données probantes concernant l'utilisation des antipsychotiques constitue une limite non-négligeable au travail des infirmiers</li> <li>• Une mauvaise collaboration entre les différents secteurs de soins peut amener une « rupture » de la relation thérapeutique, voire la mort de la mère. A contrario, une bonne collaboration permet aux soignants de se sentir plus confiants (surtout si les deux services sont au sein du même établissement, la communication est ainsi facilitée)</li> <li>• Des études plus approfondies sont requises pour établir un modèle de soins plus efficace</li> </ul>

Références	Résultats	Implications pour la pratique
<p><b>Article n°4</b>            McCauley-Elsom, K. &amp; Kulkarni, J.(2007)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La combinaison d'une histoire psycho-sociale pauvre, d'un diagnostic psychiatrique, d'une médication, d'abus de substance peuvent affecter le futur à la fois de la mère et de l'enfant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apporter les connaissances nécessaires aux infirmières en santé mentale pourrait améliorer leur implication dans la gestion des soins de cette population de femme</li> <li>• Le besoin d'informations en regard de l'utilisation d'antipsychotiques est d'une importance capitale</li> <li>• Il manque clairement d'études sur le sujet</li> <li>• La communication entre les professionnels impliqués dans la gestion d'une mère psychotique avant et après la grossesse est essentiel afin de fournir les meilleurs soins à la patiente et à la famille</li> </ul>
<p><b>Article n°5</b>            Usher, K., Foster, K. &amp; McNamara, P.(2005)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les antipsychotiques atypiques apparaissent comme causant moins d'infertilité par hyperprolactinémie</li> <li>• Généralement, l'utilisation des antipsychotiques durant la grossesse et l'allaitement est déconseillée bien qu'ils soient reconnus que ces derniers puissent avoir un effet bénéfique sur la mère et l'enfant</li> <li>• Apparemment, certains antipsychotiques atypiques se retrouvent à des doses plus basses dans le lait</li> <li>• Les antipsychotiques ont un effet tératogène prouvé et sont surtout dangereux le premier trimestre</li> <li>• Les plus petites doses possibles de substance sont préconisées</li> <li>• Si la FS n'est pas traitée, les risques de discontinuité des soins, de négligence infantile et d'altération du lien d'attachement sont plus significatifs</li> <li>• Chez certaines de ces femmes, être mère est une expérience positive qui peut conduire à une réduction de la stigmatisation ainsi qu'à un rôle social plus impliqué, mais peut également devenir ingérable</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beaucoup de professionnels ne connaissent pas l'effet de ces TTT sur l'enfant lorsqu'ils sont présents dans le lait</li> <li>• Si la mère prend un TTT lors de l'allaitement, elle devrait être informée de ne pas allaiter pendant le pic d'action de ce dernier, surtout s'il est pris quotidiennement</li> <li>• Le choix de prendre un TTT ou non devrait se baser sur trois principes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Évaluation du risques/bénéfices pour le fœtus</li> <li>– Degré de sévérité de la maladie de la mère</li> <li>– Choix de la substance en fonction d'une balance sécurité/efficacité</li> </ul> </li> <li>• Les infirmières en santé mentale jouent un rôle significatif en terme de soutien et de ressource pour ces patientes</li> <li>• Les expériences de la psychose maternelle et ses conséquences varient d'une femme à l'autre, requérant ainsi une évaluation individuelle</li> </ul>

Références	Résultats	Implications pour la pratique
<p><b>Article n°6</b> Lagan, M., Knights, K., Barton, J. &amp; Boyce, P.M. (2009)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les services de protection de l'enfant prennent surtout en compte les besoins de ces derniers et pas ceux de la mère</li> <li>• Lourdes conséquences de la séparation. Pour la mère : augmentation de la durée d'hospitalisation, exacerbation des symptômes psychiatriques. Pour l'enfant : troubles de l'acquisition du langage, d'ajustement social et émotionnel, de santé physique, de santé mentale et des résultats scolaires</li> <li>• Les services sociaux interviennent souvent au dernier moment, lorsque la crise est déjà « ingérable » pour la mère</li> <li>• Soutenir ces mères et leur offrir un environnement de soins adéquats peuvent leur permettre d'utiliser au mieux leurs compétences parentales, à se forger leur identité de nouvelle mère</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La prise en charge dans une unité-mère enfant permet de tenir compte aussi bien de la santé de l'enfant que de celle de la mère</li> <li>• Il est nécessaire de mettre les structures adéquates en place au plus vite afin d'être préparé à toute éventualité</li> <li>• La prévention et les actions rapides sont préconisées</li> <li>• Les infirmières sont les personnes les mieux placées pour prendre le parti de la mère et agir en sa faveur concrètement : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identifier les besoins du duo mère-enfant</li> <li>2. Établir et rechercher les ressources adéquates</li> <li>3. Mettre en place d'un cadre légal</li> </ol> </li> </ul>
<p><b>Article n°7</b> Hauck, Y., Rock, D., Jackiewicz, T. &amp; Jablensky, A. (2008)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En général, les personnes avec MMS ont une moins bonne santé physique avec pour conséquence une augmentation des morbidités et mortalités</li> <li>• Les personnes avec MMS ont deux fois plus de risques d'avoir des dépendances (alcool, tabac, drogues) ou de souffrir d'obésité</li> <li>• La plupart des femmes veulent et attendent d'avoir le choix dans leur reproduction. Ignorer la santé sexuelle chez les femmes avec MMS peut augmenter leur vulnérabilité</li> <li>• Les femmes avec MMS ont plus de risques d'être victimes de violences sexuelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si une prise de contact avec la sage-femme est déjà faite en période prénatale, les besoins réels des patientes sont plus souvent satisfaits</li> <li>• Connaître le désir d'enfant des femmes avec MMS permet de discuter des adaptations du TTT et de les y préparer</li> <li>• Une approche holistique est indispensable pour traiter les symptômes physiques et obstétricaux</li> <li>• La continuité des soins après l'accouchement est primordiale pour le bon déroulement de la maternité</li> </ul>
<p><b>Article n°8</b> Frieder, A. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est recommandé que la femme souhaitant tomber enceinte se sente prête à affronter les changements psychologiques et physiques induits par une grossesse</li> <li>• Ces femmes ont plus de risques d'être victimes de violence et d'avoir des rapports sexuels non désirés qui peuvent, associés à une mauvaise connaissance de moyens de contraception, conduire à des grossesses non désirées</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes ayant la volonté ou l'âge de procréer doivent être évaluées par les professionnels de la santé selon différentes thématiques exposées <ul style="list-style-type: none"> <li>– Sexualité et planning familial : Éducation sexuelle et informations en regard de la contraception</li> <li>– Situation socio-économique et réseau de soutien : Déterminer les besoins spécifiques des femmes avec MMS et évaluer la qualité du réseau</li> </ul> </li> </ul>



Références	Résultats	Implications pour la pratique
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les femmes souffrant de schizophrénie sont à haut risque de développer des complications obstétriques et néonatales</li> <li>• La schizophrénie est souvent concomitante à une absence d'emploi et/ou de domicile ainsi qu'à de la pauvreté</li> <li>• Les femmes avec MMS ont souvent un réseau social plus pauvre</li> <li>• Ces femmes sont plus sujettes aux addictions (tabac, alcool, drogue)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Addictions : Enseignement et prévention</li> <li>– Génétique : Implications en regard d'une future grossesse</li> <li>– Implications générales : Mobilisation et évaluation des compétences parentales, gestion d'une MMS en parallèle d'une grossesse</li> </ul>
<p><b>Article n°9</b> Howard, L.M. (2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les nouvelles classes de traitement antipsychotique possèdent moins d'effets secondaires et permettraient l'augmentation du taux de fertilité</li> <li>• Les femmes souffrant de maladie psychotique sont à haut risque de développer des complications obstétriques et psychiatriques liées à leur grossesse</li> <li>• Les femmes avec MMS sont dans une situation économique et sociale généralement précaire</li> <li>• Elles sont plus sujettes aux addictions (tabac, alcool, drogue)</li> <li>• Ces femmes ont plus de risques de subir des violences domestiques pouvant mettre en danger leur vie et celle de leur enfant</li> <li>• Un certain nombre de complications obstétriques et périnatales ont été mises en évidence chez les FS</li> <li>• Le rôle parental est souvent difficile à tenir pour ces femmes, mais n'est cependant pas impossible</li> <li>• Ces femmes souffrent de stigmatisation et de la peur du regard des autres qui les conduit à un sentiment d'incapacité et de peur de perdre la garde de leur enfant</li> <li>• Ces femmes ont des besoins spécifiques qui demandent une prise en charge complète comprenant les composantes bio-psychosociales et spirituelles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les changements face aux nouveaux traitements doivent être connus pour donner de bonnes informations aux patientes</li> <li>• Effectuer un recueil de données pour cibler interventions et prévention : antécédents psychiatrique et sociaux, habitudes et hygiène de vie, éventuelles violences</li> <li>• La collaboration en pluridisciplinarité permet d'orienter ces femmes dans la meilleure structure et vers des professionnels adaptés à leur situation</li> <li>• Le soutien de la part des professionnels doit se faire de façon régulière et soutenue tout au long de la période périnatale</li> <li>• L'adaptation du traitement doit se faire en accord avec la patiente</li> </ul>

Références	Résultats	Implications pour la pratique
<p><b>Article n°10</b> Shah, A. &amp; Christophersen, R. (2010)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les symptômes de la schizophrénie peuvent se détériorer pendant la grossesse et empêcher la patiente de recourir aux soins adéquats</li> <li>• Les femmes qui n'ont pas accès à ces soins ont plus de risque de développer des complications en regard de leur grossesse</li> <li>• La schizophrénie est accompagnée de comorbidités telles que : obésité, tabac, hypertension, hyperlipidémie et abus de drogue</li> <li>• La nouvelle génération de traitement antipsychotique a fait augmenter le taux de fertilité chez ces femmes résultant en des grossesses non voulues ou non prévues</li> <li>• Les obstacles à l'accès aux soins : déni de grossesse, grossesse non planifiée, situation sociale et hygiène de vie précaire, absence de domicile, violence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La question du traitement doit être abordée afin d'évaluer les risques/bénéfices pour la mère mais aussi pour l'enfant</li> <li>• La prise en charge des FS enceintes doit s'effectuer en pluridisciplinarité avec les différents partenaires de santé et du réseau de la patiente afin de leur apporter le soutien nécessaire</li> <li>• Les patientes doivent recevoir toutes les informations nécessaires quant au déroulement de la grossesse et de la préparation à l'accouchement</li> <li>• Une prise en charge prénatale optimale de la part des professionnels de la santé peut réellement diminuer les risques de complications</li> </ul>

## 6 DISCUSSION

Passons maintenant à l'analyse des différents résultats obtenus dans le but de répondre à notre question de recherche. Pour cela, nous avons extrait les éléments apparaissant à plusieurs reprises dans les articles et ce, au moyen d'un tableau de corrélations<sup>8</sup>. Ainsi, nous avons pu en ressortir cinq thèmes, à savoir : l'adaptation du traitement antipsychotique, les complications de la grossesse, les enjeux psycho-sociaux, le mode de vie, et les compétences des soignants. Nous allons à présent discuter de ces divers résultats, ainsi que des interventions infirmières qui s'y rapportent. Les concepts définis en début de travail seront ensuite repris au travers d'une brève synthèse.

### 6.1 Les cinq thèmes

- **Traitement anti-psychotique**

Au cours de ces dernières années, l'évolution des traitements antipsychotiques a été considérable. Aujourd'hui, nous connaissons mieux les effets des nouvelles classes de neuroleptiques, bien que des recherches supplémentaires soient indispensables pour en mesurer l'impact avec plus de précision (McConachie & Whitford, 2008 ; McCauley-Elsom *et al.*, 2009). Comme nous l'avons déjà brièvement évoqué, la question des traitements est particulièrement importante à aborder dans notre problématique. En effet, il a été démontré que les antipsychotiques atypiques permettent de restreindre les effets secondaires observés jusqu'alors avec les classiques, principalement l'effet contraceptif. Ainsi, les femmes utilisant ces traitements deviendraient plus facilement enceintes qu'auparavant, augmentant ainsi également la fréquence des grossesses non désirées (Usher *et al.*, 2005 ; Howard, 2006 ; Shah & Christophersen, 2010). Toutefois, la question de leur utilisation durant la grossesse n'est toujours pas éclaircie et l'absence de données probantes à ce sujet constitue une limite non-négligeable au travail des infirmiers (McConachie & Whitford, 2008). Assurément, il a été relevé qu'il n'existe pas de consensus et que, de ce fait, certains soignants se sentent mal à l'aise lorsqu'il s'agit de donner des conseils aux patientes (McConachie & Whitford, 2008, McCauley-Elsom *et al.*, 2009). Indéniablement, il y a là un dilemme éthique car les effets réels des substances médicamenteuses sur le fœtus ne sont encore aujourd'hui pas bien connus. De plus, certaines recherches démontrent que ces dernières pourraient avoir un effet tératogène<sup>9</sup>, surtout lors du premier trimestre, et qu'il serait ainsi conseillé de privilégier les plus petites doses de substances possibles durant la grossesse. De surcroît, il semblerait qu'une infime partie de ces dernières se retrouvent également dans le lait maternel, ce qui pourrait avoir une influence délétère pour l'enfant (Usher *et al.*, 2005). Pourtant, l'arrêt complet de traitement chez la mère, peut significativement mener à une nouvelle décompensation psychotique (McCauley-Elsom & Kulkarni, 2007). Il est d'autant plus intéressant de mentionner ici que certaines futures mères décident d'arrêter d'elle-mêmes leur médication, pour le bien de l'enfant à venir, mais sans forcément penser aux conséquences que cet arrêt pourrait avoir sur leur propre personne. Dès lors, une évaluation des risques et des bénéfices, en cas de changement de médication, autant pour la mère que pour son enfant, se doit d'être abordée (Usher *et al.*, 2005 ; Shah & Christophersen, 2010). Finalement, Usher *et al.* (2005) toujours, mettent en avant que, dans le contexte socio-culturel actuel, au sein duquel un accent particulier est mis sur la dynamique familiale, prendre en compte la question du traitement permettrait de favoriser cette dernière et se révèle indispensable afin d'éviter une séparation entre la mère et l'enfant.

---

8. Cf. annexe 3

9. Il s'agit d'un agent responsable d'anomalies de développement chez l'embryon (Catalogue et Index des sites Médicaux de langue Française (CiSMéF, 2011))

- **Complications de la grossesse**

Il a été démontré que les FS sont plus à risque de développer des complications obstétriques et périnatales que la population générale (Howard, 2006 ; Frieder, 2010). Celles-ci se manifestent fréquemment par un risque accru de retard de croissance intra-utérine (Howard, 2006 ; Frieder, 2010), par un petit poids de naissance (Howard, 2006 ; Hizkiyahu *et al.*, 2010 ; Frieder, 2010), des malformations congénitales (Frieder, 2010 ; Hizkiyahu *et al.*, 2010), une non reconnaissance des premiers signes de travail, un accouchement parfois prématuré, la mort périnatale, (Howard, 2006 ; Frieder, 2010) ainsi qu'un diabète gestationnel (Howard, 2006 ; Hizkiyahu *et al.*, 2010).

Frieder (2010), tout comme Shah & Christophersen (2010), mentionnent que ces diverses complications pourraient être limitées si les femmes venaient en consultation prénatale. Toutefois, les obstacles principaux de leur participation à cette dernière semblent liés à la pathologie psychiatrique. En effet, les éventuelles décompensations psychotiques ou, par exemple, le déni de grossesse pouvant parfois survenir en raison de tous les bouleversements engendrés par cette dernière, peuvent contribuer à isoler ces femmes de tout milieu de soins. De plus, la peur d'être jugée ou considérée comme incapable d'élever un enfant et d'ainsi voir la garde de ce dernier retirée dès sa naissance, peut constituer une barrière dans la volonté de la mère à demander de l'aide (Howard, 2006 ; Frieder, 2010) mais aussi renforcer la perturbation de l'estime de soi.

- **Enjeux psycho-sociaux**

Les FS ont une tendance plus marquée que les femmes de la population générale à vivre dans un milieu plus pauvre. Elles sont très souvent démunies et ne bénéficient généralement pas d'un soutien adéquat. Assurément, divers auteurs s'accordent à dire qu'une pathologie telle que la schizophrénie est, la plupart du temps, concomitante à une absence d'emploi et/ou de domicile, conduisant à une situation économique et sociale plutôt précaire (Howard, 2006 ; McCauley-Elson & Kulkarni, 2007 ; Frieder, 2010). De plus, elles auraient également un risque accru de subir des violences sexuelles qui, alliées à une mauvaise connaissance des moyens de contraception, sont fréquemment la source de grossesses non-désirées (Hauck *et al.*, 2008 ; Frieder, 2010). Ces femmes se retrouvent donc à devoir élever un enfant qu'elles n'avaient pas prévu, et cela dans un contexte de vie qui peut se révéler assez contraignant au quotidien, surtout sans l'aide de leurs proches. En effet, selon Frieder (2010), les familles des FS cherchent souvent à prendre de la distance par rapport à cette maladie psychiatrique, considérée comme un fardeau. En outre, la perturbation de leurs relations interpersonnelles peut fortement compliquer la constitution d'un réseau de soutien efficace. Cependant, il est tout de même démontré que beaucoup d'entre elles vivent en couple ce qui, si le partenaire est fixe, peut se révéler être une ressource non-négligeable dans la gestion de la maladie. (Frieder, 2010). Cette affirmation se nuance toutefois, puisqu'Howard (2006) énonce que ces femmes sont également plus à risque de violences domestiques, susceptibles de les mettre en danger, elle ou leur enfant. Ce paragraphe renvoie donc clairement aux différents éléments pouvant altérer la qualité de vie des femmes avec MMS.

Bien que la prévalence des grossesses non-désirées soit plutôt élevée, il ne faut pas omettre que les FS sont avant tout des femmes et que beaucoup d'entre elles revendiquent le droit à la maternité. De ce fait, cela implique qu'elles aient le contrôle sur leurs choix reproductifs, tels que la décision d'avorter ou, au contraire, de mener à terme une grossesse, planifiée ou non (Hauck *et al.* 2008). Usher *et al.* (2005) soutiennent qu'il est d'ailleurs important de ne pas sous-estimer les effets bénéfiques de la maternité, qui peut être vue comme une expérience positive conduisant parfois à une réduction de la stigmatisation vécue, ainsi qu'à un rôle social plus impliqué. Howard (2006) et Lagan *et al.* (2009) corroborent cette affirmation mais la tempèrent toutefois en mettant l'accent sur la nécessité de fournir à la future mère toutes les informations nécessaires. Ces dernières abordent les différents risques et complications obstétriques, développementales et génétiques qu'elle pourrait encourir et les répercussions sur un futur enfant. Elle doit égale-

ment être avertie des difficultés qu'elle pourrait rencontrer dans l'accomplissement de son rôle maternel, notamment à cause des barrières sociales déjà exposées, mais aussi des entraves dans la gestion de sa maladie psychiatrique, dont les symptômes peuvent évoluer rapidement. De ce fait, les éventuels effets secondaires reliés à un changement dans le traitement antipsychotique, sont à discuter. Tous ces éléments, ajoutés au sentiment d'isolement qu'elles vivent au quotidien, peuvent les conduire à se sentir impuissantes face à l'éventualité d'une future maternité. C'est pourquoi la dispense de ces informations permettraient d'anticiper au mieux ces complications, voire de les éviter, et de conforter la FS dans son rôle de mère.

Pour revenir au problème de la garde de l'enfant, nous avons affaire ici à une situation qui n'est malheureusement pas rare. Par ailleurs, la façon de procéder des services de protection de l'enfant n'est, apparemment, pas toujours adéquate. En effet, il est rapporté que ces derniers ont tendance à privilégier les besoins de l'enfant aux dépens de ceux de la mère et interviennent souvent trop tard, lorsque la situation est déjà ingérable pour cette dernière. Les conséquences d'une telle prise en charge peuvent être lourdes, tant sur les mères, qui peuvent présenter une exacerbation des symptômes psychotiques, que sur l'enfant, qui, quant à lui, peut développer des troubles de l'ajustement social et émotionnel (Lagan *et al.*, 2009).

#### • Mode de vie

D'autres résultats obtenus dans nos articles ont pu mettre en évidence que les FS, en raison de leur pathologie, présentent plusieurs comorbidités telles que l'hypertension, l'obésité ou l'hyperlipidémie (Hauck *et al.*, 2008 ; Hizkiyahu *et al.*, 2010 ; Shah & Christophersen, 2010). Ces facteurs peuvent être mis en lien avec d'éventuels effets secondaires liés au traitement, une tendance à moins bien s'alimenter et une affinité à plusieurs addictions, telles que le tabac, l'alcool ou encore les drogues (Howard, 2007 ; Hauck *et al.*, 2008 ; Shah & Christophersen, 2010). A ce sujet, de nombreux auteurs font mention du danger de l'abus de substances nocives sur le développement du fœtus ou sur le déroulement général de la grossesse. Par ailleurs, la qualité de vie de la mère peut également être affectée et les soins parentaux prodigués à leur enfant, susceptibles d'être altérés. Ainsi, nous pouvons affirmer que cette population de femmes possède une santé physique moins bonne que celles de la population générale. En tant que soignants, nous avons donc le devoir de prendre ces différents éléments en compte dans la prise en charge, limitant ainsi les risques au moyen d'actions d'éducation, de prévention et de promotion de la santé.

#### • Compétences des soignants

Les compétences des professionnels constituent un enjeu majeur dans les soins, car elles vont déterminer le bon déroulement ou non de la prise en charge. Ainsi, dans la situation de FSE, les études ont montré que les soignants se sentent souvent démunis et manquent clairement de connaissances sur les besoins spécifiques de ces dernières (McConachie & Whitford, 2008 ; McCauley-Elsom, *et al.* 2009). De plus, l'un des pivots de la profession infirmière est la circulation de l'information au sein du réseau interdisciplinaire. Toutefois, une difficulté de la communication entre les différents partenaires de soins est avancée. En effet, les soignants font état d'une fragmentation des savoirs, c'est-à-dire que chaque intervenant ne s'occupe que de son domaine de compétence et que donc, le suivi de l'information n'est pas toujours optimal (McConachie & Whitford, 2008 ; McCauley-Elsom *et al.*, 2009). Ainsi, il apparaît comme primordial que les infirmiers en psychiatrie connaissent le rôle de ceux en maternité et vice-versa, afin d'améliorer d'une part cette collaboration mais aussi la confiance envers les compétences de chacun (McCauley-Elsom *et al.*, 2009). Cela revêt toute son importance en soins infirmiers, puisqu'il a été démontré qu'une mauvaise collaboration peut mener à une « rupture » de la continuité des soins, ne permettant pas l'élaboration d'une relation thérapeutique suffisamment bonne (McConachie & Whitford, 2008).

## 6.2 Recommandations infirmières

Le chapitre précédent a mis en évidence différents enjeux pouvant représenter des obstacles à l'accès aux soins. La connaissance de ces derniers nous donne à présent la possibilité de nous positionner en tant que soignants afin d'établir des recommandations ou des idées d'interventions à appliquer dans la pratique.

Être femme et souffrir de MMS n'est, comme nous l'avons vu, pas une situation simple à gérer. En effet, la femme a des besoins très particuliers qui nécessitent une prise en charge adéquate, et ce, avant même que cette dernière soit enceinte (Howard, 2006). Ainsi, au vu de ses caractéristiques psycho-sociales, de ses risques accrus d'agressions sexuelles et de violence, mais également de ses éventuelles addictions et des risques de complications obstétriques durant la grossesse, il nous paraît primordial d'élaborer auprès de toute femmes souffrant de MMS et en âge de procréer, un recueil de données. Ce dernier serait centré sur ses antécédents psychiatriques et sociaux, ses habitudes et hygiène de vie, ainsi que sur ses éventuelles compétences parentales, et ce, afin d'élaborer des interventions de prévention, dans l'optique de leur permettre de modifier certains comportements à risque, et de préserver leur santé mais aussi celle de leur futur enfant, si toutefois elles décidaient de devenir mère (Howard, 2006 ; Frieder, 2010 ; Shah & Christophersen, 2010). De plus, une évaluation de leur sexualité et l'introduction du planning familial s'avère être un point central en terme de prévention. Il s'agirait dès lors d'effectuer une éducation sexuelle en regard des moyens de contraception et d'informer la patiente d'une augmentation possible de la fertilité due à la nouvelle génération d'antipsychotiques (Frieder, 2010). En outre, il est important d'explorer avec elle son désir d'avoir des enfants et de la renseigner sur les différents intervenants pouvant être contactés en cas de besoin (Hauck *et al.*, 2008 ; Frieder, 2010 ; Shah & Christophersen, 2010). Il est donc de notre devoir de soignant de ne pas minimiser ou rendre tabou ce sujet, mais au contraire de l'aborder. De cette façon, prendre en compte les désirs de la patiente permettrait d'une part de lui montrer qu'elle est soutenue dans ses choix, mais aussi qu'elle n'est pas mise à l'écart, réduisant ainsi la stigmatisation dont elle peut faire l'objet. Par ailleurs, cette démarche faciliterait également une réflexion concernant l'adaptation du traitement. En accord avec la patiente, il serait alors possible de l'y préparer assurant ainsi une meilleure compliance (Howard, 2006 ; Hauck *et al.*, 2008). C'est dans l'évaluation des risques et des bénéfices mentionnée plus haut que le soignant sera à même d'accompagner la future mère, en lui donnant les informations nécessaires.

Ces différentes interventions de prévention que nous venons de relever doivent être réalisées au plus tôt dans la prise en charge et se révèlent indispensables pour mobiliser les différents intervenants afin de mettre en place les structures nécessaires au suivi d'une éventuelle grossesse. En effet, une prise en charge prénatale optimale de la part des professionnels de la santé peut réellement diminuer les risques de complications (Howard, 2006 ; Hizkiyahu *et al.*, 2010 ; Shah & Christophersen, 2010).

L'approche dite « holistique » de la personne, qui la considère dans sa globalité, comme un être bio-psycho-social, culturel et spirituel, nous apparaît comme une notion capitale dans les soins. Notre problématique nous a montré que trop souvent, dans la situation d'une FSE, le « psycho » et le « bio » n'étaient pas traités ensemble, à cause du manque de connaissances des soignants, aussi bien en milieu psychiatrique que somatique. Bien que certains auteurs proposent la création d'un nouveau rôle possédant la double spécialisation (McCauley-Elsom *et al.*, 2009), nous pensons qu'il serait plus avantageux de mobiliser les compétences des différents membres du réseau. A notre avis, cette démarche s'inscrit de façon plus pertinente dans une prise en charge où l'approche pluridisciplinaire est considérée comme primordiale, telle que le démontrent plusieurs auteurs (McConachie & Whitford, 2008 ; McCauley-Elsom *et al.*, 2009). Dès lors, améliorer la connaissance du rôle de chacun des intervenants permettrait de mobiliser leurs compétences res-

pectives à bon escient, afin de répondre au mieux aux besoins de ces femmes (Howard, 2006). En outre, optimiser la communication entre ces divers professionnels donnerait, aux infirmières notamment, la possibilité de se sentir plus en confiance dans la prise en charge de FSE, en vue de leur apporter les meilleurs prestations possibles (Howard, 2006 ; McCauley-Elsom & Kulkarni, 2007 ; McConachie & Whitford, 2008 ; McCauley-Elsom *et al.*, 2009, Shah & Christophersen, 2010). Cette collaboration pluridisciplinaire devrait être soutenue durant toute la période périnatale. Ainsi, il a été démontré qu'une prise de contact avec une sage-femme, à ce moment, permettrait de satisfaire au mieux les besoins réels de la patiente (Shah & Christophersen, 2010). Ces entretiens auraient donc pour but de donner toutes les informations nécessaires quant au déroulement de la grossesse, à la préparation à l'accouchement et aux suites de ce dernier (Hauck *et al.*, 2008).

Pour conclure, les infirmières sont les personnes les mieux placées pour identifier les besoins des FSE et agir en leur faveur (Howard, 2006). Nous pensons donc qu'il est primordial que les professionnels de la santé prennent conscience du contexte de vie ainsi que des besoins spécifiques de ces dernières, afin de leur offrir un accompagnement individualisé et de les aider à surmonter tous les obstacles discutés dans ce travail pour qu'elles puissent vivre pleinement leur expérience de la maternité (Usher *et al.*, 2005 ; Howard 2006 ; Hauck *et al.*, 2008) L'accent est donc mis sur cette approche holistique dans laquelle l'infirmière est au centre de l'information et mobilise tout le réseau interdisciplinaire, assurant ainsi une continuité des soins.

### 6.3 Synthèse

Finalement, au travers de la discussion, nous constatons que les concepts que nous avons définis en début de travail sont tous omniprésents et constituent le pilier de la prise en charge des FSE. En effet, l'altération du *concept de soi*, avec le concours d'autres facteurs environnementaux, peut entraver de façon significative l'estime de soi de la patiente ainsi que son sentiment de bien-être. Dès lors, nous pensons que des actions de *promotion de la santé* sont indispensables afin d'optimiser ces deux notions, favorisant ainsi la *qualité de vie*. Finalement, la notion d'*éthique* est un point central, c'est pourquoi les notions de non-jugement, de bienfaisance et d'évaluation des risques sont particulièrement importantes dans notre problématique.

### 6.4 Limites et perspectives

Lors de la constitution de notre revue de littérature, nous nous sommes vite aperçus que les études strictement infirmières sur la prise en charge des FS durant leur grossesse n'étaient pas nombreuses, voire inexistantes. Cela nous donne encore plus l'envie, à travers ce travail, de mettre en évidence cette problématique dans les structures de soins suisses. Les études déjà réalisées quant aux bénéfices de certaines méthodes de prévention ou sur les effets de la médication anti-psychotique sur l'enfant constituent un pas de plus dans la recherche mais méritent une attention supplémentaire afin de prouver leur efficacité, comme corrélé par certains auteurs (McCauley-Elsom & Kulkarni, 2007 ; McConachie & Whitford, 2008 ; Frieder, 2010). De plus, nous n'avons utilisé que certaines bases de données, alors qu'il en existe d'autres, telles que COCHRANE notamment, qui recense toutes les revues systématiques de la recherche infirmière. Cependant, il nous a semblé que les articles sélectionnés nous permettaient d'aborder suffisamment d'éléments pour répondre à notre question, au niveau requis par ce travail.

Il est également intéressant de souligner que, dans les différents articles lus tout au long de ce travail, la prise en charge des FSE s'est beaucoup faite au sein d'unités spécialisées pour la mère et son enfant, et que ces dernières sont très nombreuses en Australie ou en Nouvelle-Zélande, par exemple (Howard, 2006). En Suisse, ces unités ne sont pas aussi spécialisées, car elles sont avant tout destinées à de la psychiatrie adulte, puis, en cas de besoin, accueille des mères avec leur enfant. Aussi, bien que cela nous questionne sur l'adaptabilité de certains résultats à notre pays,

nous en retirons tout de même des pistes de réflexion. La nécessité de réaliser d'autres études dans ce domaine apparaît alors comme évidente et permettrait, sans aucun doute, d'améliorer la prise en charge de ces femmes.

## 7 CONCLUSION ET AUTOÉVALUATION

Selon nous, le but de ce travail a été atteint. Au travers des différents enjeux mis en évidence dans la prise en charge de cette population de femmes, nous avons pu démontrer que ces dernières pouvaient tout à fait assumer leur rôle maternel, à condition de bénéficier d'un soutien adéquat et de surveillances étroites. Ainsi le rôle infirmier apparaît comme étant un pivot dans la circulation de l'information et la mobilisation des ressources nécessaires, malgré le manque flagrant de connaissances relevé. En effet, les nombreuses recherches effectuées dans les différentes bases de données nous ont vite confrontés au fait que cette problématique n'avait été que très rarement abordée d'un point de vue strictement infirmier. Cela nous a donc conforté dans le choix de notre sujet et nous a poussé à mettre en avant plusieurs aspects peut-être encore méconnus dans le monde professionnel qui sera très prochainement le nôtre. A présent, nous pouvons affirmer que, malgré l'absence de résultats probants, notre question de recherche reste néanmoins pertinente pour la pratique.

Effectivement, elle démontre la nécessité d'approfondir ce sujet et de réaliser des études basées sur les nombreux avis d'experts déjà existants et pouvant ainsi apporter à la pratique des données valables pour la future prise en charge de FSE. Ces études devraient, dans l'idéal, se réaliser en interdisciplinarité avec les différents professionnels constituant le réseau de la population ciblée. Cela permettrait ainsi de mobiliser les compétences de chacun et de les mettre au service de ces femmes, rejoignant de cette façon les résultats d'études récentes que nous avons pu trouver et qui prônent une collaboration entre les différents acteurs du système socio-sanitaire. Enfin, le rôle de l'infirmière est très valorisé dans notre travail, puisqu'il constitue un élément clé de la prise en charge des FSE. De même, bien que nous n'ayons pas listé de manière explicite des interventions infirmières à transposer dans la pratique, nous estimons que les différents points saillants relevés au cours du travail mettent bien en évidence les enjeux de l'accompagnement infirmier chez ces femmes et, nous l'espérons, sauront susciter un intérêt, voire même une volonté d'investiguer cette thématique de manière plus approfondie.

### **Autoévaluation**

Au terme de cette revue de littérature, il nous semble à présent opportun d'effectuer un bilan des apprentissages réalisés au cours de ces deux années de travail. En effet, tout au long de l'élaboration de notre Travail de Bachelor, nous avons été confrontés à un certain nombre d'obstacles liés aux ressources disponibles (recherche d'articles), à la gestion de notre calendrier (entre modules, vacances et stages), mais que nous avons pu surmonter grâce à une excellente collaboration au sein du binôme. Cet élément, que nous considérons comme un avantage non négligeable, aura contribué à nous faire mobiliser nos compétences organisationnelles, et constitue un élément que nous percevons comme essentiel dans notre future pratique, dans laquelle le travail en équipe est considéré comme un point central. Une dynamique de groupe plutôt joviale, malgré les moments de doutes et d'inquiétudes, inévitables dans ce genre de démarche, nous a permis de démontrer volonté, flexibilité et engagement en tant que futurs professionnels.

La charge de travail mise en œuvre pour identifier les articles pertinents pour l'analyse de notre problématique, ainsi que l'utilisation des différentes bases de données, nous a fait prendre conscience de la richesse des outils scientifiques et méthodologiques auxquels nous avons accès dans le domaine des soins infirmiers, tout comme l'importance d'effectuer des études de manière



régulières afin de rester actuels face à la constante évolution des pratiques. La méthodologie de recherche à un niveau Bachelor est un acquis que nous espérons pouvoir mobiliser lors de futures expériences professionnelles.

La lecture de la plupart des textes scientifiques en anglais, nous a également permis de distinguer une notion d'inter-culturalité, bien souvent présente dans les soins, et de nous familiariser avec des termes spécifiques au champ de la discipline infirmière, dans une langue couramment utilisée dans toute littérature s'y rapportant. Les articles issus de divers pays nous ont également permis de découvrir, comme dit précédemment, quels types de structures existaient déjà pour les FSE, nous offrant ainsi un regard riche et diversifié sur lequel nous avons basé notre discussion.

C'est grâce à ces divers éléments que nous avons pu développer notre regard critique face à une thématique issue de la pratique, mobilisant ainsi les différentes compétences acquises au cours de notre formation. Nous sommes à présent capables d'entrer dans le monde professionnel avec les outils et les compétences nécessaires pour justifier nos futures interventions, au moyen de données probantes issues de la recherche. Cela nous permettra, en outre, de mettre en valeur la profession infirmière avec crédibilité mais aussi de prendre position dans le but de favoriser les intérêts du patient. La démarche que nous venons d'effectuer dans ce travail s'inscrit directement dans la formation Bachelor actuellement dispensée en Suisse, et nous ne pouvons qu'encourager les personnes qui nous suivent à s'impliquer dans ce processus afin de faire évoluer leur pratique et de se construire comme les soignants qu'ils souhaitent devenir.

## 8 BIBLIOGRAPHIE

American Psychiatric Association. (2003). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Masson

Ascodocpsy. (2010). *Présentation d'Ascodocpsy*. Accès le 09.05.2011  
<http://www.ascodocpsy.org/Presentation-d-ascodocpsy>

Barmeyer, C. (2007). *Management interculturel et styles d'apprentissage : étudiants et dirigeants en France, en Allemagne et au Québec*. Canada : Les Presses de l'Université de Laval

Bioy, A. & Fouques, D. (2002). *Manuel de psychologie du soin*. Paris : Bréal

Blondeau, D. (1999). *Ethique et soins infirmiers*. Québec : Les presses de l'université de Montréal

Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française (CiSMéF). (2011). *Tératogène*. Accès le 22.06.2011. <http://www.chu-rouen.fr/ssf/prod/teratogenes.html>

Cazas, O. (2007). Femmes psychotiques et maternité : quels risques pour l'enfant ? *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, 35, 1055-1059

Comité Consultatif National d'Ethique pour les Sciences de la Vie et la Santé, (1996). *Rapport sur la contraception chez les personnes handicapées mentales*. Accès le 18.05.2011- <http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/964076400/0000.pdf>

Conseil d'État Français. (S.d). *La révision des lois de bioéthique* Accès le 20.06.2011. [http://www.conseil-etat.fr/cde/media/document//etude-bioethique\\_ok.pdf](http://www.conseil-etat.fr/cde/media/document//etude-bioethique_ok.pdf)

Conseil International des Infirmières (CII). (2006). *Code de déontologie du CII pour la profession infirmière*. Accès le 30.05.2011. <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/7service-f/pdf/icncodef.pdf>

Delmas, P. & Sliwka, C. (2007). *Ordre infirmier français, enjeux et perspectives*. Paris : Editions Lamarre

Duclert, A. (2011). *Test de Fisher exact*. Accès le 21.05.2011. <http://www.duclert.org/Aide-memoire-R/Statistiques/Test-de-Fisher-exact.php>

Fédération Française de Psychiatrie. (2003). *Schizophrénies débutantes : diagnostic et modalités thérapeutiques*. Accès le 20.06.2011. [http://www.esculape.com/psychiatrie/schizo\\_debut\\_anaes.htm](http://www.esculape.com/psychiatrie/schizo_debut_anaes.htm)

Frieder, A. (2010). Preconception Counseling for Women with Schizophrenia. *Current Women's Health Reviews*, 6, 12-16

Harel-Biraud (1994). *Manuel de psychologie à l'usage des soignants*. Masson, Paris

Hauck, Y., Rock, D., Jackiewicz, T. & Jablensky, A. (2008). Healthy babies for mothers with serious mental illness : A case management framework for mental health clinicians. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17, 383-391

Healthlinks. (2007). *Evidence-based Practice Tools Summary* Accès le 18.05.2011. <http://healthlinks>.

washington.edu/ebp/ebptools.html

Hizkiyahu, R., Levy, A. & Sheiner, E. (2010). Pregnancy Outcome of Patients with Schizophrenia. *American Journal of Perinatology*, 27(1), 19-23

Howard, L.M. (2006). Pregnancy in women with psychotic disorders. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 9S2, e201-e211

Howard, L., Hunt, K., Slade, M., O'Keane, V., Senevirante, T., Leese, M. & Thornicroft, G. (2007). Assessing the needs of pregnant women and mothers with severe mental illness : the psychometric properties of the Camberwell Assessment of Need-Mothers (CAN-M). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16(4), 177-185

Inserm (2006). *Définition d'un thésaurus*. Accès le 09.05.2011 [http://infodoc.inserm.fr/PubMed/Mesh-3/31\\_Defthsr.htm](http://infodoc.inserm.fr/PubMed/Mesh-3/31_Defthsr.htm)

K4Health, Knowledge for Health (S.d.). *POPLINE*. Accès le 09.05.2011 <http://www.popline.org/aboutpl.html>

Kozier, B., Erb, G., Berman, A. & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers - Théorie et pratique, vol.1*. Québec : ERPI

Kuhl, H.C. (2010). *La psychiatrie intra-muros en Suisse de 2000 à 2006*. Basel : Obsan. Accès le 03.03.2011. <http://www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/05/publikationsdatenbank.html?publicationID=3206>

Lagan, M., Knights, K., Barton, J. & Boyce, P.M. (2009). Advocacy for mothers with psychiatric illness : A clinical perspective, *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 53-61

Le Petit Larousse (1999). *Dictionnaire*. Paris : Larousse

Leplège, A. & Coste, J. (2002). *Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthode et application*. Paris : Editions Estem

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : ERPI

Martin, P. & Azorin, J-M. (2004). *Qualité de vie et schizophrénies*. Montrouge : Editions John Libbey Eurotext

McCauley-Elsom, K, Cross, W. & Kulkarni, J. (2009). Best Practice when Working with Women with Serious Mental Illness in Pregnancy, *Mental Health and Learning Disabilities Research and Practice*, 6(2), 185-203

McCauley-Elsom, K. & Kulkarni, J. (2007). Managing psychosis in Pregnancy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 289-292

McConachie, S. & Whitford, H. (2009). Mental health nurses' attitudes towards severe perinatal mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 65(4), 867-876

OFS (2010). *Augmentation du nombre de naissances et de mariages : Communiqué de presse*. Ac-

cès le 20.05.2011. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/01/01/new.html?gnpID=2011-584>

OMS (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Accès le 26.04.2011. <http://christian.crouzet.pagesperso-orange.fr/smpmp/images-SMT/Charte%20d%27OTTAWA.pdf>

OMS (1999). *Glossaire de la promotion de la santé*. Page consultée le 26.05.2011. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ho_glossary_fr.pdf)

Pitkänen, A., Hätönen, H., Kuosmanen, L. & Välimäki, M. (2009). Individual quality of life of people with severe mental disorders. *Journal of Psychiatry and Mental Health Nursing*, 16(1) 3-9

Shah, A. & Christophersen, R. (2010). Prenatal care for Women with Schizophrenia. *Current Women's Health Reviews*, 6, 28-33

Svandra, P. (2005). *Comment développer la démarche éthique en unité de soins ?*. Paris : Editions Estem

Townsend, M.C. (2010). *Psychiatrie et santé mentale* (2e éd). Québec : ERPI

Université du Québec en Outaouais (27 avril 2009). *PsycINFO*. Accès le 09.05.2010 <http://biblio.ugo.ca/ressources-electroniques/bases-donnees/psychinfo.php>

U.S. National Library Of Medicine and the National Institute of Health (5 avril 2010). *PubMed Help*. Accès le 09.05.2010 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/booshelf/br.fcgi?book=helppubmed&part=pubmedhelp>

Usher, K., Foster, K. & McNamara, P. (2005). Antipsychotic drugs and pregnant or breast-feeding women : the issues for mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 713-718

Wieland Ladewig, P., London, M.L. & Brookens Olds, S. (1992). *Soins infirmiers, maternité et néonatalogie*. Québec : ERPI