



L'ERGOTHÉRAPIE EN SOUTIEN À LA PARENTALITÉ AUPRÈS DES PERSONNES VIVANT AVEC UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE : PRATIQUE ACTUELLE ET DÉVELOPPEMENTS POTENTIELS

Margot Dansereau¹, Marjorie Doucet², Cassandra Préfontaine³, Martine C. Lévesque⁴

¹ Ergothérapeute, M. Sc., Centre Hospitalier Universitaire de Sainte-Justine, Montréal, Québec

² Ergothérapeute, M. Sc., Hôpital de la Cité-de-la-Santé, Laval, Québec

³ Ergothérapeute, candidate au doctorat, sciences biomédicales, Département d'anatomie, Université du Québec à Trois-Rivières, Québec

⁴ Ergothérapeute, Ph. D., professeure adjointe, École de réadaptation, Faculté de médecine, Université de Montréal, Québec

Adresse de contact : marqot.dansereau@umontreal.ca

Reçu le 29.07.2022 – Accepté le 14.06.2023

La **Revue Francophone de Recherche en Ergothérapie** est publiée par CARAFE, la Communauté pour l'Avancement de la Recherche Appliquée Francophone en Ergothérapie

doi:10.13096/rfre.v9n2.232

ISSN: 2297-0533. URL: <https://www.rfre.org/>



RÉSUMÉ

Introduction. Les parents atteints d'un trouble de santé mentale (TM) présentent des besoins particuliers pour lesquels les services de santé et les services sociaux actuels ne sont souvent pas adaptés. L'ergothérapeute est bien outillé pour évaluer et intervenir sur les compétences parentales et sur la sécurité et le bien-être du système familial. Toutefois, le rôle de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité auprès d'adultes ayant un TM demeure méconnu.

Objectif. Recenser l'étendue des connaissances quant aux pratiques actuelles et celles à développer chez l'ergothérapeute en soutien à la parentalité d'adultes atteints d'un TM.

Méthodologie. Une revue de la portée utilisant la méthodologie décrite par Arksey et O'Malley (2005) et Levac *et al.* (2010) a été conduite utilisant les bases de données Embase, Medline, CINAHL et PsycInfo, ainsi que la littérature grise (Google Scholar, GreyLit, Opengrey et GreySource Index). L'ensemble des données fut soumis à une analyse narrative descriptive-analytique s'appuyant sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCCP).

Résultats. Des 1785 articles scientifiques et documents repérés, 9 articles provenant des bases de données et 23 documents issus de la littérature grise ont rempli les critères d'inclusion et d'exclusion. Les résultats s'organisent en trois principaux thèmes qui sont les suivantes : les pratiques actuelles des ergothérapeutes, l'efficacité des interventions mises en place et les pratiques ergothérapiques à développer ou à renforcer auprès des parents atteints d'un TM et les leviers pour leur développement ou leur amélioration. Les résultats illustrent l'importance de préconiser une approche préventive et centrée sur la famille, d'assurer une collaboration entre les différentes parties prenantes, de développer des interventions accessibles et adaptées à la clientèle et de soutenir le développement des compétences des ergothérapeutes. Le rôle d'agent de changement pour les ergothérapeutes revêt une importance particulière.

Conclusion. Les ergothérapeutes doivent continuer à déployer, à documenter et à évaluer leurs pratiques liées à la parentalité, vu leur apport considérable au mieux-être de la famille. Le développement et le renforcement des pratiques doivent aussi s'appuyer sur la recherche visant les défis d'ordre contextuel ainsi que sur la formation initiale et continue.

MOTS-CLÉS

Ergothérapie, Parentalité, Trouble de santé mentale

OCCUPATIONAL THERAPY IN PARENTING SUPPORT FOR PEOPLE LIVING WITH A MENTAL HEALTH DISORDER: CURRENT PRACTICE AND POTENTIAL DEVELOPMENTS

ABSTRACT

Introduction. Parents with a mental health disorder (MHD) present special needs for which current health and social services are often not adapted. The occupational therapist is well equipped to assess and intervene on parenting skills and on the safety and well-being of the family system. However, the role of the occupational therapist in supporting parenthood with adults with MHD remains unknown.

Objective. To identify the extent of knowledge regarding current practices and those to be developed by occupational therapists to support the parenting of adults with MHD.

Methodology. A scoping review using the methodology described by Arksey and O'Malley (2005) and Levac *et al.* (2010) was conducted using the Embase, Medline, CINAHL and PsycInfo databases, as well as grey literature (Google Scholar, GreyLit, OpenGrey and GreySource Index). All data was subjected to a descriptive-analytical narrative analysis based on the Canadian practice process framework (CPPF).

Results. Of the 1785 scientific articles and documents retrieved, 9 articles from the databases, and 23 documents from the gray literature met the inclusion and exclusion criteria. The results were organized into three main themes which are the current practices of occupational therapists, the effectiveness of the interventions, and the occupational therapy practices to be developed, and the levers for their development or improvement. The results illustrate the importance of advocating a preventive and family-centered approach, of ensuring collaboration between the various stakeholders, of developing interventions that are accessible and adapted to the clientele, and of supporting the development of the skills of occupational therapists. The role of change agent for occupational therapists is essential.

Conclusion. Occupational therapists must continue to deploy, document, and evaluate their practices related to parenting, given their considerable contribution to the well-being of the family. The development and strengthening of practices must also be based on research targeting contextual challenges as well as on initial and ongoing training.

KEYWORDS

Occupational therapy, Parenting, Mental health

INTRODUCTION

Devenir parent est une étape de vie marquante constituant souvent une opportunité de s'épanouir et de nourrir sa valeur personnelle et son sentiment d'accomplissement (Nicholson *et al.*, 2002). La parentalité engendre de multiples défis occupationnels, dont trouver et maintenir un logement, assurer l'accès aux soins pour son enfant ou encore réaliser les activités quotidiennes telles que l'entretien domiciliaire, la gestion financière, le soutien de la scolarisation et l'offre d'opportunités de jeu à son enfant (Brown *et al.*, 2019). La complexité du rôle parental est telle qu'en anglais plusieurs termes sont utilisés pour tenter de décrire la parentalité : *parenthood*, *parenting*, *parenting behaviors*, *parenting practice*, *parenting competency*... (Lacharité *et al.*, 2015). En français, le terme et le concept de la parentalité sont plutôt récents, mais tout aussi complexes et nuancés (Lacharité *et al.*, 2015). À titre d'exemple, des chercheurs en France ont développé un cadre conceptuel pour cerner les principales composantes caractérisant la parentalité, à savoir l'expérience parentale (pensées et sentiments associés au rôle de parent), la pratique parentale (décisions, gestes et comportements posés par les parents) et la responsabilité parentale (droits et devoirs envers l'enfant) (Houzel, 1999; Sellenet, 2007). Ces trois facteurs influencent directement et indirectement le développement de l'enfant et le parent doit continuellement s'ajuster à ces différentes composantes. Le modèle de Belsky propose quant à lui d'analyser la parentalité selon les caractéristiques personnelles du parent, celles de l'enfant et les caractéristiques sociales et contextuelles (Belsky, 1984; Belsky et Jaffee, 2006).

Les parents vivant avec un trouble de santé mentale (TM) font face aux mêmes demandes et aux mêmes défis occupationnels attendant tout parent en plus de présenter des besoins et enjeux de santé individuels particuliers. En effet, le TM est caractérisé par « un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne, ce qui perturbe son fonctionnement et lui (sic) entraîne de la détresse » (Gouvernement du Québec, 2021). De plus, les effets secondaires de la médication, les possibles hospitalisations et les rendez-vous de suivi peuvent rendre difficile l'accomplissement de certaines occupations et le maintien d'une routine stable (Brown *et al.*, 2019).

Par ailleurs, les parents atteints d'un trouble mental font davantage face à des facteurs de risque contextuels tels que l'instabilité de l'emploi, la précarité financière, un faible soutien social, un faible niveau d'éducation, des difficultés conjugales, la monoparentalité et un habitat insalubre (Bassett et Lloyd, 2005). Ces facteurs augmentent la vulnérabilité de la famille et contribuent négativement à la santé mentale des parents (Bassett et Lloyd, 2005). Ces derniers doivent également composer avec une réalité très difficile qui est la suivante : les soins et les services dont ils ont besoin sont inexistantes ou fragmentés et leur prise en charge est non systématique (Carrière *et al.*, 2010; Laporte *et al.*, 2014). Les lacunes en services et soutien aux parents affectent la famille dans son ensemble et se traduisent par des statistiques et réalités troublantes. Au Québec, en 2016, chez les 32 000 jeunes ayant reçu les services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ), 61,3 % des mères avaient un TM (Desrosiers et Laporte, 2018). Aussi, à la suite d'un signalement à la DPJ, les parents ayant un TM ont plus de

risque de perdre la garde de leurs enfants, et ce de façon rapide et définitive, comparativement à leurs homologues sans troubles mentaux (Côté, 2009).

Parmi les professionnels outillés pour venir en aide aux parents, l'ergothérapeute se distingue par son expertise en analyse des activités quotidiennes et de l'environnement de la personne. Il peut évaluer les compétences parentales et la sécurité du système familial (Major *et al.*, 2018). Or, la littérature scientifique sur le rôle de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité des personnes atteintes de TM demeure parcellaire malgré le fait que les ergothérapeutes rencontrent cette clientèle dans plusieurs milieux de pratique, tels que les hôpitaux psychiatriques, les programmes communautaires de santé mentale et les services pédiatriques. Il est toutefois probable qu'une pluralité d'interventions ergothérapeutiques ciblant la parentalité s'y décline, interventions qui gagneraient à être documentées. De plus, il émerge depuis quelques années certains programmes visant explicitement le soutien à la parentalité, dont le programme québécois *Mon enfant et moi*, codéveloppé par une ergothérapeute, pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite (TPL) (Beaudry, 2016; Lemire-Chapleau, 2018). Les particularités de ce programme mériteraient également d'être mieux connues.

Devant l'importance des enjeux auxquels font face les parents atteints de TM et le potentiel que possède l'ergothérapie de leur venir en aide, cette revue de la portée vise à documenter l'étendue des connaissances concernant le rôle de l'ergothérapeute et la façon dont s'actualise la pratique de l'ergothérapie en soutien à la parentalité chez des personnes atteintes de TM. Plus spécifiquement, à l'égard de la parentalité chez des personnes atteintes de TM, cette revue descriptive élargie vise à : décrire les pratiques actuelles des ergothérapeutes en soutien à la parentalité auprès d'adultes atteints d'un TM, recenser l'efficacité des programmes existants en soutien à la parentalité et décrire les pratiques à développer ou à renforcer ainsi que les leviers pour leur développement ou amélioration.

À noter que les troubles de santé mentale sont souvent catégorisés selon leur gravité et leur intensité soit par l'existence de troubles mentaux courants (troubles anxieux et dépressifs) et de troubles mentaux graves (c'est-à-dire troubles mentaux sérieux et persistants tels que les troubles de la personnalité, la schizophrénie, etc.) (Émond, 2012). Comme cette étude est à visée descriptive élargie, nous avons retenu des articles et documents touchant l'ensemble des troubles mentaux. Certaines distinctions se sont toutefois imposées en cours d'analyse, en fonction des différents cadres cliniques (p. ex. en contexte périnatal).

Cadre conceptuel

Cette revue s'appuie sur le Modèle canadien du processus de pratique (MCP), un modèle utilisé en ergothérapie pour guider le processus de pratique. En effet, le MCP est basé sur les données probantes étayant la pratique de l'ergothérapeute selon les huit points d'action suivants : initier et établir le contact, établir les balises avec le patient, évaluer et analyser, convenir des objectifs et du plan, mettre en œuvre un plan, faire le suivi, évaluer le résultat et conclure et mettre fin aux interventions, tout en considérant les facilitateurs et obstacles liés aux contextes de pratique et aux contextes sociétaux (Townsend *et al.*, 2013).

MÉTHODES

Une revue de la portée s'est avérée pertinente afin de documenter et synthétiser l'étendue des connaissances issues d'une variété de sources et de méthodologies et d'identifier les connaissances manquantes. Cette revue de la portée suit les méthodologies proposées par Arksey et O'Malley (2005) et Levac *et al.* (2010).

Identifier la question de recherche

La question de recherche a été formulée sur la base d'écrits scientifiques abordant les difficultés parentales vécues par les adultes ayant un TM et d'échanges avec des experts sur la question de recherche, comme notre troisième auteure, candidate au doctorat en sciences de la réadaptation. La reconnaissance des nombreux défis parentaux vécus par les personnes atteintes d'un TM et les besoins de ces derniers en services professionnels axés sur la réalisation concrète des activités et tâches parentales a permis d'établir la pertinence de cette revue de la portée. Il est en effet essentiel de synthétiser les connaissances sur l'implication de l'ergothérapeute auprès de la clientèle ciblée, et ce à partir d'une question générale permettant d'aborder tous les éléments qui en influencent les pratiques.

Identifier les études pertinentes

Les bases de données électroniques Embase, Medline, CINAHL et PsycInfo ont été exploitées à deux reprises entre 2020 et 2022. Des recherches utilisant les moteurs de recherche Google et Google Scholar ont également été effectuées en 2021 en utilisant les mêmes mots-clés afin d'identifier la littérature grise (guides de pratique, rapports d'études ou de recherches, thèses, colloques, etc.). Enfin, les bases de données spécifiques à la littérature grise telles que GreyLit, Opengr et ProQuest ont été consultées en 2021. La liste de références de chaque article ou document repéré a été analysée afin d'identifier des articles pertinents n'ayant pas été relevés préalablement.

Les mots-clés utilisés abordaient les thématiques de l'ergothérapie, de la santé mentale chez les adultes et de la parentalité. Plus précisément, les mots tronqués ou traduits et les termes spécifiques ou synonymes suivants ont été utilisés : (Occupational therap* OR Occupation*) AND (Parent* OR Mother* OR Father*) AND (Mental health/disorder/illness OR Mental illness OR Psychiatric illness/disorder OR Mental disorder OR Depression OR Anxiety OR Schizophrenia OR Bipolar disorder OR Personality disorder OR Borderline personality disorder).

Sélection des études

Tous les écrits obtenus par les bases de données scientifiques ont été importés dans le logiciel Covidence, une plateforme web facilitant la gestion et le triage des documents et textes issus de la recherche. Une lecture de tous les titres et résumés a été effectuée afin d'identifier les articles répondant aux critères d'inclusion. Les résumés de conférence n'ont pas été retenus. Les articles jugés pertinents ont été lus dans leur intégralité afin de réaliser une sélection définitive. Des démarches supplémentaires ont

été menées auprès de la bibliothèque de l'Université de Montréal afin d'accéder à deux articles qui n'étaient pas disponibles. Les articles repérés à l'aide des autres stratégies de recherche ont également été évalués à cette étape. La qualité méthodologique des articles retenus n'a pas été prise en compte en raison de la nature du devis de recherche.

Deux lectrices indépendantes ont effectué la sélection des articles ou textes afin de réduire le risque de biais, en se basant sur les critères d'inclusion suivants : article s'intéressant aux difficultés parentales ou au rôle de parent OU décrivant des programmes ou des interventions pour soutenir l'adulte dans son rôle parental (l'efficacité de ces programmes peut avoir été évaluée ou non) OU documentant l'impact de programmes ou d'approches visant à soutenir le rôle parental; article ayant comme population des parents ayant un TM; article traitant de l'implication de l'ergothérapeute OU traitant des défis vécus ou perçus par l'ergothérapeute en lien avec la parentalité OU abordant les facteurs d'influence (sociétaux, structurels, organisationnels) sur la pratique de l'ergothérapeute et article publié en anglais ou en français. Aucune limite n'a été fixée quant à la date de publication ou quant au type d'écrit afin de ne pas limiter la quantité de données, compte tenu du nombre relativement restreint d'articles attendus. Lorsqu'un désaccord survenait entre les deux lectrices, une discussion permettait d'arriver à un consensus sur la décision d'inclure ou d'exclure le texte en question.

Cartographier les données

Les documents ou articles retenus ont été cartographiés à l'aide d'un tableau de synthèse (Tableau 1). Les données ont été analysées selon une approche narrative descriptive-analytique (Arksey et O'Malley, 2005) en suivant, d'une part, les catégories du cadre conceptuel du MCPP et en tenant compte, d'autre part, des thèmes et catégories émergentes comportant un sens en fonction des objectifs de la recherche. L'analyse a été réalisée de manière indépendante par les deux premières auteures et discutée à intervalles réguliers avec l'ensemble des auteurs.

Rassembler, résumer et rendre compte des résultats

Une approche narrative a également été utilisée pour présenter les résultats de manière synthétique et contextualisée (Arksey et O'Malley, 2005). Les segments de textes pertinents ont d'abord été codés à l'aide du logiciel d'analyse qualitative QDA Miner 5.0 (Provalis, 2016). Au total, 16 codes préétablis et émergents (p. ex. obstacles et facilitateurs au contexte de pratique, évaluer, analyser...) ont été créés selon un processus itératif soutenu par des échanges entre les auteurs, dans le cadre de neuf séances de débriefing (entre le 28 janvier et le 17 août 2021). Lors de ces rencontres et au fur et à mesure de l'analyse, les différents codes ont été discutés, bonifiés, combinés ou éliminés de manière à pouvoir rendre compte des pratiques actuelles des ergothérapeutes, d'examiner celles à développer ou à renforcer en tenant compte des contextes et défis rencontrés.

RÉSULTATS

Un total de 1762 écrits a été identifié à partir des mots-clés (Figure 1) et importé dans l'application Covidence pour en faciliter la gestion et la sélection. De ces documents, 488 doublons ont été retirés. Au total, 1274 documents ont été filtrés par lecture du titre et du résumé. Vingt-neuf articles ont été lus dans leur entièreté et 9 d'entre eux ont été inclus dans la revue. Les documents exclus ne remplissaient pas les critères d'inclusion, soit du point de vue de la population cible (la grande majorité des articles abordaient une population pédiatrique, abordant le vécu de parents ayant un enfant à besoins particuliers), soit parce qu'ils n'impliquaient pas l'ergothérapie. Les recherches dans la littérature grise ont permis d'inclure 24 documents supplémentaires. Les caractéristiques de ces 33 documents sont inscrites dans le tableau 1.

Figure 1 : Diagramme de flux PRISMA

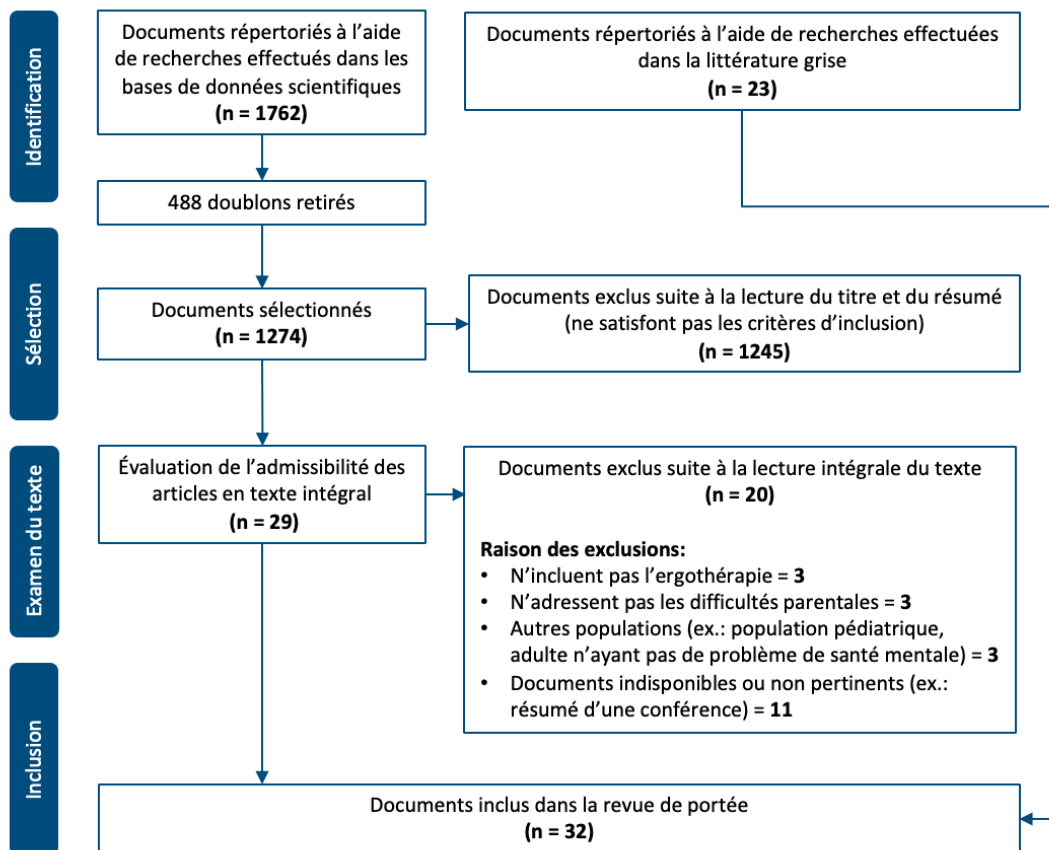


Tableau 1 : Caractéristiques des articles scientifiques et des documents provenant de la littérature grise

Titre	Auteurs	Type de document	Année	Pays	Type de clientèle	Contexte de pratique
<i>Prenatal predictors of maternal-infant attachment</i>	Branjerdporn et al.	Étude de cohorte	2020	AUS	60 femmes ayant un suivi standard pour leur grossesse ou ayant subi une perte périnatale	Périnatalité
<i>Preparing for motherhood: a role for occupational therapy</i>	Acharya	Étude de cas	2014	IND	Une mère ayant une maladie affective bipolaire et un trouble de personnalité limite (TPL) ^a	Soins aigus dans un hôpital psychiatrique
<i>Challenges and resources available for mothers in opiate recovery: a qualitative study</i>	Suarez et al.	Étude qualitative narrative	2018	USA	Quatre mères ayant une dépendance aux opioïdes et ayant un bébé né avec le syndrome d'abstinence néonatale	Programme de rétablissement d'abus de substances aux opioïdes
<i>When a mother is depressed: supporting her capacity to participate in co-occupation with her baby: a case study</i>	Olson, L.	Étude de cas	2006	USA	Une mère ayant une dépression	Hôpital psychiatrique privé (suivi en interne et externe)
<i>Meeting the need of parents with mental illness</i>	Bassett et al.	Description d'un programme	1999	AUS	27 mères ayant des diagnostics de santé mentale variés, ayant un ou des enfants âgés de 5 ans ou moins et ayant la garde de celui-ci ou un droit de visite	Maison de réadaptation à base communautaire
<i>Mothers in recovery: an occupational perspective</i>	Martin et al.	Étude qualitative narrative	2011	USA	10 mères ayant un trouble lié à l'usage de substances (alcool ou opiacés)	Programme de suivi à domicile ou ressource d'hébergement temporaire ou permanente
<i>Food Cent\$: educating mothers with a mental illness about nutrition</i>	Bassett et al.	Étude pilote	2003	AUS	Six mères ayant des diagnostics de santé mentale variés, ayant un ou des enfants âgés de 5 ans ou moins et ayant la garde ou un droit de visite	Maison de réadaptation à base communautaire
<i>Living with under-fives: a program for parents with a mental illness</i>	Bassett et al.	Évaluation de programme	2001	AUS	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés, ayant un ou des enfants âgés de 5 ans ou moins et ayant la garde ou un droit de visite	Maison de réadaptation à base communautaire
<i>Occupational therapist's perception of how they support the parenting role of mental health service users who have children</i>	Hackett et Cook	Étude exploratoire qualitative	2016	GBR	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés	Suivi en communauté

^a TPL : Trouble de la personnalité limite

• **Tableau 1 (suite) : Caractéristiques des articles scientifiques et des documents provenant de la littérature grise**

Titre	Auteurs	Type de document	Année	Pays	Type de clientèle	Contexte de pratique
<i>At-risk families with mental illness: partnership in practice</i>	Bassett et Lloyd	Article de recherche théorique	2005	AUS	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés, ayant un ou des enfants âgés de 5 ans ou moins et ayant la garde ou un droit de visite	Maison de réadaptation à base communautaire
<i>Perceived occupational concerns and sensory processing patterns of mothers in a temporary assistance for needy families TANF^b to work program</i>	Good <i>et al.</i>	Étude descriptive	2012	USA	Cinq mères ayant un diagnostic de santé mentale de l'axe 1 du DSM-IV ^c	Programme de retour au travail
<i>The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study</i>	Diaz-Caneja et Johnson	Étude qualitative	2004	GBR	22 mères ayant une schizophrénie, un trouble schizo-affectif, un trouble délirant, une maladie affective bipolaire ou une dépression avec symptômes psychotiques et ayant un enfant de moins de 16 ans	Suivi en communauté
<i>The development of an observation tool for use with parents with psychiatric disability and their preschool children</i>	Bassett <i>et al.</i>	Étude pilote	2006	AUS	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés, ayant un ou des enfants âgés de 5 ans ou moins et ayant la garde ou un droit de visite	Suivi en communauté
<i>Parenting: experiences and feelings of parents with a mental illness</i>	Bassett <i>et al.</i>	Étude qualitative descriptive exploratoire	1999	AUS	Mères ayant des diagnostics de santé mentale variés, ayant un ou des enfants âgés de 5 ans ou moins et ayant la garde ou un droit de visite	Suivi en communauté
Défis occupationnels des mères présentant un trouble de la personnalité limite	Desrosiers et Laporte	Étude qualitative descriptive interprétative	2018	CAN	Mères ayant un TPL et ayant au moins un enfant suivi à la Protection de la jeunesse	Protection de la jeunesse
<i>Mental health series: post-natal depression</i>	Tulloch	Blogue	2018	GBR	Mères ayant une dépression post-partum	Hôpital (unité de naissance) et suivi de groupes communautaires
<i>Occupational therapy for parental mental illness through early intervention programs</i>	Morris et LaFavre	Résumé de conférence	2015	USA	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés	Programme d'intervention précoce à domicile

^b TANF : Temporary Assistance for Needy Families

^c Axe 1 du DSM-IV : Inclut tous les troubles mentaux majeurs cliniques, à l'exception des troubles de la personnalité et des déficiences intellectuelles

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques des articles scientifiques et des documents provenant de la littérature grise

Titre	Auteurs	Type de document	Année	Pays	Type de clientèle	Contexte de pratique
<i>Occupational therapy in mental health: a vision for participation</i>	Brown et Stoffel	Monographie	2010	USA	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés	Milieux variés
<i>Developing occupational therapy intervention in perinatal maternal mental health in Malta</i>	Cassar	Article descriptif	2005	MLT	Mères fréquentant une clinique spécialisée en troubles affectifs lors de la période de périnatalité	Département d'obstétrique
<i>Specialist perinatal mental health: model of care for Ireland</i>	Mental Health Services	Publication gouvernementale	2017	IRL	Mères en période de périnatalité	Services de périnatalité en santé mentale
<i>Perinatal posttraumatic stress disorder: implications for occupational therapy in early intervention practice</i>	Pizur-Barnekow et Erickson	Étude de cas	2011	USA	Une mère ayant un syndrome de stress post-traumatique	Unité de soins intensifs de néonatalogie
<i>Proposed role for occupational therapy to serve new mothers</i>	George	Revue évaluée de manière critique	2011	USA	Mères en période de périnatalité	Variés
Évaluation de la satisfaction des mères présentant un TPL participant au programme Mon enfant et moi	Lemire-Chapleau	Projet universitaire de fin d'études	2018	CAN	Mères d'enfants entre 3 et 11 ans ayant un TPL (avéré ou probable) ayant participé au groupe « Mon enfant et moi » et recevant des services de la Protection de la jeunesse	Centre jeunesse de Montréal
<i>Occupational therapy's role in maternal mental health within transition from NICU to home</i>	Brilzt	Projet universitaire de fin d'études	2019	USA	Mères d'enfants nés à moins de 37 semaines de gestation	Clinique privée offrant des services d'intervention précoce
<i>Occupation role performance and post-partum depression: a pilot exploratory study</i>	Karkun	Étude pilote quasi exploratoire	2005	USA	Mères ayant donné naissance dans les 4 à 6 semaines et ayant une dépression post-partum	Clinique ambulatoire prénatale/postnatale d'un hôpital d'obstétrique et de gynécologie
Soutenir les mères souffrant de troubles mentaux dans leur rôle maternel : enjeux de collaboration et de concertation entre les partenaires	Hébert <i>et al.</i>	Présentation PowerPoint	2013	CAN	Mères ayant des diagnostics de santé mentale variés	Centre de pédiatrie sociale de Centre-Sud

Tableau 1 (suite) : Caractéristiques des articles scientifiques et des documents provenant de la littérature grise

Titre	Auteurs	Type de document	Année	Pays	Type de clientèle	Contexte de pratique
<i>Parenting as occupation: occupational therapists' perspectives on working with parents in mental health</i>	Carter	Étude qualitative phénoménologique	2020	USA	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés	Hôpital psychiatrique et service externe de psychiatrie
Une activité de groupe conçue pour les parents ayant un trouble de la personnalité limite : « moi et mon enfant » : volet parents	Laporte <i>et al.</i>	Article descriptif	2015	CAN	Parents ayant des diagnostics de santé mentale variés	Centre jeunesse
<i>"I gave birth to him, and he gave me my life": study of occupational transition linked to motherhood of two women with mental disorders</i>	Domínguez <i>et al.</i>	Étude qualitative phénoménologique	2018	ESP	Une mère ayant une schizophrénie, une mère ayant une agoraphobie et plusieurs troubles de personnalité	N/A ^d
<i>Mommy or me: perceptions of mothers with postpartum depression on occupational disruption and role conflict</i>	Levin	Thèse de maîtrise en ergothérapie	2021	USA	Mères ayant donné naissance dans la dernière année et ayant une dépression ou ayant vécu les symptômes cliniques d'une dépression selon le DSM-V ^e	N/A
Formation des animateurs pour le programme Mon enfant et moi	Desrosiers	Document de formation	2020	CAN	Mères ayant un TPL (avéré ou probable) participant au groupe « Mon enfant et moi »	Protection de la jeunesse et hôpital psychiatrique adulte
<i>A call to action: addressing maternal mental health in pediatric occupational therapy practice</i>	Sepulveda	Document de position	2019	USA	Mères ayant un enfant suivi en ergothérapie	Milieus variés en pédiatrie

^d N/A : Non applicable

^e DSM-IV : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder – 4e édition

Les résultats de la revue de portée s'organisent en trois grandes sections associées aux trois objectifs cités précédemment : décrire les pratiques actuelles des ergothérapeutes en soutien à la parentalité auprès d'adultes atteints de TM, recenser l'efficacité des programmes existants en soutien à la parentalité et décrire les pratiques à développer ou à renforcer ainsi que les leviers pour leur développement ou amélioration.

Description des pratiques actuelles des ergothérapeutes en soutien à la parentalité auprès d'adultes atteints de TM

Les pratiques actuelles sont présentées selon les diverses rubriques du MCPP s'étant avérées les plus prégnantes et les plus pertinentes en regard des questions de recherche : 1) contexte sociétal, 2) contextes de pratique, 3) schèmes de référence, 4) évaluer/analyser, 5) convenir des objectifs/plan, 6) mettre en œuvre un plan, 7) faire le suivi et 8) évaluer le résultat de l'intervention.

Le contexte sociétal

Dix documents abordaient les facteurs sociétaux influençant le processus de pratique de l'ergothérapeute. Ceux-ci incluent la stigmatisation sociale que subissent les parents ayant un TM, autant dans la société en général qu'auprès des professionnels de la santé (Bassett et Lloyd, 2005; Bassett *et al.*, 1999; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Domínguez *et al.*, 2018). Un préjugé relevé par des parents et intervenants présuppose que leurs habiletés parentales sont inadéquates (Bassett *et al.*, 1999; Bassett et Lloyd, 2005; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Domínguez *et al.*, 2018). Il en résulte que les parents aux prises avec un TM doivent constamment prouver leur légitimité. Les intervenants œuvrant auprès de cette clientèle documentent principalement les *difficultés* liées au rôle parental, plutôt que les habiletés ou forces des parents, perpétuant ainsi des biais et stéréotypes (Bassett et Lloyd, 2005). Ceci peut engendrer une méfiance de la part des parents quant au dévoilement de leurs difficultés parentales, de peur d'être jugé ou de se voir retirer la garde des enfants. Ce phénomène peut renforcer l'isolement social souvent déjà présent (Bassett et Lloyd, 2005; Bassett *et al.*, 1999; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Good *et al.*, 2012).

Plusieurs écrits déplorent l'image que projette la société d'une maternité jouissive et du rôle de la mère parfaite, indépendante, comblée de bonheur ou de la *superwoman* (Bassett et Lloyd, 2005; Briltz, 2019; Karkun, 2005; Rosalind Tulloch, 2018). Or, environ une femme sur dix sera atteinte de dépression post-partum et cette conception idéaliste du rôle de mère fera en sorte qu'environ la moitié des mères ne demanderont pas d'aide (Rosalind Tulloch, 2018). De plus, les affects négatifs souvent associés avec ce rôle (stress, peur, ambivalence, sentiment d'incompétence, épuisement) sont peu abordés, ce qui peut engendrer une détresse émotionnelle pouvant mener à la dépression post-partum.

Enfin, certains facteurs tels que la monoparentalité, la présence ou non de la famille élargie et l'accès aux services psychiatriques pourraient influencer les compétences parentales (Acharya, 2014; Hackett et Cook, 2016) et conséquemment les besoins en ergothérapie. Par exemple, la présence et la surprotection de la famille élargie peuvent nuire au développement du sentiment d'efficacité de la mère et affecter négativement la relation mère-enfant (Acharya, 2014).

Les contextes de pratique

La majorité des documents (16) abordent les éléments du contexte de pratique qui facilitent ou font obstacle à la prise en charge ergothérapique. Un des principaux obstacles relevés est l'existence de silos entre les différents milieux. Il y aurait un manque flagrant de communication et de collaboration entre les milieux (santé mentale adulte, protection de la jeunesse, école, groupes de soutien communautaires, services pédiatriques), ce qui nuit considérablement à la qualité des soins offerts (p. ex. soins non centrés sur la famille, soins discontinus) (Bassett et Lloyd, 2005; Carter, 2020; Hackett et Cook, 2016; Hébert *et al.*, 2013). Un autre défi soulevé réfère au besoin de définir et de promouvoir le rôle de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité (Hackett et Cook, 2016; Hébert *et al.*, 2013; Morris et LaFavre, 2015) vis-à-vis des autres professionnels de la santé, afin d'éviter la confusion de rôles (zones grises et conflits des rôles) (Hébert *et al.*, 2013).

Certains milieux de pratique comportent des facilitateurs et obstacles plus spécifiques à leur réalité, qui sont résumés ci-dessous en trois sections, soit le milieu communautaire, le milieu hospitalier psychiatrique et les départements de gynécologie et d'obstétrique et unités de néonatalogie.

Le milieu communautaire

Les obstacles en milieu communautaire réfèrent aux longues listes d'attente pour l'obtention de services en ergothérapie, aux critères parfois restrictifs ou stricts pour avoir accès à ces services, au manque de ressources (nombre limité d'ergothérapeutes, de locaux et de financement), au manque de formation spécifique en soutien à la parentalité, au manque de connaissances spécifiques des ergothérapeutes sur le développement de l'enfant ou le rôle de parent et au manque de contacts avec l'enfant ou la famille pour effectuer une évaluation complète (Bassett *et al.*, 1999; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Hébert *et al.*, 2011; Hackett et Cook, 2016; Sepulveda, 2019). Certains ergothérapeutes vivent également un conflit éthique opposant le devoir de protéger l'enfant et celui de faire de l'*advocacy* pour le parent (Bassett et Lloyd, 2005; Hackett et Cook, 2016). Les parents, pour leur part, font face à des difficultés logistiques (accès limité en transport en commun aux lieux des rencontres, horaires des rencontres en soirée excluant ainsi la possibilité d'amener les enfants et nécessitant une garde pour ces derniers) et relationnelles (lien de confiance fragile, crainte d'aborder les difficultés parentales de peur de perdre la garde de leur enfant), qui sont en partie dues au roulement des intervenants (Bassett *et al.*, 1999; Diaz-Caneja et Johnson, 2004).

Les facteurs facilitant la pratique en milieu communautaire incluent la proximité des lieux aux services hospitaliers psychiatriques adultes, la possibilité de mener des groupes thérapeutiques dans un environnement non institutionnel, la présence de locaux dédiés aux parents, d'aires adaptées pour les enfants et d'espaces communs, la flexibilité des critères d'inclusion aux interventions de groupe (groupe ouvert, hétérogénéité des sources de référencement des participants, dont certains sont hospitalisés) ainsi que le soutien au transport des parents de la communauté (Bassett *et al.*, 1999, 2001). Enfin, la communication et la collaboration régulières des ergothérapeutes avec les différentes parties prenantes (départements de protection de la jeunesse, organismes communautaires, parents et écoles) constituent des éléments-clés de la réussite des programmes (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Bassett et Lloyd, 2005).

Le milieu hospitalier psychiatrique

En milieu hospitalier psychiatrique, l'absence de contact de la mère avec ses enfants et la non-prise en compte ou inclusion des enfants dans le plan de traitement sont des obstacles à la pratique (Bassett *et al.*, 1999; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Hébert, 2006; Olsen, 2006; Carter, 2020). Les barrières à l'intégration des enfants sont le manque d'aménagement d'espaces physiques pour les familles, l'inexistence d'un système permettant l'identification systématique des adultes étant parents, les heures de visites familiales incompatibles avec les horaires des professionnels et les croyances généralisées que le milieu hospitalier psychiatrique ne convient pas aux enfants (Carter, 2020; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Hébert, 2006). Les ergothérapeutes rapportent souvent se sentir mal préparés, peu outillés et non formés pour exercer un rôle de soutien à la parentalité (Carter, 2020). Enfin, le manque de ressources et l'impossibilité d'effectuer des sorties dans la communauté nuisent à l'intégration de pratiques centrées sur la famille (Carter, 2020).

En contrepartie, en plus des sorties dans la communauté, l'accès à une cuisine thérapeutique, la bonne collaboration entre les différents membres des équipes interdisciplinaires, l'existence de lignes directrices basées sur des données probantes ainsi que la présence d'un ergothérapeute parmi les gestionnaires de l'équipe constituaient des facteurs facilitants pour la prise en charge ergothérapique (Carter, 2020; Cassar, 2005; Hébert *et al.*, 2013; Olsen, 2006).

Départements de gynécologie et d'obstétrique et unités de néonatalogie

Les ergothérapeutes sont peu impliqués en périnatalité. Ceux qui y œuvrent abordent rarement la santé mentale parentale puisque cela ne fait pas partie de leur mandat au sein de ces programmes davantage axés sur le développement sensoriel et moteur de l'enfant (Branjerdporn *et al.*, 2020; Cassar, 2005; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011; Sepulveda, 2019). Or, l'accouchement peut parfois être traumatique et nécessite que l'on considère la santé mentale maternelle, surtout lors d'un séjour prolongé en néonatalogie (Briltz, 2019; Hébert *et al.*, 2013; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011). Un manque flagrant de services post-hospitalisation permettant de faciliter la transition vers le domicile est relevé, ce qui oblige le recours aux cliniques privées pour les mères qui le peuvent, afin d'obtenir du soutien dans leur nouveau rôle de parent (p. ex. besoin d'informations sur l'allaitement ou les autres soins à prodiguer au nourrisson, et sur les services offerts) (Briltz, 2019; Cassar, 2005).

Dans les rares cas où les ergothérapeutes sont intervenues auprès des femmes souffrant de dépression post-partum, elles ont déploré le manque de locaux pour mener des groupes thérapeutiques (Cassar, 2005).

Les éléments facilitants réfèrent à la stabilité des intervenants du milieu et à l'existence d'un programme de transition de l'hôpital à la maison (Briltz, 2019; Hébert *et al.*, 2013).

Schèmes et approches utilisées

Neuf documents ont recensé les différents schèmes de référence et approches utilisées par les ergothérapeutes. Parmi ceux-ci, on retrouve l'approche préventive et précoce (Bassett *et al.*, 1999; Bassett et Lloyd, 2005; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011; Sepulveda, 2019), l'approche centrée sur le client (Bassett *et al.*, 1999; Cassar, 2005; Hackett et Cook, 2016), l'approche centrée sur la famille (Acharya, 2014; Bassett *et al.*, 1999; Bassett et Lloyd, 2005), l'approche collaborative (Hackett et Cook, 2016; Olsen, 2006), la thérapie cognitivo-comportementale (Acharya, 2014; Olsen, 2006) ou autre théorie comportementale (Bassett *et al.*, 2003), l'approche par l'activité parent-enfant (Olsen, 2006), l'approche centrée sur les forces (Brown *et al.*, 2019) et l'approche de développement communautaire (Bassett et Lloyd, 2005).

Évaluer/analyser

Outils d'évaluation standardisés

Deux articles relèvent que les ergothérapeutes utilisent l'entrevue semi-dirigée du Modèle canadien de rendement occupationnel (MCRO) (Cassar, 2005; Good *et al.*, 2012). L'étude de Good *et al.* (2012) a rapporté que les ergothérapeutes se servent également, en complémentarité, le Profil sensoriel (version adulte) de Winnie Dunn (référence), afin de déterminer si les difficultés quotidiennes peuvent être attribuables à des difficultés de régulation sensorielle. L'*Occupational performance history interview-II* (OPHI-II) est également utilisé, en combinaison avec le *Edinburgh postnatal depression scale* (EPDS), un outil de dépistage de dépression post-partum (Karkun, 2005). En périnatalité, les ergothérapeutes peuvent utiliser le *Perinatal posttraumatic stress disorder questionnaire 2* (PPQ 2) afin de dépister les mères à risque de présenter un trouble de stress post-traumatique. Cet outil est considéré comme fiable et valide (Pizur-Barnekow et Erickson, 2011).

Outils d'évaluation non standardisés

Deux études rapportent que les ergothérapeutes effectuent des visites à domicile, de l'observation du domicile et de l'observation libre d'occupations (moments de repas ou de jeu parent-enfant) comme méthode évaluative, afin d'apprécier la performance occupationnelle du parent dans son milieu naturel (Karkun, 2005; Olsen, 2006). Ces types d'observation sont également combinés à une entrevue semi-dirigée sur le rapport à la maternité, les émotions vécues, les routines, les méthodes de gestion du stress, les objectifs personnels, les attentes, les ressources et les besoins. Elle sert aussi à apprécier les habiletés cognitives du parent (Acharya, 2014; Brown *et al.*, 2019; Cassar, 2005; Good *et al.*, 2012; Karkun, 2005; Olsen, 2006; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011; Rosalind Tulloch, 2018). Trois écrits recensent l'utilisation de l'analyse de l'activité

par les ergothérapeutes (Bassett *et al.*, 2001; Hackett et Cook, 2016; Hébert *et al.*, 2013). Une grille maison permettant d'observer et d'apprécier la qualité des interactions parent-enfant, telle que le *Parent-child observational tool*, est également utilisée (Bassett *et al.*, 2001, 2006).

Analyse

L'utilisation du Modèle de l'occupation humaine (MOH) est rapportée dans quatre écrits différents. Les auteurs soulignent son utilité pour structurer la pensée et soutenir l'analyse des résultats ainsi que pour aborder la performance occupationnelle et la co-occupation (Briltz, 2019; Health Service Executive, 2017; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011), processus interactif et réactif liant deux personnes et impliquant un partage sur les plans physique, émotionnel ou intentionnel (Massey Cho, 2021). Ce concept prend tout son sens en contexte de parentalité, considérant que l'enfant est majoritairement dépendant de son parent pour répondre à l'ensemble de ses besoins (Branjerdporn *et al.*, 2020). Toutefois, le modèle personne-environnement-occupation (PEO) est privilégié par d'autres ergothérapeutes (Acharya, 2014; Sepulveda, 2019).

Convenir des objectifs et du plan

Neuf documents ont abordé cette étape. Une étude qualitative exploratoire menée auprès d'ergothérapeutes œuvrant en santé mentale adulte expose le fait que ces professionnels ne formulent pas d'objectif précis entourant la parentalité, malgré le fait qu'ils reconnaissent qu'elle constitue un aspect central de la vie de leur client (Hackett et Cook, 2016). Deux autres études mentionnent que les ergothérapeutes établissent des objectifs thérapeutiques centrés sur le rôle de parent et que ce processus se fait de manière collaborative entre le thérapeute et le parent (Hébert *et al.*, 2013; Olsen, 2006). La liste *Parenting well strengths and goals*, centrée sur la parentalité, peut également être utilisée afin de faciliter l'établissement d'objectifs thérapeutiques avec les parents (Brown *et al.*, 2019).

Certains écrits documentent les objectifs des groupes thérapeutiques destinés aux parents et visant à développer les habiletés parentales (Bassett *et al.*, 1999, 2001, 2003; Brown *et al.*, 2019; Desrosiers, 2020; Lemire-Chapleau, 2018). Plus précisément, les groupes thérapeutiques tels que *Living with under-fives* et *Mon enfant et moi* visent à diminuer l'impact des symptômes du TM sur la relation parent-enfant (Desrosiers, 2020), à améliorer la confiance en soi des parents (Brown *et al.*, 2019), à les aider à développer un réseau social et de soutien (Brown *et al.*, 2019), à créer un environnement sécuritaire pour permettre aux parents d'échanger sur leurs défis quotidiens, à créer des moments d'interaction positive entre les parents et les enfants (de façon structurée ou non), à consolider la relation parent-enfant, à superviser l'évolution du TM de l'adulte et le développement de l'enfant afin de répondre adéquatement à leurs besoins (séances d'éducation, activités de stimulation, etc.) et à explorer les services offerts dans les communautés ainsi qu'à effectuer un premier contact avec les organismes (Bassett *et al.*, 1999, 2001). Un dernier article portant sur le programme *Food Cent\$* avait comme objectif de favoriser la santé nutritionnelle des mères et de leur famille et d'améliorer leur gestion budgétaire et visait l'autodétermination de celles-ci dans ce domaine (Bassett *et al.*, 2003).

Mettre en œuvre le plan

Quinze documents nomment les différentes interventions mises en place par l'ergothérapeute afin de soutenir le parent dans ce rôle social. Celles-ci sont regroupées selon 1) les interventions en contexte individuel et 2) les interventions en contexte de groupe thérapeutique. Pour chaque section, les modalités d'intervention sont partagées selon qu'elles visent le parent uniquement, la dyade parent-enfant ou encore leur environnement.

Interventions en contexte individuel

Six articles abordent les interventions effectuées lors d'un suivi individuel auprès de parents ayant différents diagnostics de TM (Acharya, 2014; Branjerdporn *et al.*, 2020; Carter, 2020; Cassar, 2005; Hackett et Cook, 2016; Hébert, 2006).

Interventions ciblant uniquement le parent

L'enseignement thérapeutique (p. ex. la prise de médication, l'adhérence au traitement, les stades de développement de l'enfant et les soins à prodiguer, l'attachement parent-enfant, etc.), la mise en œuvre de méthodes de relaxation (la visualisation, la respiration profonde, la réalisation d'occupations calmantes telles que le dessin), le développement d'habiletés de gestion des émotions, l'entraînement à la tâche à l'aide d'une poupée, la réalisation d'activités visant à reconnaître la motivation à être mère (le collage ou le groupe d'exploration des valeurs) et l'utilisation de techniques de thérapie cognitivo-comportementale sont des moyens recensés dans la pratique (Acharya, 2014; Carter, 2020; Cassar, 2005; Hébert, 2006). Deux études rapportent que les ergothérapeutes utilisent d'autres stratégies, plus axées sur la conversation, telles que l'écoute active et sans jugement, le soutien émotionnel, la validation des émotions, la déculpabilisation et la résolution de problèmes (Carter, 2020; Hackett et Cook, 2016). En périnatalité, les interventions mises en place sont majoritairement utilisées de façon préventive et visent l'adaptation au nouveau rôle de mère (p. ex. la préparation à l'accouchement, l'amélioration du lien d'attachement mère-fœtus, l'utilisation de modalités de modulation sensorielle, l'enseignement de techniques de conservation d'énergie et de gestion du stress, etc.) (Branjerdporn *et al.*, 2020; Health Service Executive, 2017; Olsen, 2006; Rosalind Tulloch, 2018). Certaines de ces stratégies d'intervention sont également utilisées après la naissance de l'enfant. De plus, l'ergothérapeute soutient le parent dans la réalisation de co-occupations (nourrir l'enfant, l'habiller...) afin de favoriser l'interaction avec le nourrisson et la création d'un lien d'attachement mère-enfant positif (Branjerdporn *et al.*, 2020; Hackett et Cook, 2016; Health Service Executive, 2017; Olsen, 2006; Rosalind Tulloch, 2018).

Les interventions ciblant la dyade parent-enfant et leur environnement

Les ergothérapeutes utilisent la gradation de l'activité (p. ex. en modifiant la durée de l'interaction, le niveau d'aide extérieure, le type d'activité proposée selon le stade développemental de l'enfant et ses intérêts, etc.), la réalisation d'activités significatives ou de loisirs pour la dyade (p. ex. le piano), la modification de l'environnement domiciliaire afin de faciliter l'acquisition d'habiletés parentales (p. ex. sécuriser l'environnement ou modifier l'organisation de la cuisine pour faciliter les moments de repas, modifier l'environnement institutionnel afin de le rendre plus

propice aux interactions parent-enfant et plus sécurisant pour ces derniers (p. ex. une pièce privée, des jeux à leur disposition) et l'établissement de nouvelles routines saines pour les mères et leur enfant (Branjerdporn *et al.*, 2020; Carter, 2020; Health Service Executive, 2017; Olsen, 2006). En contexte de périnatalité, l'article d'Olsen (2006) insiste sur l'importance d'inclure des activités axées sur la co-occupation en présence du nourrisson lors des séances de thérapie en milieu institutionnel et de faire du *modelage* des habiletés parentales attendues. Enfin, un enseignement thérapeutique est donné à l'entourage du parent afin d'optimiser le soutien social (de l'information sur le type et à la quantité d'aide offerte au parent, ainsi que le moment propice pour la proposer, et un rappel de l'importance pour le parent de partager des moments positifs avec l'enfant) (Acharya, 2014; Carter, 2020; Olsen, 2006). L'aménagement du domicile et le référencement à des groupes communautaires sont également préconisés (Health Service Executive, 2017).

Interventions en contexte de groupe

Six articles rapportent les interventions de groupe mises en place au sein de programmes consacrés à soutenir le parent atteint de divers TM (Bassett *et al.*, 1999, 2001, 2003; Bassett et Lloyd, 2005; Hébert *et al.*, 2013; Rosalind Tulloch, 2018).

Interventions ciblant uniquement le parent

D'une part, les interventions en contexte de groupe sont les mêmes que celles réalisées en contexte individuel, mais ciblent davantage les apprentissages sur les interactions parent-enfant (l'enseignement de stratégies de discipline et de communication à utiliser avec son enfant, l'enseignement des stades de développement de l'enfant, l'importance de la nutrition, de l'hygiène et de la sécurité, etc.) (Bassett *et al.*, 1999). Le groupe *Living with under-fives* inclut l'élaboration d'un plan de crise en cas de stress important ou de maladie pour le parent (Bassett *et al.*, 2001). Un groupe développé spécifiquement pour les mères atteintes d'un TPL inclut également des moyens basés sur la théorie dialectique comportementale (la pleine conscience, la tolérance à la détresse, l'autorégulation, l'efficacité interpersonnelle, etc.), alors que des groupes réalisés auprès de parents atteints d'un trouble de l'humeur ou de troubles anxieux utilisaient la liste d'intérêts (Interest Check-list, 2008) et la création d'une boîte à outils personnalisée (Desrosiers, 2020; Hébert *et al.*, 2013; Lemire-Chapleau, 2018; Rosalind Tulloch, 2018).

Interventions ciblant la dyade parent-enfant et leur environnement

D'autre part, les interventions visant la dyade parent-enfant sont fréquemment utilisées dans les groupes thérapeutiques, notamment dans le groupe *Living with under-fives*, qui inclut les enfants dans le programme, offrant ainsi plusieurs moments d'interaction positive (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Bassett et Lloyd, 2005). Lors de ces moments parent-enfant, les activités proposées sont sous la forme de moments de jeu (lire une histoire, chanter une chanson, faire un casse-tête, se déguiser, etc.) visant le développement des habiletés parentales préalablement apprises. En ce qui concerne les interventions de groupe visant la dyade parent-enfant avec une clientèle TPL, la mise en pratique des apprentissages est réalisée par l'entremise de devoirs et de moyens concrets fournis aux participantes (cartes aide-mémoire, fiches « moments forts ») (Lemire-Chapleau, 2018). Finalement, tous les groupes incluent de l'éducation sur les

ressources communautaires (visites d'organismes, conférences, etc.) et accordent une grande importance au climat et à l'environnement du groupe (sécurisant, normalisant, soutenant, etc.) (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Rosalind Tulloch, 2018).

Faire le suivi

Seulement quatre études abordent cette étape. L'évaluation continue du progrès et des besoins de chaque participant est réalisée par l'ergothérapeute par l'entremise de discussions, d'observations et, au besoin, de référencement aux ressources communautaires (Bassett *et al.*, 2003). La pertinence de référer les parents à des organismes a largement été mentionnée et validée dans l'article de Bassett *et al.* (1999). Deux articles illustrent la pertinence de la continuité de la prise en charge à la suite d'une hospitalisation, afin que les parents puissent bénéficier de services à la clinique externe et d'interventions à domicile (Hébert, 2006; Olsen, 2006).

Évaluer le résultat

Onze écrits ont recensé les modalités utilisées afin d'évaluer les résultats des interventions à la suite d'un suivi individuel ou d'un programme parental de groupe. On retrouve des autoquestionnaires remplis par les parents, de la documentation sur la fréquentation d'organismes communautaires (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Lemire-Chapleau, 2018), la participation à des groupes de discussion focalisés (Bassett *et al.*, 2003; Lemire-Chapleau, 2018), l'entrevue individuelle portant sur l'appréciation ou les impacts de la participation (Acharya, 2014; Carter, 2020; Olsen, 2006), la liste des intérêts et la liste des rôles (George, 2011b) ainsi que le recueil de reçus d'épicerie pré et post-groupe pour valider l'impact spécifique de l'intervention sur la gestion du budget (Bassett *et al.*, 2003). L'observation libre des interactions parent-enfant est régulièrement utilisée à titre de modalité d'évaluation, en notant les comportements de la mère et ceux de l'enfant (Bassett *et al.*, 1999, 2001; George, 2011b).

Recensement de l'efficacité des programmes existants en soutien à la parentalité

Plusieurs études prennent en considération l'efficacité des programmes et des interventions visant le développement des compétences parentales. Elles sont présentées ci-dessous selon deux sections : 1) Les effets des programmes de groupes thérapeutiques et 2) Les effets des programmes de thérapie individuelle.

Les effets des programmes de groupes thérapeutiques

Le programme *Food Cent\$* a permis aux mères participantes de réduire le coût total de leur épicerie, de mieux comprendre la valeur de l'argent, d'améliorer leur gestion budgétaire, d'intégrer davantage d'aliments sains dans leur quotidien, de diversifier leur alimentation et de modifier leurs habitudes de préparation des repas, permettant ainsi d'améliorer la santé générale de la famille (Bassett *et al.*, 2003). Les outils utilisés dans ce programme étaient jugés pratiques et faciles d'utilisation par les mères et ils ont facilement pu être intégrés dans leur vie quotidienne (Bassett *et al.*, 2003).

Les études de Bassett *et al.* (1999, 2001 et 2005) et de Lemire-Chapleau (2018) révèlent que tous les participants des programmes *Living with under-fives* et *Mon enfant et moi* ont vécu une amélioration de leur relation parent-enfant. Ils sont en mesure de reconnaître les besoins de leurs enfants, de mieux y répondre et interagissent plus facilement et plus fréquemment avec ceux-ci. Les parents ont augmenté leur estime personnelle et leur confiance en leurs habiletés parentales. Ils ont su se créer un réseau social et de soutien, améliorer leur adhérence à leur plan de traitement et intégrer les apprentissages dans leur quotidien.

Le groupe *Living with under-fives*, plus axé sur le partenariat et la communication entre les différentes parties prenantes (protection de la jeunesse, organismes communautaires, intervenants du parent et de l'enfant, école...), révèle que cette collaboration a été appréciée par tous, puisqu'elle a permis de diminuer la frustration de tous et de chacun, de mieux comprendre les rôles de tous et de prendre des meilleures décisions en termes de garde d'enfant (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Bassett et Lloyd, 2005). Aussi, le taux d'utilisation des services communautaires et l'adhérence à leur traitement a grandement augmenté alors que le nombre d'hospitalisations a fortement diminué.

Les effets des programmes de suivi individuel

Deux études ont évalué le résultat de suivis ergothérapeutiques individuels en milieu hospitalier psychiatrique (Acharya, 2014; Olsen, 2006). Les résultats démontrent un changement d'attitude des mères face à leur rôle parental. Elles se sentent plus en confiance et prêtes à assumer ce rôle, et ce même après une hospitalisation de seulement deux semaines (Acharya, 2014).

Description des pratiques à développer ou à renforcer et des leviers pour leur développement ou amélioration

Cette partie présente les améliorations que les ergothérapeutes souhaiteraient apporter dans leur pratique future. Elles concernent le contexte sociétal, le contexte de pratique, les schèmes et approches utilisées et les points d'action du MCPP « évaluer et analyser », « mettre en œuvre le plan » et « évaluer le résultat ».

Contexte sociétal

L'impact de la stigmatisation vécue par la clientèle ciblée a été relevé dans les écrits. Il est ainsi nécessaire d'œuvrer pour que les personnes atteintes de TM reçoivent davantage d'attention de la part des décideurs politiques et qu'elles fassent l'objet de campagnes publiques de lutte contre les préjugés afin qu'elles soient moins discriminées et davantage incluses à la vie communautaire (Bassett *et al.*, 1999; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011).

Contextes de pratique

Dix articles abordent les améliorations souhaitées quant aux contextes de pratique.

Changements souhaités en matière de collaboration

Six articles soulignent la nécessité pour les services de santé mentale de travailler en collaboration avec les services de protection de la jeunesse et de développer des programmes complets et flexibles selon l'état du parent (Bassett *et al.*, 2001; Bassett et Lloyd, 2005; Bassett *et al.*, 1999; Hackett et Cook, 2016; Hébert *et al.*, 2013; Sepulveda, 2019). Les ergothérapeutes devraient également travailler à bâtir une collaboration plus étroite avec les organismes communautaires (Bassett *et al.*, 1999; Hackett et Cook, 2016; Sepulveda, 2019).

Changements souhaités spécifiques aux différents milieux de pratique

En contexte hospitalier psychiatrique, une procédure de visites familiales devrait être élaborée pour que le lien parent-enfant soit maintenu et que la prise en charge des usagers puisse inclure plus efficacement la parentalité. Ainsi des opportunités structurées pour travailler les habiletés parentales pourraient être offertes en ergothérapie (Brown *et al.*, 2019; Carter, 2020).

L'implication de l'ergothérapeute en périnatalité serait facilitée par l'élaboration d'une formation continue sur le dépistage, l'évaluation, le traitement et la prévention de la dépression post-partum et du trouble de stress post-traumatique (George, 2011; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011). De la sensibilisation et de l'éducation devraient être effectuées auprès des ergothérapeutes et des compagnies d'assurance afin d'étendre la couverture des services d'ergothérapie aux nouvelles mères (George, 2011; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011).

En milieu pédiatrique, des activités de formation continue liées à la santé maternelle parentale, l'intégration de tests de dépistage pour cibler les parents à risque de développer ou de présenter un TM, le développement d'habiletés visant à reconnaître les facteurs de risques associés au TM, l'utilisation d'approches s'intéressant à l'interaction et à la relation parent-enfant et la collaboration avec les ressources communautaires sont des pratiques à explorer (Sepulveda, 2019).

Schémes et approches utilisées

Huit articles abordent la question des schémas et des approches à utiliser dans la prise en charge de l'ergothérapeute.

L'approche centrée sur la famille est à préconiser puisqu'elle permet d'aborder la parentalité, facilite l'implication des membres de la famille et assure une offre de services plus cohésive (Carter, 2020; Hackett et Cook, 2016; Morris et LaFavre, 2015; Suarez *et al.*, 2018). L'approche centrée sur le client et l'approche de non-jugement favorisent l'établissement d'une alliance thérapeutique et l'engagement du client (Hackett et Cook, 2016; Suarez *et al.*, 2018). Une approche préventive en périnatalité et en pédiatrie vise à améliorer le lien d'attachement mère-enfant et donc leur relation (Branjerdporn *et al.*, 2020; George, 2011; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011; Sepulveda, 2019).

Évaluer et analyser

Sept articles abordent des méthodes évaluatives et analytiques pertinentes à la pratique future de l'ergothérapeute.

Les articles illustrent l'importance d'évaluer le rôle parental de façon plus systématique dans les divers contextes de pratique en utilisant des évaluations objectives et standardisées (Bassett *et al.*, 2006; Bassett *et al.*, 1999). Elles devraient documenter la dynamique parent-enfant, par exemple avec l'outil *Parent-child observational tool* présenté par Bassett *et al.* (2006), évaluer les habiletés au niveau de la gestion du temps (Good *et al.*, 2012) et considérer les expériences vécues et les forces personnelles des mères afin d'optimiser l'alliance thérapeutique et la prise en charge (Suarez *et al.*, 2018)

Une avenue prometteuse serait l'adaptation de l'OPHI-II à la maternité (Karkun, 2005) afin d'aider les ergothérapeutes non seulement à détecter les symptômes de la dépression post-partum, mais également à identifier les difficultés fonctionnelles dans les différentes occupations parentales (Karkun, 2005). De plus, en périnatalité ou en pédiatrie, les ergothérapeutes devraient davantage participer au dépistage de TM, vu leurs connaissances sur l'impact des TM sur le fonctionnement, afin d'orienter les mères vers les bons prestataires de services et de développer un plan d'intervention non pharmacologique pour celles-ci (Pizur-Barnekow et Erickson, 2011; Sepulveda, 2019). Enfin, l'utilisation de modèles analytiques théoriques tels que le PEO et le MOH serait pertinente afin de structurer le processus évaluatif et analytique de l'ergothérapeute (Pizur-Barnekow et Erickson, 2011).

Mettre en œuvre le plan

L'amélioration de la mise en œuvre d'un plan d'intervention ergothérapique a fait l'objet de 14 articles et touche les dimensions suivantes : 1) les modalités thérapeutiques à optimiser et 2) les cibles d'intervention à préconiser.

Modalités thérapeutiques à optimiser

Il est relevé que l'éducation thérapeutique aux parents serait parfois manquante ou alors inadaptée aux besoins de la clientèle (Bassett *et al.*, 1999; Briltz, 2019; George, 2011; Good *et al.*, 2012; Suarez *et al.*, 2018). Par sa connaissance du développement typique de l'enfant, des habitudes de vie saines et des ressources disponibles dans la communauté, l'ergothérapeute serait un acteur pertinent pour faire de l'enseignement en considérant le style d'apprentissage du parent (Bassett *et al.*, 1999; Briltz, 2019; George, 2011; Good *et al.*, 2012; Suarez *et al.*, 2018). Cinq articles soulèvent le besoin d'offrir des groupes thérapeutiques dans la communauté visant le développement des habiletés parentales (Bassett et Lloyd, 2005; J. L. Bassett *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 2019; Carter, 2020; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011). Ces groupes amélioreraient la performance de la co-occupation parent-enfant et contribueraient à diminuer la stigmatisation (Pizur-Barnekow et Erickson, 2011).

Les cibles d'intervention à préconiser

Des interventions abordant la sphère sensorielle des adultes atteints de TM sont prometteuses et impliquent spécifiquement l'expertise de l'ergothérapeute. Celles-ci pourraient renforcer la connexion entre le bébé et la mère. Elles favoriseraient également la co-régulation, qui consiste en un processus d'interaction entre le parent et son enfant qui permet à ce dernier d'apprendre à se calmer par les comportements, la régulation émotionnelle et la bienveillance de son parent (Suarez *et al.*, 2018 ; Positive Discipline in Everyday Life, 2020). La considération du profil sensoriel du parent est également une piste d'intervention intéressante pour l'ergothérapeute afin d'améliorer l'attachement parent-enfant et d'optimiser le fonctionnement du parent au quotidien (Branjerdporn *et al.*, 2020; Good *et al.*, 2012).

Le développement d'habiletés de gestion du stress est un moyen à préconiser pour plusieurs clientèles et implique l'enseignement de techniques telles que la pleine conscience, la méditation et les techniques de respiration, mais également l'élaboration d'un horaire structuré incluant des loisirs (George, 2011a; Good *et al.*, 2012; Martin *et al.*, 2011). Les loisirs constituent une piste d'intervention particulièrement intéressante pour les mères vivant avec un trouble lié à l'usage d'une substance et qui peuvent ressentir le besoin de décompresser afin de réduire leur envie de consommer (Martin *et al.*, 2011).

En périnatalité, tout en préconisant l'approche préventive, l'ergothérapeute pourrait recourir à diverses cibles d'intervention, comme augmenter le soutien social, minimiser le stress, favoriser l'engagement dans des activités physiques adéquates et développer une vision optimiste de l'avenir. Ces cibles viseraient à réduire le taux de dépression post-partum et à améliorer la réintégration professionnelle des mères (George, 2011; Sepulveda, 2019).

Évaluer le résultat

Un seul article a abordé l'implication future souhaitable de l'ergothérapeute au niveau de cette dernière étape du MCPP (Bassett *et al.*, 2006). Les auteurs avaient analysé l'efficacité d'un groupe thérapeutique visant à améliorer les habiletés parentales de parents ayant un TM. Selon les auteurs, la grille d'observation objective développée pourrait être utilisée par des ergothérapeutes souhaitant évaluer le résultat d'un groupe thérapeutique semblable. Bien que la validité et la sensibilité au changement de l'outil soient à consolider, d'après les auteurs, la fiabilité inter-juges, la cohérence interne et la validité discriminante sont prometteuses.

DISCUSSION

Cette revue de la portée visait à apprécier l'étendue des connaissances actuelles sur la pratique de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité chez les adultes ayant un TM, à relever les études portant sur l'efficacité des interventions existantes et à identifier les pratiques à renforcer ou à développer en tenant compte des données probantes existantes ainsi que les leviers pour leur développement et amélioration. Le Modèle canadien du processus de pratique (MCPP) a servi de cadre organisationnel pour l'analyse des données.

Concernant la première question de la recherche, soit celle qui se penche sur les pratiques actuelles de l'ergothérapeute, les composantes du MCPP les plus abordées renvoient au contexte de pratique (17 articles), à l'aspect « évaluer et analyser » (15 articles) et « évaluer le résultat » (11 articles). Il en ressort que les ergothérapeutes reconnaissent les enjeux contextuels sociétaux affectant l'exercice de la parentalité et complexifiant les pratiques professionnelles auprès des parents. Aussi, les ergothérapeutes détiennent et utilisent une panoplie d'approches, d'outils et de stratégies pour évaluer et intervenir en soutien à la parentalité, et ce dans le milieu hospitalier psychiatrique comme dans le milieu communautaire et, de façon émergente, en contexte de périnatalité. Quant à la question de recherche portant sur les pratiques à renforcer ou à développer, ce sont les sections « schèmes et approches » (9 articles) et « mettre en œuvre un plan » (14 articles) qui sont les plus documentées. La portée de l'éducation thérapeutique et certaines approches spécifiques (p. ex. la considération du profil sensoriel du parent), selon les auteurs cités, gagneraient à être développées davantage. Il est à noter également qu'aucune des études recensées n'aborde ou ne met de l'avant des pratiques fondées sur l'approche systémique, et seulement trois articles citent l'approche familiale, ce qui nous paraît constituer une lacune dans la pratique. Les défis à relever pour les ergothérapeutes impliquent les contraintes organisationnelles et logistiques des milieux institutionnels, ainsi que la conscientisation de ces derniers face aux enjeux de la parentalité pour les personnes présentant un TM.

En ce qui concerne la question de recherche sur l'efficacité des interventions, la revue démontre que les études ont porté principalement sur l'efficacité des interventions impliquant des groupes thérapeutiques ou des suivis individuels. Les résultats de ces études tendent à démontrer la pertinence des modalités de groupe, particulièrement lorsque des moments de jeu avec l'enfant y sont intégrés (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Bassett, *et al.*, 1999; Lemire-Chapleau, 2018), renforçant ainsi l'importance de la co-occupation et de l'implication de l'ergothérapeute. Les interventions en milieu hospitalier montrent également des résultats intéressants qui illustrent les bénéfices d'intégrer cette pratique à un tel contexte de pratique (Acharya, 2014; Olsen, 2006).

La revue met en évidence le fait que la littérature portant sur la pratique de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité de personnes atteintes d'un TM comporte plusieurs lacunes. En effet, la grande majorité des articles repérés dans les bases de données consultées ont dû être exclus (97,5 %), puisqu'ils n'abordaient pas la prise en charge par l'ergothérapeute de parents présentant un TM, mais plutôt les défis parentaux posés par l'enfant ayant un TM ou d'autres incapacités. Ce constat est également relevé par plusieurs auteurs (Bassett et Lloyd, 2005; Bassett *et al.*, 1999). D'ailleurs, parmi les 32 documents d'information retenus, 18 soulignent que ce sujet est insuffisamment documenté dans la littérature scientifique et trop souvent absent des guides de pratique ou des politiques gouvernementales (Bassett et Lloyd, 2005; Bassett *et al.*, 1999; Briltz, 2019; Brown *et al.*, 2019; Carter, 2020; Cassar, 2005; Domínguez *et al.*, 2018; George, 2011a; Good *et al.*, 2012; Hackett et Cook, 2016; Hébert, 2006; Karkun, 2005; Lemire-Chapleau, 2018; Levin, 2021; Morris et LaFavre, 2015; Olsen, 2006; Pizur-Barnekow et Erickson, 2011; Sepulveda, 2019). Par ailleurs, il semble que lorsque le soutien à la parentalité est étudié dans la littérature, de manière pratique ou

théorique, l'ergothérapeute est rarement mentionné ou impliqué. Les bibliographies des articles retenus pour cette revue documentent plusieurs autres programmes et interventions, mais la quasi-totalité d'entre eux n'inclut pas l'ergothérapeute et n'ont donc pas pu être retenus dans cette revue. Un deuxième constat général qui s'impose réfère à l'absence de la prise en considération du rôle du père dans la littérature. Aucun des articles n'aborde spécifiquement le rôle du père ou le soutien offert aux pères atteints de TM. Ceci peut surprendre considérant qu'on estime que 75,5 % des hommes ayant un TM sont pères (Nicholson *et al.*, 2002). Cette observation avait aussi été déplorée dans l'article de Diaz-Caneja et Johnson (2004).

Malgré toutes ces lacunes, il est clair que le rôle de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité est un sujet en émergence dans la littérature scientifique, puisque 12 des 32 documents inclus dans cette revue ont été publiés dans les cinq dernières années.

Implications pour la pratique et la formation

À la lumière de ces résultats, on peut avancer que l'ergothérapeute en soutien à la parentalité détient assurément un rôle pertinent devant être davantage affirmé et développé. Être parent constitue un rôle social valorisant et signifiant, la littérature reconnaît en effet que ce rôle est le levier thérapeutique le plus important pour le parent (Bassett *et al.*, 1999, 2001; Bassett et Lloyd, 2005; Bassett *et al.*, 1999; Brown *et al.*, 2019; Carter, 2020; Diaz-Caneja et Johnson, 2004; Domínguez *et al.*, 2018; Hackett et Cook, 2016; Hébert, 2006; Hébert *et al.*, 2013; Karkun, 2005; Lemire-Chapleau, 2018; Levin, 2021; Martin *et al.*, 2011; Morris et LaFavre, 2015; Olsen, 2006; Sepulveda, 2019; Suarez *et al.*, 2018), ce qui met en exergue l'importance pour l'ergothérapeute d'aborder la parentalité lors de sa prise en charge de parents atteints de TM. Les défis à relever pour mieux assumer cette cible d'intervention renvoient, d'une part, au développement de la formation universitaire et continue. À titre d'exemple, le concept de co-occupation, abordé dans les écrits, revêt un intérêt certain pour analyser et intervenir en soutien à la dyade parent-enfant. Toutefois, selon l'expérience des auteures, ce concept est peu abordé dans le cursus universitaire au Canada.

Des défis se posent également aux niveaux institutionnel et organisationnel (organisation, règlement, mandat, tâche, matériel, etc.). Au Québec, la Commission Laurent, commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, publiait en avril 2021 un rapport soulevant des lacunes organisationnelles touchant le soutien à la parentalité. Les auteurs ont émis des recommandations qui rejoignent celles faites dans certains articles de cette revue et qui touchent à l'importance de l'intervention précoce, à l'adoption par les professionnels d'une pratique centrée sur la famille, à la collaboration entre les différentes parties prenantes afin d'éviter un signalement à la DPJ, ainsi qu'au développement d'un système de priorisation des soins pour les usagers qui sont des parents (Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse, 2021). Ces orientations impliquent, pour l'ergothérapeute, d'adopter un rôle d'agent de changement afin de participer au développement d'interventions complètes et adaptées à la clientèle, de revendiquer les accommodements logistiques, organisationnels et matériels qui s'imposent (p. ex.

espaces et locaux, horaires de visites familiales, etc.) et de faire des pressions pour rendre leurs services plus accessibles. À titre d'exemple, l'hospitalisation mère-enfant en milieu psychiatrique ne fait pas partie des pratiques au Québec, bien qu'elle soit fréquente en France et en Suisse (Kentrass *et al.*, 2022). L'ergothérapeute se devrait d'informer les gestionnaires et décideurs de son institution des données probantes à cet effet afin d'amorcer une prise de conscience et, par la suite, des changements de pratiques. L'ergothérapeute pourrait également faire valoir son expertise en osant aborder la parentalité dans l'intervention et en réclamant d'accéder à de la formation à ce sujet pour améliorer son sentiment d'efficacité personnelle face à la pratique. Enfin, l'ergothérapeute et les organisations professionnelles devront plaider auprès d'instances gouvernementales en faveur de l'implication de l'ergothérapeute auprès de cette clientèle à besoins criants et de l'intégration de la profession dans les politiques publiques telles que les plans d'action en santé mentale.

Directions futures de recherche et limites de l'étude

Compte tenu du caractère émergent de ce sujet dans la littérature scientifique et dans la pratique clinique, davantage de recherches seront nécessaires pour documenter l'efficacité des interventions ergothérapeutiques existantes, pour intervenir sur les différentes contraintes et les défis de pratique, en particulier au niveau organisationnel, pour relever et développer les pratiques de l'ergothérapeute en tant que facilitateur des co-occupations, notamment lors des activités de loisirs, au sein de la dyade parent-enfant et, enfin, pour s'intéresser aux pères atteints de TM (Carter, 2020; Martin *et al.*, 2011; Olsen, 2006). La recherche dans ce domaine doit permettre de mieux soutenir et outiller l'ergothérapeute, mais aussi de développer et d'élargir les services offerts en santé mentale auprès des parents. D'ailleurs, il pourrait être intéressant, dans des recherches futures, d'opter pour des devis de type étude de cas, permettant de comprendre et d'illustrer concrètement l'importance d'approches multidisciplinaires et systémiques mettant à contribution chacun des professionnels en soutien au parent.

Certaines limites sont à relever dans le cadre de cette revue de la portée. D'une part, les études retenues étaient, pour la plupart, basées sur de très petits échantillons, limitant ainsi les possibilités de généralisation des résultats. D'autre part, la méthodologie de la revue de portée ne tient pas compte de la qualité des articles retenus. Ainsi, les auteures ne se prononcent pas sur la qualité méthodologique des articles rapportant des études d'impact des interventions. Également, les recherches effectuées dans la littérature grise ont pu être biaisées par la géolocalisation des auteures, ce qui expliquerait la prévalence d'informations et de références québécoises.

CONCLUSION

Les données probantes quant à la pratique de l'ergothérapeute en soutien à la parentalité d'adultes ayant un TM sont peu abondantes, mais constituent un sujet de recherche émergent. Les preuves scientifiques révèlent que l'ergothérapeute a un rôle important à jouer auprès de cette clientèle en raison de sa formation spécifique en santé mentale, de ses connaissances du développement de l'enfant, de son expertise liée aux occupations, entre autres aux co-occupations parent-enfant, de son approche holistique et de sa compétence d'*advocacy* envers sa clientèle. Le renforcement de son rôle d'agent de changement sera essentiel à l'avancement des pratiques, des politiques et des environnements permettant de soutenir la parentalité en contexte de défi de santé mentale.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à souligner la précieuse collaboration de Mme Myriam Grondin, bibliothécaire de l'Université de Montréal, à l'élaboration de la stratégie de recherche dans les bases de données.

FINANCEMENTS

Aucune source de financement et aucun conflit d'intérêts.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Acharya, V. (2014). Preparing for motherhood: a role for occupational therapy. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 70(1), 16-17. <https://doi.org/10.1179/otb.2014.70.1.005>
- Arksey, H. et O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Bassett, H., King, R. et Lloyd, C. (2006). The development of an observation tool for use with parents with psychiatric disability and their preschool children. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 30(1), 31-37. <https://doi.org/10.2975/30.2006.31.37>
- Bassett, H., Lampe, J. et Lloyd, C. (1999). Meeting the needs of parents with mental illness. *British Journal of Therapy and Rehabilitation*, 6(4), 176-180. <https://doi.org/10.12968/BJTR.1999.6.4.13988>
- Bassett, H., Lampe, J. et Lloyd, C. (2001). Living with under-fives: a programme for parents with a mental illness. *The British Journal of Occupational Therapy*, 64(1), 23-28. <https://doi.org/10.1177/030802260106400105>
- Bassett, H. et Lloyd, C. (2005). At-risk families with mental illness: partnerships in practice. Undefined. <https://www.semanticscholar.org/paper/At-risk-Families-with-Mental-Illness%3A-Partnerships-Bassett-Lloyd/fd5341ba4a84cb838017490fbd920d4ca403942b>
- Bassett, H., Lloyd, C. et King, R. (2003). Food Cent\$: educating mothers with a mental illness about nutrition. *British Journal of Occupational Therapy*, 66(8), 369-375. <https://doi.org/10.1177/030802260306600806>

- Bassett, H., Lampe, J. et Lloyd, C. (1999). Parenting: experiences and feelings of parents with a mental illness. *Journal of Mental Health*, 8(6), 597-604. <https://doi.org/10.1080/09638239917067>
- Beaudry, M. (2016). Les mères avec un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse: un paradoxe entre les difficultés et les services. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/13868>
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child Development*, 55, 83-96.
- Belsky J. et Jaffee, S. (2006). The multiple determinants of parenting. Dans D. Cicchetti et D. J. Cohen (Éds), *Developmental psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation* (2^e éd., pp. 38-85). Wiley.
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Wilson, T. et Strong, J. (2020). Prenatal predictors of maternal-infant attachment. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 87(4), 265-277. <https://doi.org/10.1177/0008417420941781>
- Briltz, V. (2019). Occupational therapy's role in maternal mental health within transition from NICU to home [Doctor of occupational therapy, University of St. Augustine for health sciences]. <https://doi.org/10.46409/sr.FLDE1422>
- Brown, C., Stoffel, V. C. et Munoz, J. (2019). Occupational therapy in mental health: a vision for participation (Vol. 35). Taylor et Francis. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2019.1676863>
- Carrière, M., Clément, M., Tétreault, S., Pépin, G., Fortier, M. et Paquet, S. (2010). Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 35(2), 185-208. <https://doi.org/10.7202/1000559ar>
- Carter, M. (2020). Parenting as occupation: occupational therapists' perspectives on working with parents in mental health. Ithaca College Theses. https://digitalcommons.ithaca.edu/ic_theses/428
- Cassar, V. (2005). Developing occupational therapy intervention in perinatal maternal mental health in Malta. *World Federation of Occupational Therapists Bulletin*, 52(1), 35-38. <https://doi.org/10.1179/otb.2005.52.1.007>
- Commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. (2021). Instaurer une société bienveillante pour nos enfants et nos jeunes : rapport de la commission spéciale sur les droits des enfants et la protection de la jeunesse. https://www.csdepj.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport_final_3_mai_2021/2021_CSDE_PJ_Rapport_version_finale_numerique.pdf
- Côté, D. (2009). Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale : regard sur la parentalité, de M. Boily, M. St-Onge et M.-T. Toutant, Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 2006, 252 pages. *Service social*, 55(1), 116-117. <https://doi.org/10.7202/029493ar>
- DeChillo, N., Matorin, S. et Hallahan, C. (1987). Children of psychiatric patients: rarely seen or heard. *Health & Social Work*, 12(4), 296-302. <https://doi.org/10.1093/hsw/12.4.296>
- Desrosiers, L. (2020). Formation des animateurs pour le programme Mon enfant et moi. 3.
- Desrosiers, L. et Laporte, L. (2018). Défis occupationnels des mères présentant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse. *Recueil annuel en ergothérapie*, 10.
- Diaz-Caneja, A. et Johnson, S. (2004). The views and experiences of severely mentally ill mothers: a qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 472-482. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0772-2>
- Domínguez, M. M., Rivas-Quarneti, N. et Gonzalo, N. G. (2018). "I gave birth to him, and he gave me my life": study of occupational transition linked to motherhood of two women with mental disorders. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 26, 271-285. <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1156>
- Émond, A. L. V. (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services. Institut national de santé publique du Québec.
- George, M. (2011a). Occupational therapy.
- George, M. (2011b). Proposed role for occupational therapy to serve new mothers. *Emerging Practice CATs*, 14.
- Good, R., Stanger, T. et McNulty, T. (2012). Perceived occupational concerns and sensory processing patterns of mothers in a temporary assistance for needy families (TANF)-to-work program. *Occupational Therapy in Mental Health*, 28(2), 147-159. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2012.679913>

- Gouvernement du Québec. (2021). À propos des troubles mentaux. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/a-propos-troubles-mentaux>
- Hackett, E. et Cook, S. (2016). Occupational therapists' perceptions of how they support the parenting role of mental health service users who have children. *Occupational Therapy in Mental Health*, 32(1), 32-49. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2015.1091280>
- Health Service Executive. (2017). Specialist perinatal mental health: model of care for Ireland. <https://www.hse.ie/eng/services/list/4/mental-health-services/specialist-perinatal-mental-health/appendix-iv.pdf>
- Hébert, L. (2006). Modèle de compréhension multidimensionnel de l'intervention en santé mentale auprès de mères atteintes de troubles mentaux [Thèse, Université de Montréal]. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/17654>
- Hébert, L., Labonté, M.-È., Harper, S. et Blouin, J. (2013). Soutenir les mères souffrant de troubles mentaux dans leur rôle maternel. <https://aqrp-sm.org/wp-content/uploads/2014/12/colloque-xviii-b09-atelier.pdf>
- Houzel, D. (1999). Les enjeux de la parentalité. Erès.
- Karkun, S. (2005). Occupational role performance and post-partum depression: a pilot exploratory study. Undefined. <https://www.semanticscholar.org/paper/Occupational-role-performance-and-post-partum-A-Karkun/b0c7c307528a4e413a8d04c23d63bc6b43c6237a>
- Paraskevopoulos Kentras, K., Terzic, E., Duc Marwood, A., Nussbaumer, N., Gligorevic, A., Zimmermann, M. et Canuto, A. (2022). Le blason : un outil de recherche dans la crise du post-partum : une étude longitudinale sur les modifications du mythe et de la structure familiale dans le contexte de la crise psychopathologique du post-partum nécessitant une hospitalisation mère-enfant. *Thérapie Familiale*, 43, 123-142. <https://doi.org/10.3917/tf.222.0123>
- Lacharité, C., Pierce, T., Calille, S., Baker, M. et Pronovost, M. (2015). *Penser la parentalité au Québec : un modèle théorique et un cadre conceptuel pour l'Étude québécoise sur l'expérience des parents d'enfants âgés de 0-5 ans*. Les cahiers du CEIDF, 3.
- Laporte, L., Baillargeon, L., Sanchez, I. et Desrosiers, L. (2014). Être intervenant auprès de parents ayant un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : quand la souffrance de l'un se conjugue au désarroi de l'autre. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 323-347. <https://doi.org/10.7202/1061187ar>
- Lemire-Chapleau, C. (2018). Évaluation de la satisfaction des mères présentant un TPL participant au programme Mon enfant et moi [Essai, Université du Québec à Trois-Rivières]. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/8522/>
- Levac, D., Colquhoun, H. et O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: advancing the methodology. *Implementation Science*, 5(1), 69.
- Levin, K. (2021). Mommy or me: perceptions of mothers with postpartum depression on occupational disruption and role conflict. Ithaca College Theses. https://digitalcommons.ithaca.edu/ic_theses/436
- Major, S., Gilbert, V., Dutil, E., Pituch, E. et Bottari, C. (2018). Le Profil des AVQ adapté au rôle de parent: une étude exploratoire/The ADL Profile adapted for use with parents: an exploratory study. *Canadian Journal of Occupational Therapy/Revue Canadienne d'Ergothérapie*, 85(3), 209-221. <https://doi.org/10.1177/0008417418762515>
- Martin, L. M., Smith, M., Rogers, J., Wallen, T. et Boisvert, R. (2011). Mothers in recovery: an occupational perspective. *Occupational Therapy International*, 18(3), 152-161. <https://doi.org/10.1002/oti.318>
- Massey, C. (2021). Model of co-occupation/OT Theory [OT-Theory]. Model of co-occupation. <https://ottheory.com/therapy-model/model-co-occupation>
- Morris, M. P. et LaFavre, M. (2015). Occupational therapy for parental mental illness through early intervention programs, AOTA/NBCOT National Student Conclave, Dearborn Michigan, November 18-19, 2016. *American Journal of Occupational Therapy*, 69, 861-864. <https://doi.org/10.5014/ajot.2015.69S1-PO2085>
- Nicholson, J., Biebel, K., Katz-Leavy, J. et Williams, V. (2002). The prevalence of parenthood in adults with mental illness: implications for state and federal policymakers, programs, and providers. *Psychiatry Publications and Presentations*, 153.

- Olsen, L. (2006). When a mother is depressed. *Occupational Therapy in Mental Health*, 22(3-4), 135-152. https://doi.org/10.1300/J004v22n03_09
- Pizur-Barnekow, K. et Erickson, S. (2011). Perinatal posttraumatic stress disorder: implications for occupational therapy in early intervention practice. <https://doi.org/10.1080/0164212X.2011.566165>
- Positive Discipline in Everyday Life. (2020). La discipline positive au quotidien pour les parents : trousse d'information sur la COVID-19. <https://positivedisciplineeveryday.com/wp-content/uploads/2020/09/Fr-PDEP-COVID-19-Information-Kit-FRENCH-August-13-2020.pdf>
- Provalis. (2016). QDA Miner 5: advanced qualitative data analysis of unstructured text. *Provalis Research*. <https://provalisresearch.com/news-events/qda-miner-5-released/>
- Rosalind Tulloch. (2018). Mental health series: post-natal depression. *OT Magazine*. <https://ot-magazine.co.uk/mental-health-series-post-natal-depression/>
- Santé mentale. (S. d.). CISSS du Bas-Saint-Laurent. Consulté le 10 décembre 2021, à l'adresse <https://www.ciiss-bsl.gouv.qc.ca/soins-services/soins-services-pour-tous/sante-mentale-dependance/sante-mentale>
- Sellenet, C. (2007). La parentalité décryptée : pertinence et dérive d'un concept. L'Harmattan.
- Sepulveda, A. A. (2019). A call to action: addressing maternal mental health in pediatric occupational therapy practice. *Annals of International Occupational Therapy*, 2(4), 195-200. <https://doi.org/10.3928/24761222-20190813-02>
- Suarez, M., Horton-Bierema, W. et Bodine, C. (2018). Challenges and resources available for mothers in opiate recovery: a qualitative study. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 6(4). <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1483>
- Townsend, E. A., Polatajko, H. J. et Cantin, N. (2013). Habilitier à l'occupation : faire avancer la perspective ergothérapique de la santé, du bien-être et de la justice par l'occupation. Neuvièmes lignes directrices canadiennes en ergothérapie, 2e édition : Elizabeth A. Townsend, Helene J. Polatajko (CAOT Publications ACE). <https://www.decitre.fr/livres/habiliter-a-l-occupation-faire-avancer-la-perspective-ergotherapique-de-la-sante-du-bien-etre-et-de-la-justice-par-l-occupation-9781895437904.html>