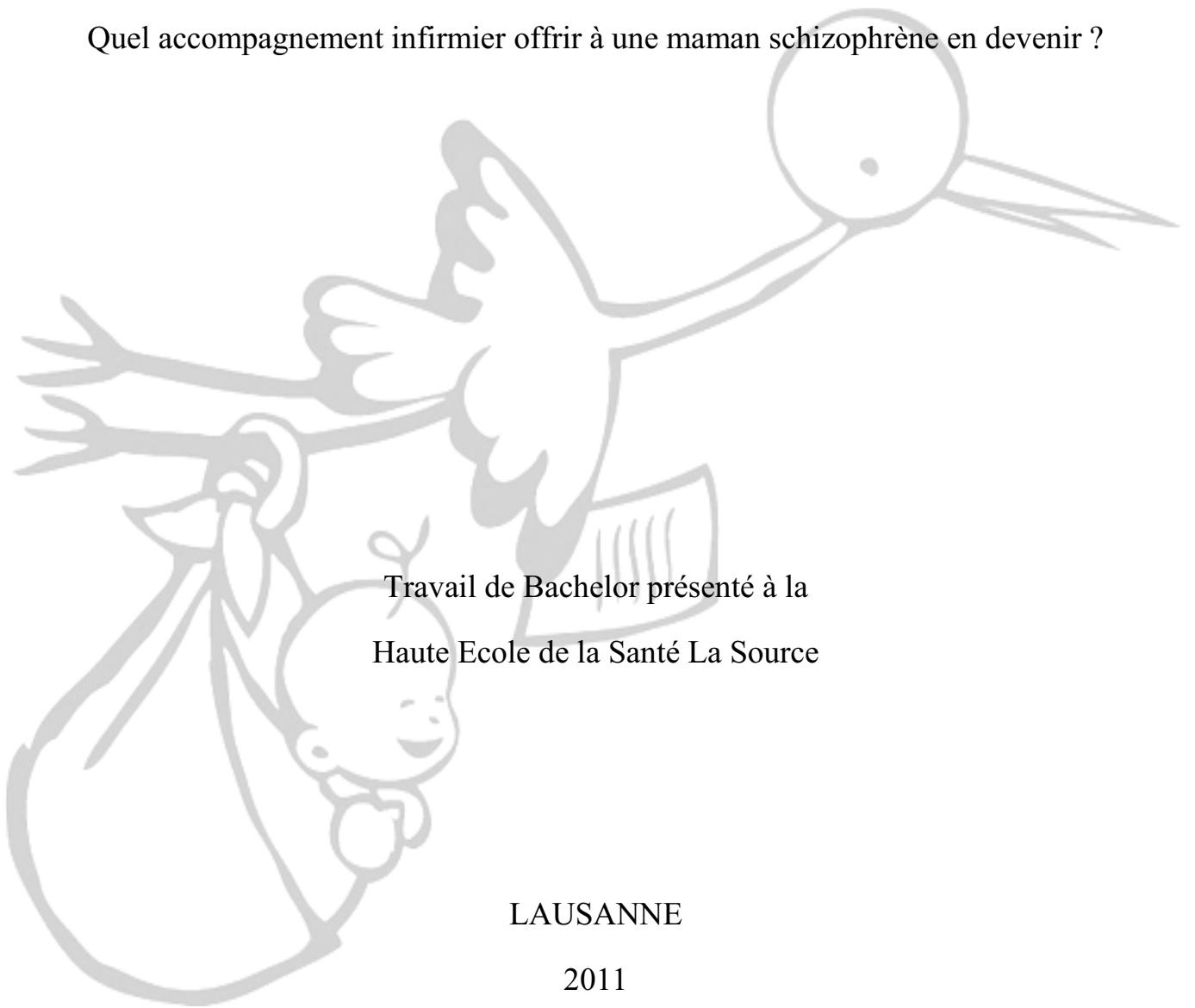


Gaëlle JAQUIER & Caroline GRANDCHAMP

BACHELOR EN SOINS INFIRMIERS

Schizophrénie et rôle maternel

Quel accompagnement infirmier offrir à une maman schizophrène en devenir ?



Travail de Bachelor présenté à la  
Haute Ecole de la Santé La Source

LAUSANNE

2011

*Gilles Bangerter*

*Directeur du Travail de Bachelor*

## Remerciements

*Nous tenons à remercier Monsieur Bangerter  
Pour son soutien, sa disponibilité  
Et son intérêt pour notre travail.*

*Un énorme Merci à Monsieur Jeanguenat, notre professeur de séminaire,  
Mais aussi un conseiller particulièrement présent,  
Qui nous a permis d'évoluer positivement en deux ans d'aventure !*

*Nous remercions également Madame Stella Lecourt,  
Qui s'est volontiers prêtée à l'exercice d'experte de terrain.*

*Merci également à Valentin Fasel, étudiant infirmier à Fribourg,  
Qui nous a gentiment suggéré des références  
Novatrices pour l'évolution de notre travail.*

*Un Merci particulier encore pour ma partenaire, amie, confidente,  
Avec qui j'ai pu avancer de façon fiable,  
Avec confiance et humour.*

## Résumé

**La problématique** est l'accompagnement, en milieu psychiatrique aigu, dans le processus de parentalisation chez une mère souffrant de schizophrénie chronique.

**But :** Identifier les difficultés rencontrées par les mères et les femmes enceintes souffrant de schizophrénie chronique dans l'apprentissage du rôle maternel et ainsi, trouver des idées d'interventions créatives et novatrices, propres au rôle infirmier et applicables au sein du peu d'institutions prenant en charge les mères durant la période périnatale en Suisse. Ce travail met en évidence certains concepts utiles à la compréhension de la problématique, classés par thèmes : la psychiatrie, avec l'appareil psychique –succinctement- et la schizophrénie, les aspects maternels grâce à la préoccupation maternelle primaire, la mère « suffisamment bonne », le Caregiving ou le « prendre soin » ou encore la maternologie. Vient ensuite la théorie de l'Empreinte selon Lorentz, utile à la mise en lien entre ces différents thèmes et l'attachement mère-enfant.

Les quatre concepts centraux de la discipline infirmière - **Le soin** : L'accompagnement dans le processus de parentalisation, **la personne** : La mère atteinte de schizophrénie chronique, **l'environnement** : Le milieu de la psychiatrie aiguë & **la santé** : La schizophrénie chronique - nous ont permis de cibler notre questionnement.

**Méthodologie :** Huit articles de recherches scientifiques, trouvés à l'aide des bases de données PubMed et CINAHL ainsi que du moteur de recherche Google ou encore grâce aux références des articles sélectionnés et des bibliothèques professionnelles de terrain, ont été analysés au travers de la grille BTEC. Cette méthode d'analyse permet une vision claire et critique des articles et laisse la place aux interprétations des lecteurs. Des tableaux comparatifs ont été créés afin d'obtenir une vision synthétique de la totalité des résultats de recherche.

**Résultats :** La maternité est un événement fréquent chez les femmes souffrant de psychoses. Toutefois, elles sont marquées par les conduites à risques, la médication antipsychotique, l'attachement entre la mère et son fœtus, thèmes récurrents de cette problématique. La maternité chez les femmes souffrant de schizophrénie est fréquemment source de difficultés et de tension, sans omettre que ces sont des aspects physiologiques de la grossesse, exacerbés par la psychopathologie. Ces femmes ont parfois tendance à vouloir cacher leur pathologie dans un souci protecteur vis-à-vis de leur enfant et tendent à imiter leurs perceptions idéales de la mère. La période périnatale est sujette à un manque de suivi spécifique pour cette population. La stigmatisation de l'évènement maternel par la société ainsi que par les professionnel-le-s de la santé a pour conséquence une diminution des consultations dans les structures d'accueil adaptées, déjà peu développées en Suisse, par peur de se voir retirer le droit de garde de l'enfant. Toutefois, ces femmes ont en général un meilleur réseau social qui peut s'expliquer par une tendance à rechercher de l'aide ou à en recevoir spontanément de la part de proches. Le risque de décompensation en période postnatale est élevé, également pour des questions organisationnelles, engendrant une baisse des hospitalisations volontaires.

**Retombées pour la pratique infirmière :** Prioritairement, les études sélectionnées démontrent qu'une prise en soin précoce de la mère et ensuite durant toute la période périnatale permet à la mère de prendre à son tour soin de façon adéquate son enfant.

## Table des matières

<i>Introduction</i> .....	1
<i>Question-s et problématique</i> .....	1
Notre expérience .....	1
Contexte, origine et champ clinique de la discipline infirmière .....	1
Pertinence, contexte socio-sanitaire & professionnel .....	2
<i>Concepts</i> .....	3
L'appareil psychique - Instances de la personnalité .....	3
La schizophrénie .....	3
La préoccupation maternelle primaire .....	4
La mère « suffisamment bonne » .....	4
Caregiving ou le « prendre soin » .....	5
Maternologie .....	5
Théorie de l'Emprunte selon Lorentz .....	6
<i>Méthodologie</i> .....	6
Méthode de recherche.....	6
Méthode d'analyse .....	7
<i>Résultats</i> .....	8
<i>Analyse critique des articles</i> .....	8
<i>Comparaison des résultats</i> .....	14
<i>Discussion &amp; Perspectives</i> .....	19
Réponses à la problématique / Consensus & divergences.....	19
Quelques bonnes pratiques .....	20
Limites de la revue de littérature .....	20
<i>Conclusion</i> .....	23
<i>Références bibliographiques</i> .....	24
<i>Références méthodologiques</i> .....	25
<i>Annexe 1 : Analyse d'article avec la grille BTEC</i> .....	26

## Introduction

Afin de réaliser ce travail de Bachelor, nous avons élaboré un questionnaire à partir de situations de soins rencontrées sur le terrain. Après de nombreuses discussions, notre intérêt s'est porté sur la prise en charge infirmière de patientes en devenir maternel atteintes de schizophrénie. Ce questionnaire a permis de faire surgir une problématique que nous avons étayée grâce à un travail de revue de littérature scientifique. Notre problématique est par conséquent la suivante : *En tant qu'infirmières en psychiatrie aiguë, comment accompagner la mère atteinte de schizophrénie chronique dans son processus de parentalisation ?*

Au fil de nos recherches, des questions se sont imposées à nous, à savoir : En tant qu'infirmier-ère-s, avons-nous un impact sur l'attachement entre la mère et son bébé, ainsi que sur ses compétences maternelles ? S'agit-il de capacités innées ou acquises ? Quel(s) rôle(s) ont les infirmiers-ère-s lors de ce type de situation ? Existe-t-il une prise en charge spécifique ou de bonnes pratiques à adopter ? Le cas échéant, lesquelles ? Existe-t-il des structures spécialisées et quelles sont leur(s) mission(s) ? Si tel est le cas, y en a-t-il en Suisse ?

Ce travail est composé de quatre parties. En premier lieu, une partie questionnaire et problématique où nous argumentons la pertinence de notre choix en lien avec le contexte dans lequel se situe notre activité. Ensuite, une deuxième partie concernant la méthode, résumant nos moyens de recherches, les bases de données et les mots-clefs que nous avons utilisés. Puis, une avant-dernière partie à propos des résultats à proprement parlé. La dernière partie de ce travail est dédiée à la discussion et aux retombées pour la pratique.

## Question-s et problématique

### Notre expérience

Chacune de nous, ayant effectué plusieurs stages en milieu psychiatrique, a été confrontée à différentes situations de soin touchant simultanément la maternité et la santé mentale. L'une de nous a constaté lors d'un stage en néonatalogie que les parents souffrant d'une psychopathologie étaient souvent dénigrés et jugés par les soignant-e-s. L'autre a observé lors d'un stage en psychiatrie aiguë que certains soignant-e-s pouvaient avoir tendance à favoriser les besoins du bébé en priorité plutôt que d'accompagner la mère dans son processus de parentalisation. Il a dès lors été constaté que ces mères se sont toutes vues retirer leur droit de garde. Nous avons donc souhaité nous concentrer sur ce sujet qu'est une maladie psychiatrique chronique telle que la schizophrénie et son lien, son impact, dans l'identification du rôle maternel.

### Contexte, origine et champ clinique de la discipline infirmière

Notre questionnaire s'inscrit, à l'origine, dans un contexte de psychiatrie aiguë. Toutefois, les résultats de ce travail peuvent être transposés aux milieux somatiques telles que la maternité et la néonatalogie.

L'origine du questionnaire se situe au travers de situations vécues dans un milieu de soins dont la mission était de prendre en charge des mères, hospitalisées avec leur enfant, souffrant de pathologies psychiatriques, chroniques ou aiguës. Le rôle infirmier était alors de garantir un lien mère-bébé, aussi ténu soit-il, au travers de soins quotidiens du nourrisson. Le projet de soin avait

alors pour but de stimuler la mère afin qu'elle prenne soin de l'enfant de manière autonome, en évitant le plus possible de la suppléer dans son rôle maternel.

Notre questionnaire comprend les quatre concepts centraux de la discipline infirmière que sont :

- **Le soin** : l'accompagnement dans un processus de parentalisation
- **La personne** : la mère atteinte de schizophrénie chronique
- **L'environnement** : le milieu de psychiatrie aiguë
- **La santé** : la schizophrénie chronique

Notre problématique est par conséquent la suivante : *En tant qu'infirmières en psychiatrie aiguë, comment accompagner la mère atteinte de schizophrénie chronique dans son processus de parentalisation ?*

### **Pertinence, contexte socio-sanitaire & professionnel**

De nos jours, ce questionnaire est sujet à multiples débats. Que ce soit dans les représentations sociales ou dans le monde des soins, devenir mère tout en souffrant de schizophrénie semble être un projet invraisemblable et dangereux pour l'enfant à venir. Les mères ont également des représentations et des appréhensions face à ce type de situation, se sentant isolées et ressentant le regard des soignant-e-s comme potentiellement stigmatisant. Ce regard peut dès lors avoir des conséquences sur son propre sentiment de capacité à remplir adéquatement son rôle maternel.

Cependant, cinq milles femmes schizophrènes deviendraient mère chaque année en France. Selon Burtzejn et Sibon (1991, cités par Elbaz-Cuoq, 2011), cette pathologie chronique apparaît chez l'homme

Entre 18 et 25 ans, alors que chez les femmes, elle se manifeste entre 24 et 35 ans. [...] La schizophrénie survenant plus tardivement chez les femmes, les acquisitions des compétences et des habilités sociales ont ainsi pu s'opérer avant le début des symptômes, ce qui procure de meilleures compétences aux mères schizophrènes vis-à-vis de leur bébé. (p.20)

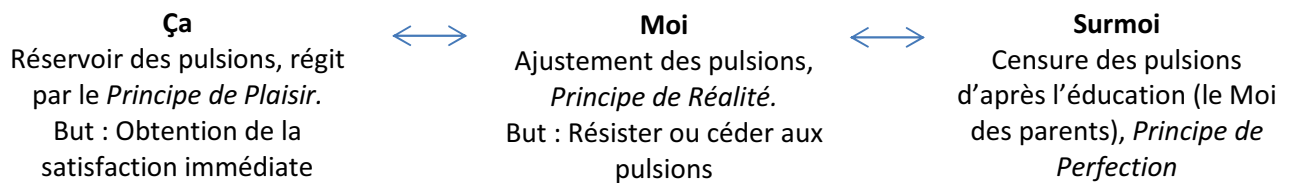
L'envie de procréer survient en général dans la même tranche d'âge que celle de l'apparition des symptômes. Ces deux évènements coïncidant, il n'est pas rare de rencontrer ce type de situation dans les milieux de soins. Nous pensons donc que notre sujet est pertinent quant à la situation socio-sanitaire et professionnelle.

Or, ce sujet étant vaste, nous avons choisi d'orienter notre questionnaire sur une population atteinte de maladie chronique et non pas aiguë afin de différencier nos idées d'interventions issues de cette revue de littérature. Il n'aurait pas été pertinent d'orienter nos interventions pour les femmes ayant vécu l'expérience d'une bouffée psychotique sans récurrence de l'évènement car la prise en charge de ce type de patientes est à la base divergente voire ne nécessite pas de prise en soins particulière. Notre travail s'oriente vers la « population chronique » car ces patientes auront plus besoin de suivi psychiatrique à long terme que la « population aiguë ». Il n'est en effet pas rare que les femmes de la deuxième catégorie ne connaissent l'expérience d'une hospitalisation en psychiatrie qu'une seule et unique fois et n'y soient plus jamais confrontées à l'avenir.

## Concepts

### L'appareil psychique - Instances de la personnalité

Nous allons définir ici les trois entités de la personnalité, nommées par Sigmund Freud, médecin neurologue et psychiatre à l'origine de la psychanalyse. En 1900, il définit une première topique articulée en trois systèmes : le Conscient, l'Inconscient et le Préconscient. Puis, en 1920, il définit une seconde topique qui divise l'appareil psychique en structures distinctes : Le Moi, le Ça et le Surmoi. Ces structures ainsi que l'histoire de la psychanalyse, développées par Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1989), ont inspiré la suite de ce chapitre.



Dans le développement des psychoses, les professionnel-le-s parlent de *délires*, qui représentent la perte de contact avec la réalité. Ce délire se construit, d'après une approche psychanalytique, au travers du **Moi**, qui va s'allier au **Ça** pour détruire le **Surmoi** et donc créer une « nouvelle réalité », délirante mais plus supportable par l'individu. Le délire se construit d'après les exigences du Ça, des pulsions, des envies, des fantasmes. Il est dès lors nécessaire de rappeler que ces processus sont inconscients. L'intérêt pour notre travail de recherche se pose sur les psychoses et les pathologies psychotiques chroniques telle que la schizophrénie.

### La schizophrénie

Concernant la définition de la schizophrénie ou psychose schizophrénique, Ey, M., Bernard, P. et Brisset, C., (1989) s'entendent pour dire que

On entend par là un ensemble de troubles où dominent la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments – troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité. (p. 476)

Différents facteurs de développement pathologique interviennent dans le processus pathologique ; ils sont nombreux et nous ne les développerons pas ici. Cependant, il est intéressant de les citer, afin de garder en tête la complexité de cette pathologie chronique qu'est la schizophrénie.

- Facteurs génétiques de prédisposition (Hérédité)
- Facteurs de prédisposition biotypologiques (Forme du corps)
- Facteurs caractériels de prédisposition (Psychotypique → Introverti...)
- Facteurs neuro-biologiques
- Facteurs psycho-sociaux ; la famille et le milieu (théorie psychanalytique)

Le tableau clinique de la schizophrénie peut être partagé en deux grandes « familles » qui sont les symptômes positifs et négatifs. Il s'agit des deux pôles de cette pathologie. Tout ce qui se rattache au délire, aux hallucinations, aux agitations psychomotrices sera classé dans les symptômes positifs. Pour ce qui est des symptômes négatifs, il s'agit du retrait social et des traits dépressifs, entre autres.

Cliniquement parlant, le patient montrera une présence de différents éléments, des caractères fondamentaux à la reconnaissance de la pathologie, tels que l'ambivalence, la *bizarrierie*, l'impénétrabilité et le détachement (ou retrait social). Ces quatre éléments sont une démonstration de la Discordance.

Viennent ensuite d'autres signes distinctifs de la schizophrénie, prenant part dans la décision de diagnostic :

- le **syndrome de dissociation**, avec des troubles du cours de la pensée et du langage, l'altération du système logique (une pensée régressive gouvernée par les exigences affectives et le besoin de modifier le système de réalité), une désorganisation de la vie affective ou encore une discordance psychomotrice (de type catatonique, par exemple).
- **Le délire paranoïde**, définit par le vécu délirant, de l'expérience d'étrangeté, de dépersonnalisation et d'influence.

### La préoccupation maternelle primaire

A la naissance, il s'installe un phénomène d'échanges entre les parents et l'enfant. En effet, les comportements de l'enfant comme les pleurs, les sourires, les cris déclenchent toute une série de comportements des parents qui tentent d'interpréter ce que leur enfant essaie d'exprimer. Cette attention particulière à l'enfant correspond à la préoccupation maternelle primaire de D. W. Winnicott (2006). Ce psychanalyste et pédiatre s'est intéressé à l'état que vit la mère lorsqu'elle entre en contact avec son bébé. Selon Winnicott, la préoccupation maternelle primaire est l'état psychologique de la mère lorsqu'elle s'occupe de son bébé afin de satisfaire au mieux ses besoins. Lors de cet état, la mère met en veilleuse ses propres besoins afin de satisfaire ceux de son enfant qui paraissent prioritaires. La préoccupation maternelle primaire se développe petit-à-petit. En effet, elle débute lors de la grossesse et perdure jusqu'à quelques mois après l'accouchement. Cet état psychique oblige la mère à être extrêmement sensible afin de décoder les moindres besoins de son enfant. En effet, comme l'affirme Di Rocco, V., (2011), « Pour créer cet environnement favorable, la mère doit développer une hypersensibilité qui lui permet d'utiliser toutes les ressources de son empathie pour s'ajuster aux besoins de l'enfant, tant physiques que psychiques. » (p.9) Cette sensibilité la rend par conséquent comme repliée et donc vulnérable. Par la suite, la mère recommence à s'occuper d'elle-même, s'intéresse progressivement à ses propres besoins selon le rythme de développement de son enfant.

### La mère « suffisamment bonne »

Dans son œuvre « La mère suffisamment bonne », D.-W. Winnicott (2006) affirme qu'il n'existe pas d'enfant seul. Il a développé le concept de mère « suffisamment bonne » -*good enough mother*- s'articulant autour de trois concepts : le *holding*, le *handling* et l'*object presenting*. Le *holding* est défini par la façon dont la mère porte son enfant, le serre contre elle, fait attention à sa position etc... Le *handling* désigne les soins physiques à l'enfant tels que la toilette, les soins d'ombilic, l'alimentation. Il désigne également la manière dont la mère exécute ces soins. La douceur, la façon de parler à l'enfant, de le masser, sont des critères influençant le *handling*. Par le *handling*, l'enfant devient à même de différencier ce qui lui appartient de ce qui est extérieur à lui, il découvre les limites de son corps. L'*object presenting* est la traduction de la présentation de l'objet. C'est comment s'y prend la mère pour présenter petit-à-petit le monde à son enfant. La mère doit être suffisamment bonne selon Winnicott. Cela signifie qu'elle ne doit pas trop en faire car l'enfant doit apprendre à être seul parmi les autres. Si la mère satisfait les désirs de l'enfant avant que ceux-ci ne



se présentent, l'enfant ne connaîtra pas les sensations de désirs et les moyens de les satisfaire et sera trop dépendant des autres. L'angoisse de l'abandon sera alors insoutenable. La mère doit donc trouver un certain équilibre dans les trois concepts décrits ci-dessus.

## Caregiving ou le « prendre soin »

C'est en 1988 que Bowlby commence à parler de la notion de *caregiving*, traduit par « prendre soin », qui regroupe les soins parentaux dont l'enfant a besoin pour s'attacher à ses parents. Ce *caregiving* va en général du parent à l'enfant. Le parent est appelé *caregiver*. George et Solomon (1996, 1999, 2008 cités par Bekhechi V., Rabouam C. et Guédeney N., 2009) ont étudié le phénomène de *caregiving* et le décrivent comme « [...] un ensemble organisé de comportements guidé par une représentation de la relation actuelle parent-enfant. » (p.17) Le *caregiving* est un système complémentaire au système d'attachement. Ils ont tout deux pour but la protection de l'enfant afin de garantir son développement dans un cadre organisé. Le but de ce système est que les parents puissent être proches de leur enfant lorsque celui-ci est vulnérable par rapport à une situation à problèmes. Les comportements du système de *caregiving* ont donc pour objectif une certaine proximité physique ainsi que psychologique avec l'enfant. Ils se caractérisent par des comportements de type caresses, présence, berceuses, chants, sourires. Lorsque le parent perçoit des signes d'apaisement chez l'enfant, le système de *caregiving* se met en veille. Ce système peut engendrer différents types d'émotions chez le parent : du plaisir, du soulagement, de l'ennui, de la colère, de l'impuissance voire de l'anxiété. Ceci varie selon le contexte et les réponses de l'enfant aux comportements. Le *caregiving* nécessite, pour le parent, d'être disponible pour son enfant et d'avoir un engagement par rapport à lui. Il est donc primordial que le parent soit motivé à entretenir une relation durable avec son enfant.

## Maternologie

La maternologie est une discipline récente, développée en France par, notamment, Jean-Marie Delassus. Ce psychanalyste et chef de service du service du même nom exerce au sein du centre hospitalier spécialisé Charcot ; hôpital à mission psychiatrique, en Bretagne. La maternologie donne une définition supplémentaire à l'expérience de la naissance, celle de la naissance psychique de l'enfant comme étant sa « vraie » naissance.

Selon J.-M. Delassus, (2000)

dans le cadre d'une grossesse normale, nous avons vécu [...] l'homogénéité constante de la vie biologique *in utero*. [...] Un tiers de notre cortex (appelé par la suite aires associatives) commence à se développer, pendant la période fœtale, dans une atmosphère de totalité biologique et vitale. [...] Il faut naître, passer de la mise au monde à la naissance, c'est-à-dire qu'il faut trouver, de quelque manière que ce soit, une modalité nouvelle de la totalité originelle qui, ne pouvant plus être assurée constamment sur le plan biologique, n'est plus une totalité, mais le plus souvent un éprouvant vécu de la différence. (p.12)

La naissance psychique va donc consister en la recherche, par le nouveau-né, de cette « totalité » perdue dans le visage de la mère, utilisée comme « interface » entre le monde utérin et le monde extérieur. Le principe de maternologie peut être explicité comme suit : Il s'agit avant tout **d'accompagner** le processus de « naissance psychique » de l'enfant, au travers de l'observation de celui-ci (et non de sa mère), afin de détecter les éventuelles difficultés maternelles. Ce travail se fait grâce à une présence empathique, à l'écoute, en visant ce que J.-M. Delassus a appelé « la reconduite aux origines » de la mère. Le principe général de cette prise en soins repose sur l'idée

que, durant la grossesse, moment de vie intra-utérine, le fœtus est indifférencié, sa norme vitale est présente, imprimée au niveau cortical, dans les aires appelées ensuite « aires associatives ». L'accouchement, marque la naissance physique du nouveau-né. Il s'agit en réalité d'un changement de lieu, marquant la différence et donc le manque. Le nourrisson va dès lors rechercher cette « totalité » perdue au sens de la « naissance maternologique ». Ceci se fait au travers, entre autre, du levé des yeux du bébé vers la mère, du soutien du regard... Le visage de la mère est utilisé comme « interface » entre le monde « total », utérin et le monde réel, extérieur. Ce visage sert à atteindre la « totalité **psychique, symbolique** », puisque la « totalité biologique » n'est plus possible. Cette recherche du visage maternel va donner du sens à la naissance psychique, qui sera enfin la **finalité** de la grossesse.

## Théorie de l'Empreinte selon Lorentz

Madame De Reyff (2007) met en évidence deux courants principaux concernant l'attachement en opposition ; celui des éthologistes face aux psychanalystes. La question principale étant de savoir si l'attachement de l'enfant à la mère est un besoin primaire ou secondaire.

Selon les éthologistes, l'attachement est un besoin primaire et ils mettent en avant le thème de « l'emprunte ». *A contrario*, les psychanalystes classent l'attachement dans la classe des besoins secondaires, qu'ils argumentent avec la thèse de « la perte du lien maternel ». Le besoin primaire dans ce contexte concernerait plus particulièrement le besoin d'être nourri et c'est à travers la satisfaction de ce besoin que le lien avec la mère pourra s'établir. Nous n'allons pas développer la théorie de l'attachement comme processus acquis selon les psychanalystes, mais uniquement le point de vue global des éthologistes, au travers des travaux de Lorentz, dans les années 1930, car sa théorie de l'empreinte peut être transposable à la maternologie, en termes de concept principal.

La maternologie met en évidence la naissance « psychique » liée à la recherche du visage de la mère comme interface afin d'atteindre la finalité, la naissance complète. L'apport éthologique de Lorentz et sa théorie de l'empreinte souligne que l'attachement est un processus inné, celui de « la conduite de poursuite ». Cette théorie peut être liée à celle de la maternologie par cet aspect : Lorentz a basé sa recherche sur l'observation de canards au moment de l'éclosion et en a déduit que les poussins, à leur naissance, s'attachent quasi irréversiblement à la première figure en mouvement qu'ils aperçoivent dans leur champ de vision. C'est en général leur mère, mais cet attachement peut concerner tout être d'une autre espèce, tel qu'un être humain, par exemple.

## Méthodologie

### Méthode de recherche

Afin de réaliser une revue de littérature aussi complète que possible, il est nécessaire d'utiliser plusieurs bases de données différentes et d'y entrer des mots-clefs variés afin d'obtenir un large éventail d'articles. Nous avons en premier lieu utilisé la plateforme informatisée de la Haute Ecole de Santé La Source (Cedoc) en y entrant les mots **schizophrénie, maternité, attachement**. Nous avons trouvé principalement des livres concernant ces sujets, sans aucun lien entre eux. Nous nous sommes également intéressées aux revues *Santé Mentale, Soins Pédiatrie-Puériculture* ainsi que *Archives of women's mental health*. Par la suite, nous nous sommes focalisées sur la recherche d'articles en utilisant les bases de données MEDLINE-PUBMED et CINAHL. Afin de retrouver les termes adéquats répertoriés dans les différentes bases de données, il était nécessaire de traduire les mots-clefs en anglais à l'aide du thesaurus *HonSelect* et d'y ressortir les termes *MESH*. Les mots-clefs

retenus - car fructueux - et utilisés en différentes combinaisons sont : **psychiatry, schizophrenia, mothering, parenting, parenthood, mental illness** et **pregnancy**.

Nous avons profité des références bibliographiques de certains articles scientifiques afin d'élargir nos recherches. Par cette méthode, nous avons remarqué qu'énormément d'articles utilisent les mêmes références et citent des auteurs communs.

Nous avons également eu l'occasion de pouvoir faire des recherches dans la bibliothèque professionnelle de la Fondation de Nant ainsi que dans les recueils d'articles présents dans les différents services de la Fondation.

Afin de garantir une qualité d'article correspondant à nos attentes, nous avons déterminé dans les bases de données des critères d'exclusion.

Etaient exclus de nos recherches, les articles :

- De plus de dix ans, sauf si l'article est récurrent dans les références bibliographiques
- N'étant pas écrits par des doctorants
- Concernant les épisodes psychotiques aigus
- Qui étaient dans une autre langue que le français, l'anglais ou l'italien
- Traitant des dépressions du post-partum
- Issus d'un milieu de pratique somatique exclusivement
- Traitant de la médication uniquement (p.ex articles adressés aux pharmaciens ou médecins)

## Méthode d'analyse

Afin d'analyser nos articles de façon optimale, nous avons utilisé une grille d'analyse proposée lors des séminaires, nommée Grille BTEC. Celle-ci permet une vision claire et synthétique des articles et de repérer si ceux-ci correspondent à nos attentes et pourront, par conséquent, participer à la réponse à notre problématique.

Cette grille s'articule autour de différentes étapes de la lecture, telles que :

1. Etapes préliminaires
  - a. Mise en évidence des objectifs poursuivis pour l'article en lecture
  - b. Vision globale (titre, mots-clefs, type d'article...)
  - c. Qualité du résumé
2. Lecture critique
  - a. Données de l'article (revue, date, subventions)
  - b. Figures et tableaux
  - c. Notes particulières
  - d. Points importants ressortant de la lecture
  - e. Analyse critique (but(s) de l'étude, actualité de l'article, références nombreuses, méthodologie, résultats obtenus, discussion et conclusion)
3. Appréciation personnelle
  - a. Lien(s) avec nos attentes, notre problématique
  - b. Points forts / faibles de l'article

Afin d'illustrer cette méthode d'analyse, une de nos grilles BTEC est à disposition dans les annexes.

## Résultats

Cette méthodologie nous a permis de recueillir une trentaine d'articles plausibles. Toutefois, suite à la lecture des résumés et malgré les filtres imposés à la recherche, nous nous sommes accordées pour en éliminer un certain nombre, ne correspondant pas à notre thématique. Dès lors, la lecture des résumés, de la question de recherche et des résultats des articles restant nous a permis de définir quels articles seraient choisis. Parmi ceux-ci, nous avons privilégié les articles traitant :

- De femmes souffrant de schizophrénie chronique
- De femmes enceintes et / ou parturientes
- D'études proposant des idées d'interventions applicables au domaine infirmier
- D'études issues de la pratique infirmière voire médicale

Suite à cette lecture rapide, quelque dix articles ont été sélectionnés et analysés au travers de la Grille BTEC. A l'élaboration des tableaux comparatifs, huit articles ont retenus notre attention car ils s'inscrivent de manière plus complète dans notre problématique, par rapport aux deux articles écartés en dernier lieu.

## Analyse critique des articles

**Montgomery P., Tompkins C., Forchuk C., French S., (2006). Keeping close : mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 20-28**

**But-s de la recherche:** Décrire les expériences des mères avec de sévères maladies mentales au travers de leurs propres perspectives. Savoir comment elles ont géré leur maternité.

**Analyse:** Cet article aborde de façon globale l'attachement mère-enfant après la naissance et nous amène quelques éléments transposables pour la pratique en post-natal. Il explique également la grossesse d'une femme souffrant de troubles psychiatriques chroniques selon sa propre perspective. Les auteurs s'appuient sur de nombreuses références, toutefois souvent anciennes (entre 1994 et 2000), ce qui implique de notre part une réflexion quant à la pertinence des résultats obtenus, à recontextualiser à nos jours. Par ailleurs, les auteurs sont toutes détentrices d'un Doctorat et exercent dans le Département des Sciences Infirmières de différentes universités du Canada. Nous avons choisi de sélectionner cet article car il s'intéresse au vécu intrinsèque des mères et met en évidence leur expérience de la maternité. L'étude est qualitative, l'échantillon est composé de vingt mères, ce qui est suffisant pour une étude de ce type, mais qui ne nous permet tout de même pas de faire une généralisation des résultats.

**Seimyr L., Sjögren B., Welles-Nyström B., Nissen E., (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 269-279**

**But-s de la recherche :** L'article investigate si les parents ont les mêmes façons de penser et les mêmes sentiments à propos de leur enfant pendant la grossesse et quels aspects de l'attachement parents-fœtus peuvent être reliés à l'humeur dépressive de la mère.

**Analyse :** Cet article a retenu notre attention particulière car tous les auteurs ont un niveau PhD, issus de la pratique infirmière. L'article amène une « grille d'évaluation » qui peut être intéressante

dans un premier temps pour comprendre les différents critères engagés dans l'attachement mère-fœtus mais cela nous interroge tout-de-même. Effectivement, cette grille peut engendrer une vision normative des ressentis. L'article traite de femmes dépressives, ce qui n'est pas dans le champ de notre problématique. Cependant, l'attachement mère-fœtus présente des éléments transposables à notre problématique ainsi que des éléments « observables » en toutes situations. L'échantillon utilisé pour cette étude quantitative est important : 434 femmes en fin de grossesse, entre octobre et mars de 1993-94, toutefois, la publication de l'article date de 2009. Les auteurs font référence à de nombreux auteurs de recherches antérieures. Cependant, les résultats sont quelque peu généralisant et n'amènent rien de réellement innovant: Les femmes dépressives ont plus de difficultés durant leur grossesse, ce qui a pour conséquence un besoin accru de soutien. Elles démontrent moins d'interactions avec leur fœtus, ont moins de capacité à s'adapter au stress vécu et à leur ressenti. La recherche n'amène pas de piste d'intervention. L'article s'intéresse aux ressentis paternels, ce qui n'est pas du ressort de notre travail de recherche.

**Wai Wan M., Moulton S., M. Abel K., (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *General Hospital Psychiatry, 30, 177.184***

**But-s de la recherche :** Comprendre les perspectives des services de psychiatrie périnatale et les besoins en accompagnement des mamans souffrant de schizophrénie. Proposer un programme sur la parentalisation (BABIES) pour les mères schizophrènes et analyser la faisabilité et le potentiel de ce programme. Programme ayant pour but de s'entretenir avec la mère puis de la filmer en interaction avec son enfant pour analyser ses attitudes de *caregiving*.

**Analyse :** Les auteurs travaillent tous dans le Centre de Santé Mentale pour femmes de Manchester. Deux des auteurs sont des doctorants. L'étude s'est construite grâce aux *interviews* de vingt-huit professionnel-le-s en psychiatrie périnatale et dans les services de maternité, entre novembre 2006 et mars 2007. Il s'agit d'une étude qualitative s'intéressant aux services actuels pour les mères souffrant de schizophrénie, leurs besoins en accompagnement, les raisons d'un manque de structures, les recommandations pour les améliorer et leur opinion sur le programme « BABIES ». En effet, l'article propose un programme de parentalisation (BABIES project) ayant pour but d'améliorer la sensibilité maternelle. Toutefois, l'article ne présente que trop peu le concept même de « sensibilité maternelle ». Il est de plus, à notre sens, nécessaire de ne pas succomber à l'aspect normatif de ce type de programme. Nous avons choisi cet article car il se réfère aux professionnel-le-s et non pas seulement aux patientes. Les auteurs citent l'article de Montgomery P. (2006), article que nous avons sélectionné pour notre travail. Par ailleurs, ils se réfèrent à un nombre important d'autres auteurs, datant parfois même de plus d'une dizaine d'années. L'article soulève des points importants telle que la stigmatisation par la société, qui ne voit que la pathologie et non pas la personne, ce qui engendre une peur pour les mères d'être jugées et de se voir retirer la garde de leur enfant. Il met en évidence également le manque de structures et de suivi, ainsi qu'un travail inter et pluridisciplinaire défaillant concernant la communication. Les auteurs proposent six thèmes de travail principaux développés dans le chapitre dédié. Enfin, l'article se conclut par l'importance d'une formation pour les professionnel-le-s de santé sur la schizophrénie, ce qui est, selon nous, un résultat transversal à nombres d'articles, n'amenant rien d'innovant dans cette thématique.

**Roland Matevosyan N., (2011). Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia : a meta-study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 283, 141-147**

**But-s de la recherche :** Comprendre les inférences entre la schizophrénie et la grossesse

**Analyse :** L'auteur est gynécologue-obstétricienne et possède divers titres dont un doctorat. Il s'agit d'une étude quantitative comparant un échantillon de 216 mères schizophrènes à un autre échantillon de 487 mères ne souffrant pas de troubles psychiatriques. L'échantillon est important, ce qui rend les résultats obtenus crédibles. L'auteur a, par ailleurs, regroupé toutes les études publiées entre 1977 et 2010 en utilisant Pubmed, ACOG, PsycINFO et SCORPUS. L'article met en évidence la maternité chez les femmes souffrant de schizophrénie et fait ressortir les débats « fréquents » concernant le tabagisme durant la grossesse, les conduites à risques, les anti-psychotiques et autres traitements médicamenteux, le manque d'attachement au fœtus, le peu de soins à l'enfant et les interactions pauvres. L'article se montre, selon nous, généralisant, mettant en parallèle les symptômes négatifs de la schizophrénie chronique en lien avec les risques de complications obstétriques et post-nataux. Les résultats de l'étude ne proposent pas d'idée d'intervention particulière mais mettent en évidence les facteurs impliqués dans notre problématique. L'article définit la période du post-partum chez les femmes souffrant de schizophrénie chronique comme caractéristique d'un haut risque de décompensation psychotique et de difficultés parentales.

**Howard L. M., Kumar R., Thornicroft G., (2001). Psychological characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 427-432**

**But-s de la recherche :** Décrire les caractéristiques cliniques des mères dans une population de femmes souffrant de psychoses dans le sud de Londres. Déterminer les facteurs associés au fait d'avoir un enfant chez une femme ayant un trouble psychotique ainsi que leur « mise sous surveillance » par la société.

**Analyse :** Les auteurs s'appuient sur les postulats suivants : les femmes ayant un trouble psychotique chronique ont plus de chance d'avoir un meilleur fonctionnement psychosocial si elles sont parturientes. L'ethnie, l'âge, un diagnostic de schizophrénie sont des facteurs pouvant être associés à un placement de l'enfant, ce qui est, à notre sens, une autre forme de normatisation de la relation maternelle. L'étude est quantitative et a été effectuée à Londres. Pour cela, les auteurs ont recherché les personnes aptes à faire partie de leur échantillon dans plusieurs milieux différents (hôpitaux psychiatriques, églises, prison, structure d'accueil pour SDF). La diversité des milieux permet une vision sociale plus ample du phénomène. Selon les auteurs, les mères souffrant de psychoses ont autant de besoins que les femmes psychotiques sans enfant, ce qui, d'après nous, est aberrant et a été sujet à discussions au sein de la dyade. Par ailleurs, l'article explique que le risque que la mère psychotique ne fasse pas d'hospitalisation volontaire est haut, compte tenu d'éventuels problèmes d'organisation rencontrés. Le risque de décompensation s'en trouve élevé. Cependant, les mères avec une psychose ont tendance à avoir un meilleur réseau social car elles vont rechercher de l'aide et / ou en reçoivent spontanément, pour s'occuper de l'enfant. Nous avons choisi cet article pour ses résultats pouvant être sujets à débat, apportant toutefois des notions importantes mais méritant d'être confrontés à des articles plus récents, de par son aspect normatif et son année de publication.

**Darvil R., Skirton H., Farrand P., (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood : a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366**

**But-s de la recherche :** Explorer la transition maternelle par l'expérience de femmes et identifier les besoins de soutien non-satisfaits.

**Analyse :** Nous avons choisi cet article car il nous semblait primordial d'axer une partie de nos recherches sur la transition de l'identité de femme à celle de mère, sans le contexte psychiatrique en trame de fond. L'étude a été menée par des sages-femmes et des doctorants en psychologie. Il s'agit d'un article qualitatif se focalisant sur treize *interviews* de femmes ayant accouché au cours des six à quinze semaines précédentes. La lecture de cet article nous a permis de confirmer qu'une femme devenant mère a besoin d'un suivi spécifique, même en l'absence de pathologie psychiatrique. Il est selon nous important de ne pas oublier l'aspect « normal » des difficultés rencontrées lors de cette expérience et du changement de rôle nécessaire, difficultés qui ne se rencontrent donc pas uniquement chez les personnes souffrant d'une quelconque pathologie mentale. En effet, l'article met en évidence l'aspect épuisant de la période post-natale, ayant pour conséquence une vulnérabilité certaine pour la mère.

**Poinso F., Gay M. P., Glangeaud-Freudenthal M.C., Rufo M., (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archives of women's mental health*, 5, 49-58**

**But-s de la recherche :** Décrire les soins dans une unité mère-bébé et l'accompagnement dans l'identification du rôle parental et de son développement au travers d'expériences réelles aussi proches que possible du quotidien.

**Analyse :** Les auteurs sont des psychologues dont certains possèdent un doctorat. Ils exercent au CHU de Marseille dans l'Unité Mère-Bébé. Nous avons sélectionné cet article quantitatif car il propose entre autres des idées de pratique diverses et variées dont le principe de « non-intervention » ou de neutralité de l'infirmière, qui nous a particulièrement interpellées lors de son analyse. Par ailleurs, l'un des buts concernant l'identification du rôle parental et son développement au travers d'expériences réelles aussi proches que possible de la réalité permet aux professionnel-le-s, de cibler leurs interventions et observations. L'article propose une comparaison d'échantillons et de facteurs amenant à la séparation mère-enfant, thématique récurrente dans les articles rencontrés. D'autre part, l'article soulève un dilemme éthique intéressant concernant notre responsabilité dans la dénonciation d'éventuelles maltraitances ou négligences de l'enfant par la mère, dont la conséquence serait un placement, risquant de mettre en péril le projet de soin. Les auteurs présentent de nombreuses références pas toujours récentes mais souvent pertinentes et actuelles dans le contexte donné.

**Sun Ji E., Han H.-R., (2010). The Effects of Qi Exercise on Maternal/Fetal Interaction and Maternal Well-Being During Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39, 310-318**

**But-s de la recherche:** Comparer les effets des exercices Qi (exercices de méditation, respiration et *stretching*-positions, de culture coréenne) sur septante femmes enceintes réparties en deux groupes. L'un des groupes recevant le suivi supplémentaire « Qi » afin d'investiguer son impact sur l'attachement mère-fœtus par rapport à l'autre groupe test bénéficiant uniquement du suivi périnatal habituel.

**Analyse:** Nous avons choisi cet article car il a été conduit par deux professeures en sciences infirmière dans les Universités de Milwaukee et Baltimore. L'une d'elles est également professeure dans l'Institut de Recherche en Soins Infirmiers en Corée du Sud. L'intérêt de l'article est porté, à notre sens, sur les deux influences culturelles ; américaine et coréenne. Notre choix s'est arrêté sur cet article car il propose des idées d'interventions professionnelles durant la grossesse et les résultats démontrent qu'il est primordial, en tant qu'infirmier-ère, de s'occuper de la mère afin qu'elle puisse prodiguer au mieux les soins à son futur enfant. De plus, l'article est intéressant de par son axe défini de soin à la mère uniquement et non de traitement de la pathologie. Toutefois, l'article présente certaines limites dans son implantation dans la pratique. L'étude se concentre sur les femmes souffrant de dépressions de tous types et non de psychoses chroniques. Cependant, certains éléments sont clairement transposables à notre pratique. D'autre part, l'influence coréenne est intéressante, mais se doit d'être recontextualisée à la culture Occidentale, même si, actuellement, il semblerait que de plus en plus de personnes trouvent leur équilibre dans les méthodes dites « alternatives » telles que les approches asiatiques. L'étude est quantitative, toutefois l'échantillon de participants est limité (septante femmes en deux groupes) ; l'objet de recherche n'a donc pu élaborer ses résultats que sur un petit groupe, ce qui mériterait de plus amples recherches.





## Comparaison des résultats

But-s de la recherche	Résultats obtenus	Retombées pour la pratique
<p><b>Montgomery P., Tompkins C., Forchuk C., French S., (2006). Keeping close : mothering with serious mental illness. <i>Journal of Advanced Nursing</i>, 54, 20-28</b></p>		
<p>Décrire les expériences des mères avec de sévères maladies mentales au travers de leurs propres perspectives. Savoir comment elles ont géré leur maternité.</p>	<p>L'article démontre les efforts des mères pour avoir des bonnes relations avec leur enfant dans un contexte de maladie et de souffrance. A cette fin, les mères ont choisi des stratégies qui ont pour but de cacher la maladie dans un souci de protéger leur rôle ainsi que leur enfant. Ces stratégies servent à imiter des perceptions idéales du rôle maternel tout en rendant la maladie invisible à l'enfant. La maternité signifie la possibilité de se normaliser, de trouver de la sécurité et de se responsabiliser, notion manquante dans l'expérience de la maladie mentale chronique.</p>	<p>Reconnaître les efforts et encourager les relations significatives avec les enfants. Reconnaître les difficultés de choix que les mères rencontrent et tenir compte de la difficulté de s'affirmer ainsi que de leurs ressources limitées. L'article nous fait réfléchir quant à une difficulté supplémentaire pour ces mères : l'ambition. En effet, la volonté de « bien faire » et de « normalité » ajoute une pression additionnelle à leur situation, ce qui pourrait augmenter leur difficulté d'adaptation au nouveau rôle maternel.</p>
<p><b>Seimyr L., Sjögren B., Welles-Nyström B., Nissen E., (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. <i>Archives of Women's Mental Health</i>, 12, 269-279</b></p>		
<p>L'article investigate si les parents ont les mêmes façons de penser et les mêmes sentiments à propos de leur enfant pendant la grossesse et quels aspects de l'attachement parents-fœtus peuvent être reliés à l'humeur dépressive de la mère.</p>	<p>Les moments les plus intenses en termes de symptômes dépressifs sont présents dans les deux derniers mois de grossesse. Les femmes ressentant des symptômes dépressifs avaient moins de contacts physiques et de sensations des mouvements du fœtus que les femmes présentant des symptômes dépressifs moindres. Elles présentaient une attitude négative en relation à la grossesse et en lien avec le rapport</p>	<p>L'article nous amène un exemple d'échelle d'évaluation de la qualité des interactions mère-fœtus, pouvant être utilisable pour la pratique. L'article a toutefois tendance à être normatif de par l'utilisation de cette échelle.</p>

	au corps de la femme enceinte (changements physiques, hormonaux, psychiques). L'âge et le statut social (emploi, cohabitation...) peuvent avoir un impact négatif sur les liens au fœtus.	
<b>Wai Wan M., Moulton S., M. Abel K., (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. <i>General Hospital Psychiatry, 30, 177.184</i></b>		
Comprendre les perspectives des services de psychiatrie périnatale et les besoins en accompagnement des mamans souffrant de schizophrénie. Proposer un programme sur la parentalisation (BABIES) pour les mères schizophrènes et analyser la faisabilité et le potentiel de ce programme. Programme ayant pour but de s'entretenir avec la mère puis de la filmer en interaction avec son enfant pour analyser ses attitudes de <i>caregiving</i> .	Manque d'aide dans la période post-natale. Stigmatisation par la société et par les professionnels engendrant une hésitation à demander des conseils et de l'aide dans des structures adaptées par peur de retrait de la garde de leur enfant. Besoin de travail en équipe et en pluridisciplinarité. Programme bien reçu par les mères schizophrènes mais sujet à polémique.	Besoin de sensibilisation et de formation sur les pathologies psychiatriques pour les différent-e-s professionnel-le-s de la santé. Attitude de non-jugement. Programme discutable car les mères ne se comportent probablement pas de la même façon avec leur enfant en étant filmées...
<b>Roland Matevosyan N., (2011). Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia : a meta-study. <i>Archives of gynecology and obstetrics, 283, 141-147</i></b>		
Comprendre les inférences entre la schizophrénie et la grossesse	Les mères schizophrènes tiennent souvent des conduites à risque pour leur bébé. A la naissance, les bébés ont des scores d'Apgar plus bas. Le risque de décompensation et de difficultés dans le rôle parental est haut durant le post-partum. Les thèmes récurrents sont le tabagisme, les grossesses non-planifiées, l'exposition aux antipsychotiques, un attachement pauvre entre la mère et son fœtus et une vision pauvre du fœtus.	Un score d'Apgar plus bas que la moyenne, un retard de croissance ou une grossesse difficile sont des facteurs pouvant influencer l'attachement entre la mère et son enfant. Il est important d'effectuer une anamnèse détaillée de la grossesse afin d'adapter la prise en charge. Il est également important de donner de l'éducation quant aux conduites à risques.

**Howard L. M., Kumar R., Thornicroft G., (2001). Psychological characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 427-432**

Décrire les caractéristiques cliniques des mères dans une population de femmes avec des psychoses dans le sud de Londres.

Déterminer les facteurs associés au fait d'avoir un enfant chez une femme ayant un trouble psychotique.

Déterminer les facteurs associés au fait que ces femmes aient un enfant qui soit mis « sous surveillance » de la société.

63% des femmes avec un trouble psychotique ont au moins un enfant. Il n'y a pas de différences cliniques entre les femmes avec ou sans enfant mais les parturientes ont plus de chance d'avoir un meilleur réseau social car elles ont tendance à chercher de l'aide pour s'occuper de l'enfant. Les mères avec une psychose ont autant de besoins que les femmes psychotiques sans enfant. Le risque que la mère psychotique ne fasse pas d'hospitalisation volontaire est haut pour, entre autres, des problèmes d'organisation. Le risque de décompensation est donc élevé.

Accompagnement de la mère avant la conception (si possible), pendant la grossesse, puis en post-partum. Mise en évidence et anticipation des difficultés d'organisation et reconnaissance des signes d'une décompensation. Orientation vers des services pouvant accueillir la mère et son enfant.

**Darvil R., Skirton H., Farrand P., (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood : a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366**

Explorer la transition maternelle par l'expérience de femmes et identifier les besoins de soutien non-satisfaits.

Les femmes ont la sensation d'avoir perdu le contrôle de leur vie au début de leur grossesse ainsi qu'en post-partum. Les changements dans l'image de soi et dans la concentration sur les besoins du fœtus commencent tôt pendant le premier trimestre de la grossesse. La participation aux groupes de paroles et le partage avec un mentor est primordial. Cela permet de gagner en confiance au niveau de leur rôle et de réduire la prévalence des symptômes dépressifs en post-partum. Transition du rôle de conjoints à membres d'une famille.

L'article explique qu'il faudrait, dans notre pratique, donner plus d'informations sur le début de la grossesse, même avant la conception, afin que les femmes soient mieux préparées. Il serait aussi judicieux de faciliter le contact entre plusieurs femmes enceintes pour qu'elles puissent établir un réseau de soutien avant l'accouchement. Les cours de préparation à l'accouchement se trouvent être des lieux fréquents de rencontre entre ces mamans. Il pourrait également être intéressant d'utiliser des outils comme des forums sur internet permettant un regroupement électronique.

**Poinso F., Gay M. P., Glangeaud-Freudenthal M.C., Rufo M., (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archives of women's mental health, 5, 49-58***

Décrire les soins dans une unité mère-bébé et l'accompagnement dans l'identification du rôle parental et de son développement au travers d'expériences réelles aussi proches que possible du quotidien.

Dans cette unité, 23% des admissions mère-enfant se soldent par une séparation. Les femmes avec de graves psychoses du post-partum et des troubles dépressifs majeurs ont de meilleurs résultats que celles avec des psychoses chroniques. A la sortie, ces dernières étaient plus souvent séparées de leur enfant. Dans ces cas, le service d'admission de cette unité fait son possible pour garantir un placement idéal pour l'enfant. Les résultats sont moins prédictibles pour les troubles de la personnalité non psychotiques et ne dépendent pas seulement du malaise de la mère mais aussi de sa famille et de son contexte social.

Les auteurs proposent une présence continue d'un-e infirmier-ère pour la mère et son enfant dans le but de préserver le rôle parental dans les soins quotidiens aux enfants. Neutralité et non-intervention sont **prescrits**, sauf en cas de protection de l'enfant (violence, inadéquation de la mère ou insuffisamment rassurante) et s'il y a une demande d'intervention de la mère. L'infirmier-ère a un rôle de contention des émotions et de l'anxiété entre la mère et son bébé, de par sa présence, sa bienveillance et son regard objectif. Cette observation s'effectue au travers des échelles d'observation d'interactions mère-enfant.

**Sun Ji E., Han H.-R., (2010). The Effects of Qi Exercise on Maternal/Fetal Interaction and Maternal Well-Being During Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing, 39, 310-318***

Comparer les effets des exercices Qi (exercices de méditation, respiration et stretching-positions de culture coréenne) sur septante femmes enceintes réparties en deux groupes. L'un recevant le suivi supplémentaire « Qi » afin d'investiguer son impact sur l'attachement mère-fœtus par rapport à l'autre groupe test bénéficiant uniquement du suivi périnatal habituel.

Le groupe ayant bénéficié des exercices Qi ont démontré une interaction mère-fœtus plus riche et des symptômes dépressifs maternels moins importants ainsi qu'un inconfort physique fortement diminué. Cependant, l'étude ne révèle pas de différence au sein des échantillons, au niveau de l'anxiété vécue durant la grossesse.

L'étude démontre l'importance d'une prise en charge périnatale précoce. L'objectif est de prendre soin de la mère pour qu'elle prenne soin du bébé.



## Discussion & Perspectives

### Réponses à la problématique / Consensus & divergences

*En tant qu'infirmières en psychiatrie aiguë, comment accompagner la mère atteinte de schizophrénie chronique dans son processus de parentalisation ?*

Nos représentations quant à cette problématique étaient partagées. Nous étions conscientes que la maternité pour des femmes souffrant de pathologies psychiatriques, quelles qu'elles soient, était envisageable, évidemment. Toutefois, suite à la rencontre de quelques mères hospitalisées dans un service spécialisé de psychiatrie aiguë avec leur enfant, force était de constater que chacune d'entre elles s'était vue retirer le droit de garde, leur enfant placé en institution ou en famille d'accueil. Notre raisonnement a donc évolué de façon à dire que ces femmes rencontrent des difficultés supplémentaires, que la maternité est **un fait** mais que la transition des rôles, de fille à mère, n'est pas aisée. Restait à découvrir quelles difficultés supplémentaires ? Le service dans lequel ces femmes ont été côtoyées a un fonctionnement psychodynamique, visant à favoriser le rôle de mère au travers des activités quotidiennes avec l'enfant. Les infirmier-ère-s de l'équipe ne se substituent pas à la mère. Cette pratique a été décrite dans l'article de Poinso F., Gay M. P., Glangeaud-Freudenthal M.C. & Rufo M. (2006) dans lequel est explicitée la notion de « non-interventionnisme ».

La réponse à notre problématique est donc multiple. Il existe de nombreux moyens décrits par les auteurs dans les articles sélectionnés, comme le non-interventionnisme, **que Delassus (2000) propose**. Les auteurs s'accordent à dire que les femmes souffrant de schizophrénie chronique ont une vision pauvre du fœtus durant la grossesse, qu'elles ont plus de difficultés à prendre soin, à interagir avec leur nouveau-né. Par ailleurs, Roland Matevosyan N., (2011) nous a fait prendre conscience que le rôle de parent se fait déjà durant la grossesse et qu'il y a de grandes chances **que l'attachement** entre la mère et son enfant soit difficile s'il l'était déjà durant la grossesse. Par ailleurs, le processus de parentalisation est propre à chacun et ne saurait être évalué. Certains auteurs ont créé des grilles d'évaluation diverses et variées, quant à l'attachement mère-fœtus, mère-enfant ou la capacité maternelle, entre autres. Ces grilles risquent d'enfermer les mères dans des chiffres normatifs de la relation alors que ces interactions familiales ne peuvent être quantifiées. De plus, ces grilles surajoutent à l'aspect de stigmatisation, phénomène courant et fui par les mères.

De plus, un bon nombre d'auteurs concluent leur article de recherche en citant la formation insuffisante des professionnel-le-s de santé dans le contexte de la maternité en présence de pathologies psychiatriques chroniques. C'est peut-être, en effet, une lacune mais cela n'est pas un résultat permettant une discussion de la pratique.

Par ailleurs, un article stipule que la prise en charge des mères souffrant de schizophrénie chronique ne diffère pas de la prise en soins des femmes souffrant de la même pathologie, sans avoir d'enfant. Ce résultat est en totale divergence avec les résultats des autres auteurs, qui explicitent l'importance d'une prise en charge spécifique de **ces mères**.

Une particularité qui pourrait être en divergence entre les résultats d'articles et la réalité « du terrain » résiderait dans la capacité, pour les soignant-e-s à ne pas se substituer aux mères. En effet, lors de discussions avec des professionnel-le-s de la santé exerçant en psychiatrie, il est ressorti de façon répétée que les soignant-e-s, en entendant l'enfant pleurer dans sa chambre (l'unité dont nous

parlons choisi de ne pas mettre l'enfant dans la même chambre que la mère hospitalisée, pour des raisons de sécurité et de « surveillance » des interactions, afin d'éviter des gestes négligents, maltraitants...) pourraient avoir tendance à aller vers lui et s'en occuper, en transmettant ensuite à la mère, ou en allant la chercher une fois l'enfant calmé. Les articles démontrent régulièrement que les infirmier-ère-s sont des soignant-e-s pour la mère et des garants de la santé de l'enfant.

Enfin, au commencement de ce travail, nous pensions que la prise en charge idéale d'une future mère souffrant de schizophrénie chronique se passait principalement durant la grossesse. Selon nous, ce moment était une période charnière dans le processus d'attachement mère-enfant. Ces représentations étaient probablement dues aux changements physiologiques et physiques visibles engendrés par la grossesse. Toutefois, une fois notre travail de recherche terminé, nous nous sommes accordées pour dire que la prise en charge idéale - et utopique ? - est non seulement périnatale mais aura un impact plus important si elle se fait tôt, en prénatal déjà, si tant est que cela **soit** possible, connaissant actuellement les conduites à risques adoptées par cette population atteinte de psychoses chroniques, menant parfois à des grossesses non-planifiées.

## Quelques bonnes pratiques

L'article de Darvil R., Skirton H. et Farrand P., (2010) nous rappelle qu'une femme devenant mère a besoin d'un suivi spécifique, même en l'absence de pathologie psychiatrique. Il est important de ne pas oublier l'aspect « normal » des difficultés rencontrées lors de cette expérience et du changement de rôle nécessaire, difficultés qui ne se rencontrent donc pas uniquement chez les personnes souffrant d'une quelconque pathologie mentale. Nous avons choisi de présenter les idées d'interventions spécifiques au type de population traitée dans ce travail. A des fins d'organisation, nous avons choisi de diviser nos idées d'intervention en trois phases : avant la conception, pendant la grossesse, puis, après l'accouchement. Selon Mintz A.-S. et Vacheron M.-N., (2011), les hospitalisations de la mère, séparée de son enfant, sont à éviter car elles sont à risque d'induire une rupture des liens chez le bébé. Les hospitalisations mère-bébé sont des prises en charge déjà connues en Suisse mais toutefois peu fréquentes en comparaison à la France qui dispose de plusieurs unités mère-bébé s'appuyant sur le concept de la maternologie notamment. Notre travail ne vise pas à faire un procès du manque d'infrastructures dans notre pays, c'est pourquoi nous aimerions présenter plusieurs pistes d'**interventions** transposables à la pratique en Suisse, dans le cadre d'une prise en charge idéale.

### Avant la conception

Que ce soit avant la conception, pendant la grossesse ou en post-natal, nous pensons qu'il serait judicieux d'effectuer au préalable un entretien avec la femme désireuse d'avoir un enfant. Cet entretien aurait pour but d'aborder plusieurs thématiques différentes comme sa pathologie et son historique, ses hospitalisations précédentes ainsi que son vécu de celles-ci, le traitement médicamenteux, les conduites à risque éventuelles, les ressources existantes ou encore son réseau social.

Il est également important de comprendre quelle est l'origine du désir de grossesse et dans quel cadre de vie elle se déroule. De plus, l'axe du traitement médicamenteux n'est pas à négliger, bien que le choix du type de traitement médicamenteux revêt plus du rôle médical qu'infirmier. Chaque traitement médicamenteux est à **argumenter et à adapter** en termes de risques-bénéfices. Sachant que l'infirmier-ère est en ligne de mire quant à l'éducation de la patiente par rapport à sa maladie et



à sa gestion de la santé, il est alors logique que les choix de médication se font généralement en partenariat entre la patiente, sa famille, le médecin et l'infirmier-ère.

La notion de couple est également importante à explorer si elle est existante. En effet, il est important de connaître dans quel contexte vit la patiente. Les aspects de relations de couple, de sa qualité et de son histoire sont à explorer. Il est nécessaire d'aborder la dimension organisationnelle au sein du couple à savoir qui fera quoi, quand, comment. Comment le couple s'organisera-t-il si la mère a besoin d'être hospitalisée ?

### **Pendant la grossesse**

Si la patiente est enceinte, il serait intéressant de parler avec elle de ses représentations de la grossesse et du rôle maternel. Par ailleurs, nos représentations initiales concernant une future mère souffrant de schizophrénie chronique étaient qu'elle n'allait pas avoir les mêmes ressentis qu'une mère ne souffrant d'aucune pathologie mentale. Nous pensions qu'elle ne parviendrait pas à se différencier de son bébé, ne comprenant pas ce processus de développement fœtal et les impacts inhérents. Les articles sélectionnés n'abordent pas spécifiquement ces aspects de changements physiologiques et d'interprétations maternelles de la grossesse. Ces articles sont particulièrement axés sur les aspects psycho-sociaux de la grossesse. Nous avons cependant été confrontées à des résultats mettant en évidence des grilles d'évaluation des interactions mère-fœtus, la vision qu'elle en avait et la gestuelle. Ils démontrent que les mères souffrant de schizophrénie chronique présentent des difficultés quant à l'élaboration du lien avec leur enfant.

Toutefois, ces grilles peuvent nous donner des indices de phénomènes observables mais ne seraient pas adéquats pour leur utilisation quotidienne en pratique de par leur aspect normatif.

Par ailleurs, un article met en évidence l'importance des soins à la mère durant la grossesse au travers de son bien-être physique et psychologique. Les résultats démontrent que les femmes ayant bénéficié des exercices particuliers durant la période prénatale sont plus sereines lors de la venue au monde de leur enfant ainsi que durant la période du post-partum. C'est pourquoi nous trouverions adéquat de proposer aux mères appartenant à notre population cible, des massages de type relaxation ainsi que des exercices de méditation s'articulant autour d'une prise en charge infirmière adaptée à la personne et à ses besoins.

Nous pensons également que des groupes de paroles, réunissant des femmes enceintes, souffrant de pathologies ou pas, pourraient présenter divers avantages : partage des ressentis, réconfort, partage d'expériences des autres mères. De plus, la présence de femmes sans pathologie spécifique permettrait à notre population cible de se sentir rassurée sur ses propres ressentis, qui pourraient être physiologiques mais interprétés comme pathologiques, par exemple.

### **Après l'accouchement**

Les articles que nous avons sélectionnés soulèvent quelques notions importantes à prendre en compte dans la pratique infirmière. En effet, nombres d'auteurs affirment que l'éducation à la mère est un aspect fondamental dans la prise en charge. La mère doit connaître sa pathologie psychiatrique, les signes annonciateurs d'une décompensation ainsi que sa médication associée à une bonne observance.

Comme le tableau comparatif le démontre, l'infirmier-ère se doit d'avoir de bonnes connaissances sur les soins à apporter à l'enfant afin de conseiller la mère. Toutefois, les auteurs semblent d'accord

sur le fait que les professionnel-le-s de la santé doivent adopter une attitude non-interventionniste. L'infirmier-ère est à disposition de la mère pour offrir du soutien, répondre aux éventuelles questions mais ne doit en aucun cas faire les soins à sa place. Comme le dit Rodriguez C., Tafen E., (2011) lorsqu'elles expliquent le déroulement d'une journée dans l'unité mère-bébé, « Pendant la journée, les soignants accompagnent la dyade dans les soins de nursing (bains, biberons, changes, coucher...) avec une neutralité bienveillante, un soutien renarcissant, respectueux du rythme de la maman. » (p.66). Ces notions sont issues du concept de maternologie, développé par Delassus J.-M. (2000). Le moment du bain est au sein de la problématique maternelle en lien avec la schizophrénie. En effet, alors que la mère aura tendance à ne pas se différencier de son bébé, le bain permettra de mettre en éveil le sens du toucher et de prendre conscience que son bébé est une autre personne et non pas une suite d'elle-même. Le rôle infirmier durant ce moment important vise à mettre en évidence les émotions de la mère et de l'enfant ainsi que les attitudes sous-jacentes.

Alors que la notion de capacité à être mère est fréquemment énoncée, de nombreux auteurs ont éliminé cette expression de leur vocabulaire, y préférant la notion de capacité à être « mère à plein temps » ou à « temps partiel ». Une femme qui ne peut s'occuper de son enfant que quelques jours par semaine est considérée comme mère au même titre qu'une femme qui pourra s'en occuper chaque jour. En effet, selon eux, la capacité maternelle ne réside pas dans l'unique fait de s'occuper de son enfant jours et nuits, sept jours sur sept mais de s'en occuper de manière adéquate, même si cela induit de ne pas pouvoir le faire tous les jours.

Le rôle infirmier se situe également dans la mise en évidence des ressources existantes puis, si celles-ci sont insuffisantes, dans l'éventuelle organisation d'un meilleur réseau de ressources. Pour cela, l'infirmier-ère devra aider la mère à contacter d'autres ressources comme des garderies ou des aides pour le ménage.

Malgré des prises en soins multi et pluridisciplinaires inscrites dans un suivi idéal, il reste certaines situations trop instables du côté maternel où l'enfant risque de subir des répercussions psychologiques et/ou physiques pouvant l'amener à être placé en institution ou en famille d'accueil.

Pour conclure cette partie pratique du travail, selon Mintz A.-S. et Vacheron M.-N., (2011), « Pour ces femmes psychotiques, les complications sont en partie évitables grâce à un suivi cohérent multidisciplinaire pré et post-partum, et la mise en place d'un réseau d'intervenants pluridisciplinaires (infirmier[-ère]s en psychiatrie, puéricultrices et sages-femmes de secteur) » (p. 36)

## Limites de la revue de littérature

Le travail de **Bachelor peut être articulé** de diverses façons. Nous aurions eu la possibilité de nous inclure dans un travail de recherche *in vivo*, sur le terrain, accompagnées d'autres professionnel-le-s. Toutefois, la revue de littérature nous a semblé intéressante car nous pouvions dès lors lui donner le sens désiré, en fonction de notre choix de thématique et donc de notre problématique. Notre revue de littérature nous a permis de recueillir un échantillon de huit articles scientifiques, variés et **empreints** d'aspects culturels différents. Toutefois, il est important, dans le monde des soins, d'être attentif aux dimensions bio-psycho-socio-culturelles de la personne. Notre travail recense des idées d'interventions transposables à la pratique, mais ne sont pas des modèles de prise en charge « clef en main ». Il convient dès lors de se recentrer sur la patiente et de maintenir notre vision holistique

du soin. Ces quelques « bonnes pratiques » peuvent ajouter de la créativité à la pratique quotidienne, mais ne doivent pas s'opposer à la capacité de réflexivité de l'infirmier-ère.

Tout au long du travail, la problématique de départ évolue, souvent en fonction des résultats de recherche d'articles. En effet, la thématique est amenée à être modifiée au gré du nombre d'articles disponibles, de la fréquence de traitement du sujet choisi, de l'orientation professionnelle des auteurs et de leur degré d'étude. De plus, il est nécessaire de tenir compte de la cohérence entre les idées d'interventions proposées et le contexte socio-politique et sanitaire dans lequel s'articule notre travail.

Par ailleurs, les résultats obtenus dans certains articles sont souvent généralisés au vu du nombre de participants à l'étude. En effet, ceux-ci se concentrent souvent sur une méthode impliquant de petits échantillons de population cible. De plus, plusieurs auteurs concluent leur travail par la nécessité de former les professionnel-le-s de la santé à la problématique traitée, ce qui, en soi, n'apporte pas d'interventions concrètement transposables à la pratique. Effectivement, le besoin de formation est un sujet se rapportant plus spécifiquement au Département de la Formation, d'un point de vue politique et non pas à la pratique quotidienne au sein des institutions.

Selon nous, de plus amples recherches devraient être menées concernant la parentalité dans le cadre de pathologies psychiatriques. Nous avons régulièrement été confrontées à des grilles d'évaluation diverses, concernant l'attachement mère-fœtus, la capacité maternelle et d'autres encore, mais celles-ci restent particulièrement normatives. L'intérêt pourrait être posé sur la création de quelques grilles ou tableaux permettant aux professionnel-le-s de s'intéresser à divers aspects de la maternité sans pour autant devenir normatifs, si tant est que cela soit possible.

## Conclusion

Le processus de recherche que nous avons appliqué tout au long de ce travail nous était passablement inconnu, ce qui a impliqué de notre part une grande part d'investissement et de travail personnel concernant la théorie. Ce processus de recherche scientifique est à notre sens indispensable à la pratique quotidienne de notre profession car il permet d'étayer nos propos sur des bases scientifiques, parfois discutables, ceci permettant d'ouvrir le débat dans les milieux de soins. La recherche a par conséquent une place fondamentale dans les soins infirmiers d'aujourd'hui. S'appuyer sur des recherches scientifiques permet au professionnel d'acquérir une certaine crédibilité et une prise de position affirmée dans un monde où l'identité soignante est sujette à nombreuses discussions, que ce soit dans les domaines politique, économique ou socio-culturel. Par ailleurs, les soins devenant de plus en plus exigeants, la prise en soins infirmière se doit de relever un certain challenge. Toutefois, nous pensons que l'aspect scientifique ne doit pas oblitérer la part de réflexivité de l'infirmier-ère. N'oublions pas que la pratique infirmière est avant tout un métier où l'aspect relationnel est de mise et où les intuitions ont leur place à part entière. En termes de développement personnel quant à notre identité soignante, chacune de nous a découvert que l'appui sur des écrits scientifiques uniquement et l'utilisation de leurs résultats n'est pas satisfaisant. Le processus de recherche nécessite une réflexion et le développement d'une lecture critique, travaillé parallèlement à l'élaboration de ce travail.

Un écrit scientifique n'est pas une vérité en soi mais une éventuelle ressource pouvant étayer une problématique issue de la profession infirmière.

## Références bibliographiques

### Livres

- Bayle B., (2008) Ma mère est schizophrène. Ramontville Saint-Agne : éditions érès
- Bowlby, J., (2008) Attachement et perte 1 : l'attachement. Paris : éditions Presses Universitaires de France
- Carneiro, C., &co, (2005) Les premiers liens de l'enfant : Attachement et Intersubjectivité. Bruxelles : éditions De Boeck
- Ey, H., Bernard, P., Brisset, C. (1989), Manuel de Psychiatrie, 6è édition, Paris : éditions Masson
- Guédénéy, N.& A., (2009) L'attachement : approche théorique Du bébé à la personne âgée. Issy-les-Moulineaux : éditions Masson
- Guédénéy, N. & A., (2009) L'attachement : approche clinique. Issy-les-Moulineaux : éditions Masson
- Winnicott, D.-W., (2006) La mère suffisamment bonne. Paris : éditions Payot & Rivages

### Articles

- Boyer-Panos F., (2008). Attachement maternel et qualité des interactions mère-bébé. *Le Journal des psychologues*, 261, 29-35
- Caton C.,L., M., Cournos F., Dominguez B., (1999). Parenting and Adjustment in Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50, 239-243
- Darvil R., Skirton H., Farrand P., (2010). Psychological factors that impact on women's experiences of first-time motherhood : a qualitative study of the transition. *Midwifery*, 26, 357-366
- Delassus, J.-M, (2000) Approche de la difficulté maternelle par l'examen de la naissance psychique. *Soins Pédiatrie-puériculture*, 159, 11-16
- Di Rocco V., (2011). La préoccupation maternelle primaire : « presque » une maladie. *Santé mentale*, 155, 9
- Elbaz-Cuoq N., (2011). Schizophrénie, maternité et parentalité. *Santé Mentale*, 155, 20-26
- Glangeaud-Freudenthal M.-C., (2008). Les hospitalisations mère-enfant à plein temps. *Le Journal des psychologues*, 261, 36-41
- Howard L. M., Kumar R., Thornicroft G., (2001). Psychological characteristics and needs of mothers with psychotic disorders. *British Journal of Psychiatry*, 178, 427-432
- Mintz A.-S., Vacheron, M.-N., (2011). *Accompagner le désir de grossesse et d'enfant*. *Santé Mentale*, 155, 36-42
- Montgomery P., Tompkins C., Forchuk C., French S., (2006). Keeping close : mothering with serious mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 54, 20-28
- Poinso F., Gay M. P., Glangeaud-Freudenthal M.C., Rufo M., (2002). Care in a mother-baby psychiatric unit: analysis of separation at discharge. *Archives of women's mental health*, 5, 49-58
- Rodriguez C., Tafen E., (2011). A l'unité mère-bébé. *Santé Mentale*, 155, 64-70
- Roland Matevosyan N., (2011). Pregnancy and postpartum specifics in women with schizophrenia : a meta-study. *Archives of gynecology and obstetrics*, 283, 141-147
- Seimyr L., Sjögren B., Welles-Nyström B., Nissen E., (2009). Antenatal maternal depressive mood and parental-fetal attachment at the end of pregnancy. *Archives of Women's Mental Health*, 12, 269-279
- Sun Ji E., Han H.-R., (2010). The Effects of Qi Exercise on Maternal/Fetal Interaction and Maternal Well-Being During Pregnancy. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39, 310-318

Sutter-Dally A.-L., (2008). Les unités mère-enfant en psychiatrie périnatale. *Le Journal des psychologues*, 261, 22-28

Wai Wan M., Moulton S., M. Abel K., (2008). The service needs of mothers with schizophrenia: a qualitative study of perinatal psychiatric and antenatal workers. *General Hospital Psychiatry*, 30, 177.184

### Sites Internet

International Mental Health Research Organization (2010). *A non-profit community providing in-depth information, support and education related to schizophrenia, a disorder of the brain and mind*. Accès le 19 mai 2011 <http://schizophrenia.com>

Psychiatrie infirmière (avril 2011). *Le droit de savoir // Le devoir de témoigner*. Accès le 19 mai 2011 <http://psychiatriinfirmiere.free.fr>

### Cours

De Reyff, M. (2007), « Psychologie : les différentes théories du développement de la personnalité : l'attachement, le détachement ». Cours donné à la Haute Ecole de Santé de Fribourg, le 01.10.2007

### Références méthodologiques

EBSCO Publishing. *CINAHL Databases*. Accès le 14 février 2010 <http://www.ebscohost.com/cinahl/>

HONselect. Health On the Net Foundation. *Search 33'000 medical termes with HONselect*. Accès le 14 février 2010 [http://www.hon.ch/HONselect/index\\_f.html](http://www.hon.ch/HONselect/index_f.html)

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

## Annexe 1 : Analyse d'article avec la grille BTEC

### GRILLE DE LECTURE

Côté F. Mercure S.A., Gagnon J. (2005) *Guide de rédaction*, chapitre 1 : **La lecture efficace d'articles scientifiques**, p.1-17.  
Université Laval, faculté des sciences infirmières, Bureau de transfert et d'échanges de connaissances (BTEC)

#### I-Etapes préliminaires (avant de lire l'article)

1.1. Objectifs poursuivis par la lecture de cet article (e.g., questions qui devront être répondues, controverses qui devront être élucidées, connaissances spécifiques qui devront être acquises, etc.)

**Trouver un article traitant de l'attachement mère-enfant ainsi que du rôle maternel pendant la grossesse d'une femme souffrant de schizophrénie.**

1.2. Survol initial (type de document, titre, mots-clés)

Type de document :  revue de littérature      **✗ article de recherche**

commentaire

article de vulgarisation      autre .....

Titre : **Keeping close : mothering with serious mental illnes**

Mots-clés importants : **Santé mentale, mères, attachement, stratégies**

1.3. Préparation (définitions ou traductions importantes, section facultative)

**Pas de préparation spécifique, article facile et agréable à lire**

1.4. Résumé convainquant      **oui ✗**    non

#### II- Lecture critique

2.1. Les 4 coins

Nom de la revue : **Journal of Advanced Nursing**

Date de parution : **2006**

Subventionnaires : inconnu

Commentaire (e.g., experts, hors de leur domaine) : **professeurs de haut niveau dans un**

<b>département universitaire de soins infirmiers</b>
--

## 2.2. Reconstruction (résumé, figures et tableaux)

Conclusions personnelles préliminaires :

**Cet article parle principalement de l'attachement mère-enfant après la naissance. Mais il nous sera possible de transposer certains éléments dans notre pratique.**

Notes particulières et avertissements (e.g., généralisations à outrance, notes au sujet des figures) :

## 2.3. Points importants (« mini-résumés », références)

Faits saillants (e.g., informations pertinentes) :

**L'article explique la grossesse d'une femme souffrant de troubles psychiatriques sous sa perspective. Parle des TTT pharmacologiques et non pharmacologiques et leurs répercussions sur la mère et le bébé.**

Notes particulières et avertissements (e.g., références peu nombreuses)

**Article avec beaucoup de références mais qui sont la plupart du temps assez anciennes (1994-2000) → à faire attention !**

Est-il nécessaire d'aller plus loin ? **oui**  non  (se rendre au point III)

## 2.4. Analyse critique

But(s) de l'étude (e.g., description d'un phénomène, explication, synthèse, etc.)

**Décrire les expériences de mères ayant un trouble mental sévère et comment elles font pour contrôler ces circonstances par rapport à leur rôle de mère.**

Introduction

◀ travaux passés (quant, qui, quoi) :

▶ article actuel (situation, question-s, hypothèse-s) :

Commentaires (e.g., les auteurs connaissent-ils leur sujet, ont-ils adéquatement pris en compte des études antérieures ?) :

**Les auteurs sont tous professeurs de haut niveau dans un département universitaire de soins**

**infirmiers, ils ont pris beaucoup de références pour appuyer leur article.**

#### *Méthodes*

Ce qui a été fait (stratégie générale, non détaillée : quoi, où, comment) :

**Les auteurs ont utilisé la théorie de Glaser et des interviews ont été menés chez 20 mères qui étaient en train de recevoir un traitement pour des problèmes psychiatriques. Toutes ces données ont été récoltées en 2002.**

#### *Résultats*

Ce qui a été obtenu (e.g., manière dont les sujets expérimentaux diffèrent des témoins ; reproductibilité des résultats ; etc.) :

**Les interviews ont permis de mieux comprendre le ressenti, l'affect de ces mamans souffrant de troubles psychiatriques. Ils ont permis de saisir quel est le sens pour elles de devenir mère. Pour prendre en charge correctement et de manière satisfaisante une maman souffrant de troubles psychiatriques, il faut que les professionnels de la santé soient sensibles au contexte social et culturel afin de pouvoir trouver des solutions adéquates et possibles pour chacune des patientes.**

Interprétation personnelle :

**Il est important de ne pas négliger un trouble psychiatrique pendant la grossesse car il peut y avoir des répercussions dramatiques. C'est une situation difficile car soit on choisit de médiquer en ayant le risque d'intoxiquer l'enfant, soit on décide de ne rien faire ayant comme conséquences des éventuelles conduites à risque. Le fait de devenir maman pour ces femmes relève d'un grand challenge et d'une possibilité d'atteindre une normalité. Cela engendre donc une pression supplémentaire à ces femmes. Aspect qu'il serait intéressant d'intégrer dans notre prise en charge.**

#### *Discussion*

Comment les auteurs relient-ils ce qu'ils ont mesuré aux objectifs de leur étude (e.g., acceptation ou rejet des hypothèses de départ, interprétation des résultats obtenus, etc.) ?

**L'objectif initial de cet article a été rempli. Il énonce les différentes stratégies qu'une maman met en place pour garder l'attachement entre elle et son enfant.**

#### *Conclusion-s de l'étude*

**Pour assister les mères avec un sérieux trouble psychiatrique, il est nécessaire que les professionnels de la santé soient sensibles aux dimensions culturelles et sociales afin de créer ou maintenir un environnement plus sain afin de prendre soin de l'enfant**

### **III- Appréciation personnelle**

3.1 © Importance en regard des attentes initiales et des informations déjà connues (e.g., réponse à la question posée en I ; comment les conclusions s'appliquent-elles à nos clientèles ; besoins



d'approfondissements)

**Cet article est intéressant même s'il n'est pas totalement dans le champ de notre problématique. Il y a beaucoup d'éléments transposables à notre sujet. L'article parle des stratégies des mamans pour garder l'attachement (To keep close) avec leur enfant malgré la pathologie psychiatrique.**

**L'article parle aussi du sens pour une femme souffrant de troubles psychiatriques de devenir mère, ce qui est très important et intéressant au sein de notre problématique.**

3.2 ➤ Points forts et points faibles de l'article (e.g., comparaison de ses interprétations à celle des auteurs)

- **L'étude n'a été faite que sur 20 patientes → est-ce vraiment objectif ?**

+ **L'article est actuel (2006). Il a été réalisé par 4 professionnels PhD et a été publié dans une revue de notoriété (Journal of Advanced Nursing)**

**Il ne s'agit pas d'un article uniquement théorique. Les auteurs font des liens avec le vécu des patientes interviewées → on est proche du ressenti des patientes, ce qui est important dans notre thématique.**