UNIVERSITE D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
~~~*~~~

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
~~~*~~~

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)
~~~*~~~

RAPPORT DE FIN DE STAGE

Sujet

CONSEQUENCES DU STRESS POSTNATAL SUR LE BIEN ETRE PSYCHOLOGIQUE DES MERES : A LA MATERNITE DE CSVH ST JEAN DE COTONOU

Réalisé et soutenu par :

Nathalie Fidèle MEDEBOU

Maître de stage :

Dr. Jocelyne DOMINGO

Gynécologue Obstétricienne

Tuteur de stage :

Dr. Ornheilia ZOUNON

Enseignant-Chercheur,

DP-FASHS/UAC

Membres de jury

Présidente : Dr. Ornheilia ZOUNON

Examinateur : Dr. Joël KPENONHOUN

Membre : Dr Agnès UWAMAHORO

Mention : Très-Bien

Soutenu, le 28 Février 2024
~~~

SOMMAIRE

SOMMAIRE 1
DEDICACES 2
REMERCIEMENTS 3
LISTE DES TABLEAUX 4
LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACCRONYMES 5
RESUME 6
ABSTRACT 6
INTRODUCTION 7
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE 14
CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 26
CONCLUSION 38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40
ANNEXE 42
TABLE DE MATIÈRES 45

DEDICACES

Je dédie ce mémoire :

* A mon Père Dieudonné MEDEBOU

* A ma Mère Paulette QUENUM

REMERCIEMENTS

À l'issue de ce travail, mes sincères remerciements vont à l'endroit de ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à son aboutissement.

- À mon Maitre de mémoire Docteur Ornheilia ZOUNON, Enseignant-Chercheur au département de psychologie, pour avoir accepté de diriger ce travail malgré ses multiples occupations ;
- À tous les Enseignants de la FASHS particulièrement, ceux du département de psychologie pour la formation que vous nous avez transmise ;
- À tous les membres du Jury, pour leur présence et le temps consacré à la lecture et à l'appréciation de ce mémoire ;
- À Mme Arlette AKOGBETO directrice générale du Centre de Santé à Vocation Humanitaire St Jean de Cotonou, pour nous avoir permis de faire notre stage dans l'institution dont elle a la charge ;
- À mon Maitre de stage, Mme Jocelyne DONINGO Gynécologue Obstétricienne du Centre de Santé à Vocation Humanitaire St Jean de Cotonou, pour votre accompagnement, votre soutien et vos conseils ;
- À tout le personnel du Centre de Santé à Vocation Humanitaire St Jean de Cotonou pour l'accueil au sein de votre équipe, pour les marques d'affection dans l'atteinte de nos objectifs ;
- À toutes les mamans pour leur courage, spécialement à celles qui ont bien voulu participer à mes entretiens en répondant au questionnaire ;
- À Monsieur Yvon, ainsi que Monsieur LALEYE Albéric pour leur précieuse assistance ;
- À tous les camarades de la promotion ;
- À mes frères et sœurs pour leur soutien moral et spirituel ;

À tous, Merci !!!

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I: Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale 26
Tableau II: La moyenne des âges des enquêtées 26
Tableau III: Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants 27
Tableau IV: Répartition des enquêtés selon la profession 27
Tableau V: Répartition des enquêtés selon le moment ou la période de stress 28
Tableau VI: Répartition des enquêtées selon le niveau de stress 28
Tableau VII: Répartition des enquêtés selon les sources de stress liés au manque de sommeil 29
Tableau VIII: Répartition des enquêtés selon les sources de stress liés aux nouvelles responsabilités parentales 30
Tableau IX: Comparaisons entre les sources de Stress Postnatal 31
Tableau X: Répartition des enquêtés selon les stratégies d'adaptation 32
Tableau XI: L'efficacité des stratégies d'adaptations des enquêtés sur une échelle de 1 à 5 .. 32

LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACCRONYMES

BCG : Bacill Calmette-Guérin

BPP : Baby Blues du Post-Partum

CPN : Consultation Postnatal

CSVH : Centre de Santé à Vocation Humanitaire

DP : Dépression Postnatale

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique

HAS : Haute Autorité de la santé

PNP : Préparation la Naissance et la Parentalité

RH : Ressources Humaine

SP : Stress Postnatal

RESUME

La période postnatale, qui débute après l'accouchement, est la transition vers la parentalité. Durant cette période le stress postnatal peut émerger, influencé par divers défis touchant le bien-être psychologique des mères. Cette étude se consacre à une exploration approfondie des conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères, mettant en évidence les répercussions fréquemment sous-estimées de cette phase cruciale de la vie maternelle. L'objectif principal est d'analyser et appréhender les diverses origines du stress postnatal susceptible d'influencer la santé mentale des mères, en identifiant les diverses sources de stress postnatal et les stratégies d'intervention potentielles utilisés par ses mères. Les différentes techniques (questionnaires, guide d'entretien, observations) utilisées nous ont permis de collecter plusieurs informations auprès de 45 mères. Les résultats de nos enquêtes révèlent clairement que le stress postnatal peut avoir des effets sur la santé mentale des mères, entrainant des conséquences émotionnelles et cognitives à long terme. Il en ressort que les mères vivant un stress élevé sont plus susceptibles de développer des problèmes de santé mentale, tels que la dépression postnatale compromettant ainsi leur bien-être psychologique. Il est indispensable alors pour ces mères après la naissance de leur enfant, de suivre les consultations postnatales pour bénéficier d'informations ou demander de l'aide et d'avoir un soutien si c'est nécessaire pour faire face à cette situation de stress postnatal.

MOTS CLES : Stress Postnatal, Bien-être Psychologique, Mère

ABSTRACT

The postnatal period, which begins after childbirth, is the transition to parenthood. During this period, postnatal stress can emerge, influenced by various challenges affecting the psychological well-being of mothers. This study is devoted to an in-depth exploration of the consequences of postnatal stress on the psychological well-being of mothers, highlighting the frequently underestimated repercussions of this crucial phase of maternal life. The main objective is to analyze and understand the various origins of postnatal stress likely to influence the mental health of mothers, by identifying the various sources of postnatal stress and the potential intervention strategies used by mothers. The different techniques (questionnaires, interview guide, observations) used allowed us to collect several pieces of information from 45 mothers. The results of our investigations clearly reveal that stress can have effects on the mental health of mothers, leading to long-term emotional and cognitive consequences. It emerges that mothers experiencing high stress are likely to develop mental health problems, such as postnatal depression, thus compromising their psychological well-being. It is therefore essential for these mothers, after the birth of their child, to follow the postnatal consultations to benefit from information or ask for help and to have support if necessary to cope with this postnatal stress situation.

KEYWORDS: Postnatal Stress, Psychological, Well-Being, Mother

INTRODUCTION

La période postnatale, est une période de transition majeur dans la vie d'une femme, caractérisée par l'arrivée d'un nouveau-né et un ensemble de responsabilités nouvelles et exigeantes. Cette période postnatale, est également connue sous le nom de post-partum, qui fait référence à la période qui suit immédiatement la naissance d'un nouveau-né. Elle englobe généralement les six premiers mois après l'accouchement, bien que certains considèrent qu'elle peut durer jusqu'à six mois après la naissance. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit « la période postnatale comme étant la période qui débute environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent ». Pendant cette période, la mère récupère de l'accouchement et s'adapte à sa nouvelle vie avec un nouveau-né.

L'expérience de la maternité est l'une des périodes les plus significatives de la vie d'une femme, un moment de joie (dans la majorité des cas, mais ne pas oublier qu'il existe des grossesses non désirées, des viols…) et d'adaptation mais aussi une période de grande vulnérabilité. Cependant, il est essentiel de reconnaitre que chaque expérience est unique et peut être accompagnée de stress. Ce stress se définit par des difficultés d'adaptation à de nouvelles situations lorsqu'un individu juge que ses ressources ne sont pas suffisantes, qu'elles sont trop dépassées pour pouvoir réajuster son mode de fonctionnement (Razurel, 2015), p1.

En effet le stress postnatal est défini comme la détresse émotionnelle ou psychologique éprouvée par les mères après l'accouchement, ce stress à le potentiel de mettre en péril le bien-être psychologique de ces mères et de perturber leur capacité à assurer des soins optimaux à leur enfant. Il est un défi de santé mentale fréquent surtout parmi les nouvelles mères.

Cette condition, souvent sous-estimée, peut avoir des conséquences sur le bien-être psychologique des mères et, par extension sur le développement de leurs enfants Selon Smith (2017), « cette période critique peut influencer de manière significative le bien-être psychologique des mères, avec des conséquences potentielles durables ». C'est une période cruciale pour les mères à ne pas négliger. Car c'est une période de récupération physique et émotionnelle après l'accouchement. Elle nécessite un soutien et des soins appropriés pour favoriser la guérison et prévenir les complications sur la santé mentale et physique des mères. C'est pour ces raisons que nous avons choisir à la fin de notre formation de Licence au département de psychologie, comme sujet de recherche « **Conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères »**. Car cette recherche met en lumière un problème

de santé mentale fréquent mais souvent négligé chez les mères qui peut entrainer d'autre problème de santé.

Le but de ce travail de recherche est d'explorer en profondeur les conséquences du stress postnatal sur la santé mentale des mères, en ayant pour objectif principal d'analyser les diverses sources qui génèrent du stress postnatal et les stratégies d'adaptations à adopter par les mères pour y faire face.

Cette étude, dont la rédaction du présent rapport de stage est structurée en trois chapitres. Tout d'abord, la première offre un aperçu du cadre institutionnel et du déroulement du stage au CSHV St JEAN de Cotonou. Ensuite la deuxième plonge dans le cadre théorique de la recherche, exposant les approches méthodologiques de la recherche. Enfin la troisième section se consacre à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus à travers les questionnaires et le guide d'entretien conçus à cet effet, ouvrant la voie à une discussion de ces résultats, les limites et les suggestions.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DE STAGE

Centre de Santé à Vocation Humanitaire (CSVH), cadre institutionnel de notre stage, est un centre de santé installé sur le territoire béninois, précisément à Cotonou. Il est procédé dans ce chapitre à sa présentation à travers son historique, sa mission. Il y est aussi présenté un compte rendu des observations du stage, en détaillant les activités réalisées dans deux services (la maternité et la vaccination) distincts, ainsi que les acquis correspondants.

1-1- DESCRIPTION DU LIEU DE STAGE

1- 1-1- Historique du centre

Le Centre de Santé à Vocation Humanitaire St Jean est un Centre confessionnel à but non lucratif créé en 1963 par les religieuses de la congrégation St Joseph de Lyon en France. Après leur départ en 1986, la gestion du centre jadis dispensaire du quartier fut confiée aux laïcs le 02 Janvier 1987. Il reste toutefois sous la supervision de l'archevêché de Cotonou.

Le Centre de santé est situé dans le quartier de Gbégamey dans la (le) Von après l'église St Jean de Cotonou. Il fait également office d'hôpital pour la zone sanitaire de Cotonou VI. Il dessert Gbégamey et d'autres quartiers de Gbediga.

Aujourd'hui, la direction du Centre est confiée aux Prêtres nommés par Monseigneur l'Archevêque de Cotonou. Le Père Tadagbe Adelphe ADAMBADJI Administrateur des Finances fut Directeur en Ressources Humaines au CSVH de Saint Jean. L'actuelle Directrice du Centre est Mme Arlette AKOGBETO.

La vocation du Centre est d'aider la population à avoir accès à des soins de qualité, à un coût acceptable. Le Centre arrivait à couvrir toutes ses charges sur fonds propres (économies et recettes issues des soins et interventions). Il arrive même à dégager une capacité d'investissements. C'est ainsi, qu'en 1990, le Centre a acquis un espace de 43 hectares à Sèhoué.

1-1-2- PRESENTATION PHYSIQUE DES LOCAUX

Le Centre Saint Jean de Cotonou est un établissement de soins de santé, situé dans le département du Littoral, 11ème arrondissement de la commune de Cotonou. Ce Centre a quelques dispositions, à s'avoir :

Au 1er étage, se trouvent l'hospitalisation pour la médecine générale et de la pédiatrie, la salle de garde des infirmiers, deux blocs opératoires avec deux salles de réveil et la salle de consultation ophtalmologique.

Le 2ème étage abrite les salles d'hospitalisation des cas chirurgicaux et la nouvelle salle de prélèvement pour les analyse, les services du laboratoire, des archives, de facturation, les toilettes et l'ancien appartement du Directeur.

Au 3ème étage, se trouve l'administration composée du Service des Ressources Humaines, du Service Financier et Comptable, du Secrétariat Administratif, du bureau de la Directrice, la salle de conférence, une grande chapelle. Au-dessus de l'administration se trouve la buanderie.

En arrière de cet immeuble, se trouve le bâtiment pour la maternité. Il fut précédemment l'habitation des religieuses fondatrices du Centre. Nous avons la salle de dilatation, la salle d'accouchement, la salle de réveil, la salle de garde des anesthésistes, le bloc opératoire et une autre chapelle.

A l'étage, nous avons les salles de consultations gynécologiques et prénatales, la salle des accouchées par voie basse, la salle de dépistage, les cabines pour les soins et bureaux. En face de ce bâtiment, nous avons la salle nouvellement construite où se trouve l'accueil de la maternité ; à côté nous avons la salle de stérilisation surmontée d'un niveau qui sert de magasin secondaire.

1-1-3- MISSIONS DU CENTRE

Le Centre de santé à vocation humanitaire St Jean de Cotonou a pour mission de :

- Permettre l'accès aux soins de santé et prioritairement aux populations pauvres et vulnérables, œuvrer à l'amélioration de la santé de la population.
- Promouvoir une médecine au service de l'Homme dans la vie, selon la morale chrétienne, en respectant l'esprit de l'Evangile,
- Amener les laïcs à témoigner de leur foi à travers leur engagement et à se mettre aux services des pauvres et des malades en leur réservant un accueil exemplaire,

Pour mieux accomplir cette mission, le Centre dispose de plusieurs services médicaux-techniques spécifiques :

- **Médecine générale** : ce service s'occupe de la santé des adolescents et des adultes.
- **Pédiatrie** : elle s'occupe de la santé des enfants de 1 jour à 16 ans, et plus spécifiquement sur le développement psychomoteur et physiologique.
- **Néonatologie** : c'est une unité de soins néonatals qui accueille les enfants prématurés et les enfants nés à terme, mais présentant des pathologies diverses.

- **Service de chirurgie** : il prend en charge les malades après interventions chirurgicales.
- **Gynéco-Obstétrique** : elle vérifie le bon fonctionnement des organes féminins, suit toutes les étapes de la grossesse, fait la chirurgie à des femmes qui ont des complications, post accouchement.
- **Unité de bloc opératoire** : le personnel de l'anesthésie aide le chirurgien et le gynécologue à bien préparer et à accomplir leurs interventions.
- **Service de Vaccination et nutrition** : il améliore l'état nutritionnel des enfants et lutte contre les maladies infectieuses chez les femmes enceintes ainsi que chez les bébés.
- **Service de l'échographie** : il visualise en direct l'intérieur du corps, afin de détecter les causes des problèmes de santé.
- **Pharmacie** : vente des médicaments et les matériels pour les soins et le suivi du patient

1-2-DEROULEMENT DU STAGE

Il s'agit de faire le point, d'expliquer comment s'est déroulé le stage et de mettre un accent particulier sur les activités menées, les difficultés rencontrées, les acquis retenus.

1-2-1-Services où nous sommes intervenues (activités menées)

Nous avons effectué notre stage du 17 Juillet au 17 Aout 2023. Ce stage a pour objectif général, l'observation d'une pratique professionnelle en rapport avec les relations humaines et son intégration à la vie institutionnelle en mettant en pratique les enseignements reçus au cours des trois années de formation.

Nous poursuivons les objectifs spécifiques suivants :

- Relier nos connaissances théoriques aux expériences pratiques
- Apprendre à s'adresser à des patients (mères), pour recevoir des renseignements, construire une réflexion puis une analyse « critique » autour d'un thème prévu, en harmonie avec le terrain d'accueil.

Au cours de notre stage nous sommes intervenues et avons mené nos activités dans deux services : la maternité et la vaccination.

Le service de la maternité, assure les consultations prénatales, les échographies, le suivi des grossesses, puis les accouchements des mères. Ce service comporte deux gynécologues obstétricien, des sages-femmes, des infirmières et d'autres professionnels de santé travaillant ensemble pour prodiguer des soins aux mères et au nouveau-né.

Le service de la vaccination et nutrition est un service social composé d'un infirmier et d'une aide-soignante. Ce service intervient dans la prises en charge des vaccins prodigués aux mères

et aux nouveaux nés et surveille la prise de poids des enfants à partir de 1mois jusqu'à 9mois. Pour les nouveaux nés, ils reçoivent le BCG+ le vaccin Polio0.

Initialement, nous avons participé des activités telles que la visite du Centre en compagnie de Mr TOMAVO Guillaume, assistant RH qui nous a ensuite présenté à la Responsable des Ressources Humaines, Mme Elysée D. ASSOGBA. Ils nous ont rapidement exposé les règles de conduite de l'établissement, soulignant l'importance d'être ponctuel, de respecter l'emploi du temps, de signaler toute absence prévue, et de porter une tenue propre, conforme aux normes de l'hôpital.

Nous avons été ensuite introduits auprès du personnel de la maternité et avons été sous la tutelle du Docteur Jocelyne DOMINGO (Gynécologue obstétricienne). Elle nous a informés sur le code vestimentaire préconisant le port d'une tunique, peu importe la couleur à condition qu'elle soit uniforme, accompagnée d'un chapeau médical pour couvrir la tête, ainsi que des chaussures confortables.

De plus, le docteur nous a énoncé quelques règles à suivre, notamment le respect strict de la confidentialité des patients, la ponctualité.

A la maternité, nous avons participé à des réunions quotidiennes avec le personnel, programmées chaque jour à 8h30min, et d'une durée d'environ 45minutes. Ces réunions matinales sont organisées afin de faciliter entre les sages-femmes qui se relaient pendant les gardes. Ainsi, celle qui prend le relais le lendemain est mise au courant des événements de la nuit jusqu'à sa relève, se focalisant particulièrement sur le nombre de patients nouvellement admis à la maternité, l'évolution de leur état, les soins appropriés dispensés aux patientes. A la suite de ces échanges, nous avons exploré comment la gynécologue appréhende les informations discutées lors de ces réunions, partageant son point de vue et offrant son avis éclairé sur les situations abordées.

A la vaccination, nous avons offert notre assistance aux mamans en prenant en charge leurs bébés, particulièrement celles ayant des jumeaux. Nous avons pris l'initiative de tenir les bébés, d'assister les mères lors de la pesée, et d'aider celles avec des jumeaux en veillant à ce qu'un bébé reste avec elles pendant la vaccination, tout en facilitant le port des culottes nécessaires pour la prise de poids.

Vers la fin de notre stage nous avons été travaillés au niveau de l'administration pour aider la comptable en chef dans les remplissages des fiches de compte et le classement des dossiers.

1-2-2-Acquis du Stage

A l'issu de ce stage pratique, nous avons pu mettre en application quelques connaissances théoriques acquises lors de notre formation académique à l'Université d'Abomey Calavi (savoir observer, savoir et être disponible pour l'écoute, participer à un entretien, marquer son intérêt pour l'autre, échafauder une compréhension des situations, aller vers une étude de cas, préparer des réponses …etc.). Il nous a été très bénéfique et nous a aussi permis d'apprendre le respect des règles, agir avec des contraintes, savoir s'adapter à différentes situations et à différentes personnes, réussir les relations humaines, avoir le sens des responsabilités, la recherche et la satisfaction du travail bien fait. De même ce stage nous a permis d'acquérir quelques notions à la maternité : comme la prise en charge des mères, les types d'accouchement, la nécessité des consultations pour le suivi de la grossesse et comment les sages-femmes rendent compte des faits constatés, au gynécologue. Au niveau de la vaccination, nous avons participé à la préparation des vaccins, les inoculer. Nous avons également appris, comment bien faire porter la culotte aux enfants, afin de vérifier la prise de poids, la gestion des soins pour chaque mois, la tenue des calendriers de vaccination.

1-2-3- Difficultés éprouvées

Tout au long de notre stage nous avons été confronté à quelques difficultés comme :

- Absence d'un psychologue à CSVH St Jean de Cotonou nous a privés d'une guidance et de conseils spécialisés, venant d'un encadreur direct dans le domaine ;
- Manque d'un cadre adéquate pour les entretiens psychologiques, implique le manque d'accès à des outils d'évaluation psychologique appropriés.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE

Cette partie du mémoire est consacrée en un premier temps à l'énoncé du problème, la détermination des objectifs de recherche et l'émission des hypothèses ; ensuite, il est procédé au choix de l'approche méthodologique de la recherche.

2-1-CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE

Le cadre théorique repose sur une analyse approfondie des différents aspects liés à la problématique principale, cherchant à détailler avec précision les éléments qui contribuent à la compréhension globale du sujet.

2-1-1-Clarification Conceptuelle

2-1-1-1-Stress

Selon le dictionnaire, le petit Larousse (2015), le stress c'est un ensemble de perturbation biologique et psychique provoquées par une « agression » ou un ressenti quelconque sur un organisme. Le stress est déclenché par le cerveau, qui stimule la sécrétion de corticoïdes et d'adrénaline par les surrénales.

Selon Hans Selye, (2012) pionnier dans l'étude du stress, le stress est la réponse non spécifique de l'organisme à toute demande qui lui est faite, c'est-à-dire une réaction générale du corps face à diverses pressions, qu'elles soient physiques ou psychologiques.

Le stress, est une réponse physique et mentale à une situation difficile ou exigeante. Il peut se manifester par des symptômes tels que l'anxiété et des pensées persistantes liées à la situation stressante. Ce stress peut être aussi associé aux troubles, selon le DSM-5, le stress est souvent associé aux troubles liées au stress. Ces troubles comprennent des réponses excessives au stress qui entraînent une souffrance.

2-1-1-2-Stress Postnatal

Le stress postnatal se réfère à l'ensemble des perturbations biologiques et psychiques qui résultent de facteurs stressants après l'accouchement. Il implique souvent des variations hormonales notamment la sécrétion de corticoïdes et d'adrénaline, déclenchées par le cerveau en réponse aux nouvelles responsabilités et aux ajustements liés à la parentalité.

Selon le Dr. John Smith, psychologue clinicien, il définit le stress postnatal comme une réaction émotionnelle complexe et parfois difficile, vécue par les parents après à la naissance d'un enfant, impliquant des facteurs psychologues sociaux.

Alors nous pouvons aussi dire que, le stress postnatal, également connu sous le nom de stress post-partum, se réfère aux niveaux élevés de stress et de pression émotionnelle qu'une personne peut ressentir après avoir donné naissance à un enfant.

2-1-1-3-Bien-être

Selon le dictionnaire, le petit Larousse (2015), le bien-être, c'est la sensation agréable résultant de l'absence de besoins et de préoccupations.

Selon Richard J. Estes, le bien-être, peut-être défini comme une évaluation subjective de la qualité de vie d'une personne, qui englobe à la fois des aspects matériels et non matériels. Il met l'accent sur la satisfaction des besoins de base tels que la sécurité, la santé, l'éducation, ainsi que sur des facteurs plus subjectifs, tels que le bonheur et la satisfaction personnelle.

Le bien-être, c'est aussi un état général de santé, de bonheur et de satisfaction. Il englobe non seulement la santé physique, mais aussi le bien-être émotionnel, mental et social d'une personne. Un individu en bien-être se sent généralement équilibré, épanoui et en harmonie avec lui-même et son environnement.

2-1-1-4-Bien-être psychologique

Le bien-être psychologique se manifeste comme une sensation agréable découlant de l'équilibre émotionnel, de la satisfaction personnelle et d'une harmonie entre les aspects mentaux de la vie, tels que les émotions, la cognition *(ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance et mettent en jeu la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problèmes, la prise de décision, la perception ou l'attention.)* Et les relations interpersonnelles. C'est la perception positive de sa propre santé mentale et de la qualité de vie psychologique.

Selon le psychologue Martin E.P. Seligman, (2017) le bien-être psychologique est défini comme l'expérience d'une vie épanouissante, ou l'individu utilise ses forces et talents, ressent un sentiment d'accomplissement entretient des relations positives et éprouve un sentiment de bonheur durable.

2-1-1-5-Mère

Selon le dictionnaire, le petit Larousse (2015), la mère est une femme qui a mis au monde ou qui a adopté un ou plusieurs enfants. *Cette différence réside dans le processus physique de la*

naissance. Une mère biologique a porté et accouché de son enfant, tandis qu'une mère adoptive n'a pas connu cette expérience.

Selon l'écrivain Pearl S. Buck, la mère est celle qui peut prendre la place de tous les autres mais dont personne d'autre ne peut prendre la place. Cette perspective souligne le rôle unique et irremplaçable de la mère dans la vie de ses enfants.

2-1-2-Revue de la littérature

Notre revue de littérature vise à explorer les divers aspects du stress postnatal, en mettant en lumière les facteurs de stress prédominants et les stratégies d'adaptation qui ont été étudiés dans la littérature existante. Car le bien-être psychologique est crucial, il impact non seulement la mère mais aussi le développement émotionnel et comportemental de l'enfant (Grace et al. 2003). Pour certaines d'entre elles, la maternité nécessite une adaptation qui dépasse leurs ressources et provoque ainsi un « stress ». Cette définition s'appuie sur les travaux de Lazarus et Folkmann (1984) et situe le stress comme une perception intrinsèque de l'individu vis-à-vis d'une situation. De ce fait, un événement peut très bien paraître bénin de l'extérieur et être perçu comme stressant par les mères.

Comme le souligne Rogers (1997), toute période de transition au cours d'une vie est une situation dans laquelle s'accroît la possibilité d'expérimenter différentes formes de vulnérabilité. L'expérience de la grossesse, de la naissance et de l'arrivée d'un nouvel enfant au sein d'une famille comporte des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et cognitives et de nombreux besoins qui conduisent à une situation complexe de vulnérabilité lorsqu'ils ne sont pas comblés (de Montigny, Devault, Lacharité, &Dubeau, 2010 ; de Montigny &Lacharité, 2005 ; Kurtz Landy, Sword, &Ciliska, 2008 ; Lessick et al. 1992 ; Rogers, 1997).

Durant le post-partum, les mères sont bouleversées par des changements de vie liés à la naissance et à l'adaptation aux rôles parentaux nécessitant des ajustements émotionnels pouvant être perçus comme stressants ; (Sébastien Riquet, Hinsinger, Emilie Bernard, Carole Zakarian, 2019). L'absence d'attention portée aux ressentis des mères réduit les occasions de promouvoir leur santé émotionnelle et de déceler précocement leurs problèmes psychiques, ce qui peut entrainer une détérioration de leur santé (Emilie Bernard, al. 2019).

D'une part le manque de sommeil est l'une des préoccupations importantes des nouvelles mères (Barnes et al. 2008 ; MacPherson et al. 2010 ; Negron et al. 2012 ; O'Reilly, 2004). Les difficultés liées au manque de sommeil pourraient être plus grandes encore pour les mères ayant plusieurs enfants qui, en plus de se réveiller la nuit pour leur nourrisson, doivent se lever tôt pour s'occuper des enfants plus âgés ; l'établissement d'une routine de sommeil pour le

nouveau-né et les autres enfants devient alors un enjeu important. L'un des corollaires de ce manque de sommeil est le manque d'énergie et le sentiment de fatigue ressentis par plusieurs mères (Barnes et al., 2008 ; Börjesson et al., 2004 ; Darvill et al., 2010 ; Letourneau et al., 2007 ; O'Reilly, 2004 ; Razurel et al., 2011 ; Svensson et al., 2006). De façon concomitante au manque de sommeil et à la fatigue, les difficultés liées à l'allaitement préoccupent plusieurs mères et occasionnent inquiétude et stress chez certaines d'entre elles (Barnes et al. 2008 ; Börjesson et al. 2004 ; O'Reilly, 2004 ; Razurel et al. 2011).

D'autre part, l'allaitement apparaît comme l'un des indicateurs les plus importants de la définition de ce qu'est une « bonne mère » ; parce qu'il faut « réussir » l'allaitement, les difficultés rencontrées à ce niveau sont une source importante de stress et de détresse pour les mères (Haga et al. 2012 ; Razurel et al. 2011). La capacité à bien s'acquitter des tâches domestiques et familiales apparaît comme un second indicateur de la « réussite maternelle » parce qu'elle témoignerait, selon certaines mères, de leur habileté à faire face aux différents stress qui suivent la naissance d'un enfant (Negron et al. 2012). Les mères qui vivent un épisode dépressif et qui ont de la difficulté à répondre aux attentes sociales de la « bonne mère » développent un sentiment de honte et de gêne et ont le sentiment que les autres mères s'en tirent mieux qu'elles (Letourneau et al. 2007).

Plusieurs auteurs souligne que les semaines et les mois qui suivent la naissance d'un nouveau-né apparaissent comme une période importante de transition à travers laquelle les parents font l'expérience de différentes formes de vulnérabilité aux plans psychologique et émotionnel (Cronin, 2003; Darvill et al., 2010; Doucet, Letourneau, &Blackmore, 2012; Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012; Haga, Lynne, Slinning, & Kraft, 2012; Hanley & Long, 2006; Hess, Weinland, &Beebe, 2010; Hogg& Worth, 2009; Kanotra et al., 2007; Leahy Warren, McCarthy, &Corcoran, 2011; Letourneau et al., 2007, 2012; MacPherson et al., 2010; Negron et al., 2012; Phillips & Pitt, 2011; Razurel et al., 2011). Les conditions psychologiques de vulnérabilité se rapportent plus spécifiquement à trois composantes : (1) l'expression de soi : l'affect et l'humeur (émotions) ; (2) la conception de soi : l'image corporelle et le concept de soi ; (3) l'autogestion : l'adaptation.

Plusieurs études font état d'un niveau d'intensité et de variabilité émotionnelle important en période postnatale. Un niveau élevé de stress et d'anxiété est constaté chez plusieurs parents lors du retour à la maison et des premières semaines de vie du nouveau-né (Cronin, 2003 ; O'Connor, 2001 ; O'Reilly, 2004). Selon Razurel et al. (2011), le stress ressenti en période postnatale ne serait pas nécessairement associé à des événements difficiles, mais plutôt aux tracas quotidiens liés à l'expérience nouvelle des soins à accorder à un nouveau-né. Darvill et

al. (2010) et Svensson et al. (2006) utilisent l'analogie des « montagnes russes » pour rendre compte de la variabilité des émotions vécues par les mères en période pré et postnatale alors que Börjesson et al. (2004) font état des « hauts et des bas » ressentis par bon nombre de nouvelles mères.

Par ailleurs, La grossesse et l'arrivée d'un nouveau-né sont une période d'ajustement à de nouveaux rôles et à de nouvelles responsabilités qui implique d'importants changements au mode de vie des parents (Barnes et al., 2008 ; Börjesson et al., 2004 ; Cronin, 2003 ; Hanley & Long, 2006 ; Kanotra et al., 2007 ; Svensson et al., 2006 ; Wilkins, 2006). La réalité quotidienne après la naissance se présente souvent de façon bien différente de ce qui avait été anticipé et planifié en période prénatale par les mères ; des attentes trop élevées et trop spécifiques à l'égard de la période postnatale occasionnant des sentiments de déception et de confusion après la naissance (Darvill et al. 2010 ; Razurel et al. 2011 ; Wilkins, 2006).

En outre l'estime de soi peut conduire aussi à une source de stress. Selon Darvill et al. (2010), l'estime de soi est fragilisée au cours des premières semaines qui suivent la naissance en raison notamment de l'importante somme d'énergie consacrée par la mère à son rétablissement et aux soins à prodiguer au nouveau-né. Les mères d'un premier bébé se sentent souvent inadéquates lorsqu'elles doivent recourir à l'avis d'un tiers parce qu'elles croyaient savoir d'instinct comment s'occuper d'un enfant (Wilkins, 2006).

Le stress postnatal peut agir aussi sur les fonctions métaboliques avec notamment des altérations métaboliques, et le développement d'un diabète de type II (Loizzo, al. 2012 ; McPherson, al. 2009). Ce stress peut même entrainer des troubles du comportements (Sutter-Dallay, al. 2008), des troubles de la personnalité et des désordres psychiatriques à l'origine d'anxiété, de stress et de schizophrénie à l'âge adulte (Jawahar, al. 2015), troubles du sommeil, une sexualité perturbée, un manque d'intérêt voire une dévalorisation de soi et de ses capacités (Razurel, 2015).

En fait, selon Haga et al. (2012) et Hanley et Long (2006), plusieurs femmes croyaient être en mesure de contrôler les conditions de leur maternité de la même manière qu'elles avaient maîtrisé d'autres aspects ou rôles de leur vie antérieure. Celles qui expriment un fort désir de contrôle et de maîtrise à l'égard de la période postnatale présenteraient davantage de symptômes dépressifs en début de période postnatale (Haga et al.). La littérature estime une prévalence de la dépression postnatale pouvant aller jusqu'à 26% (Razurel, 2015 ; Robertson, al 2004) et pouvant survenir jusqu'à un an après l'accouchement, ce qui qui représente un enjeu majeur de santé publique (ARS, 2018).

En effet les niveaux de stress élevés liés à des problèmes tels que la dépression postnatale, non traité, peut avoir des conséquences à long terme sur la santé de la mère et de l'enfant (Wisner et al. 2002), On peut noter la perturbation du lien mère-enfant à l'origine de type évitant ou anxieux (Montmasson, al. 2012 ; Razurel Chantal, 2015 ; Williams, al 2016). L'attachement est un lien qui permet à l'enfant de se sentir en sécurité afin d'explorer le monde et cette proximité est essentielle à la survie de l'enfant (Razurel, 2015). Comprendre et aborder ces aspects est donc essentiel pour promouvoir la santé globale de la famille.

D'après l'étude de Maimburg&Vaeth publiée en 2015 et celle de Razurel, al. Publiée en 2010, même le fait d'avoir reçu des interventions en anténatal n'est pas suffisant pour prévenir la dépression postnatale à six semaines après la naissance. Mais des interventions intensives proposées en période postnatale ont un effet préventif sur la dépression postnatale (Razurel, al. 2010) d'où l'importance de faire connaître cette prise en charge.

La consultation postnatale permet de clôturer l'épisode de la naissance et des suites de couches et de faire un bilan complet six à huit semaines après l'accouchement (Franke, 2009). En explorant les différentes sources de stress après l'accouchement, nous serons en mesure de discerner comment ces éléments spécifiques influent sur le bien-être psychologique des mères nouvellement accouchées. De plus, accompagner les mères sur un **modèle d'entretien psychoéducatif** (Razurel, 2015) a démontré son intérêt pour agir sur le stress et améliorer leur relation à l'enfant. Selon Negron et al. Cette aide est essentielle afin de permettre aux mères de faire face aux stresses physiques et émotionnels inhérents à cette période de transition. Le manque de soutien à ce niveau est d'ailleurs perçu par des mères comme un facteur important d'apparition de symptômes dépressifs durant les premiers mois qui suivent l'accouchement (Haga et al. 2012 ; Negron et al. 2012).

En définitive, cette revue de littérature met en lumière l'importance cruciale des stratégies d'adaptation face au stress postnatal, offrant ainsi des perspectives prometteuses pour améliorer le bien-être et contribuer à la création d'un environnement favorable à leur épanouissement.

2-1-3-Problématique

Le stress postnatal étant un trouble qui survient environ six semaines après l'accouchement, il émerge comme un facteur déterminant du bien-être psychologique des mères. Il se manifeste par l'anxiété, la fatigue, des changements d'humeur fréquents, des troubles du sommeil et des difficultés de concentration. Selon (Ramure, 2015). Dans 0,1 à 0,2% des cas, ces troubles

peuvent aller jusqu'à la psychose puerpérale pouvant entrainer par la suite, le suicide ou l'infanticide (Robertson, al 2004).

Le *post-partum* est une période où des difficultés maternelles peuvent survenir : le baby blues, la dépression du *post-partum* et la psychose puerpérale en sont les manifestations les plus courantes. Il est d'autant plus difficile pour les mères de reconnaître ces difficultés et d'oser en parler que la grossesse et la naissance restent dans les représentations sociales des heureux événements**.**

Le baby blues est caractérisé par des pleurs et une labilité émotionnelle souvent associés à des sentiments d'incompétence, d'incapacité à faire face et d'inquiétude. Ces symptômes apparaissent entre le 3e et le 5e jour du *postpartum* et disparaissent vers le 9e ou 10e jour. Le baby blues est relativement fréquent (30 à 70 % des accouchées) et reste assez bénin.

En parlant de stress postnatal, nous pouvons parler aussi du « baby blues » qui se manifeste au début, de la même manière que le stress postnatal, à la seule différence, il est temporaire et ne dure que quelques jours. Le baby blues du post-partum(BPP) se manifeste chez au moins la moitié des femmes accouchées, ce phénomène clinique est resté longtemps non reconnu, voire banalisé (M. Roux, Jacqueline Wendland, 2019).

A la suite, (Kennerley et Gath, 2019), ont réalisé une étude permettant d'estimer la prévalence du BPP qui toucherait entre 50 et 70% des accouchées. Certains auteurs comme Glangeaud-Freuenthal, Chabrol ou Dayan soulignent qu'il peut s'avérer beaucoup plus complexe et que cet ensemble de symptômes nécessite des investigations plus poussées. Près de 67% des accouchées auraient des crises de larmes, souvent sans autre raison apparente (M. Roux, Jacqueline Wendland, 2019).

De plus, les défis liés à la maternité peuvent intensifier le stress postnatal, les nouvelles responsabilités, les ajustements de routine (modifications ou changements apportés à des habitudes ou des activités quotidiennes habituelles) le manque de sommeil peuvent créer un environnement propice au stress. Par exemple, les nuits agitées associées aux soins d'un nouveau-né peuvent entrainer une fatigue chronique, contribuant ainsi à l'arrivée d'une situation de stress maternel. Selon une méta-analyse récente menée par l'organisation mondiale de la santé(OMS), le stress postnatal touche environ 15% des mères dans le monde.

Les études de (Johnson et al, 2015), montrent que les mères souffrant de niveaux élevés de stress postnatal ont tendance à présenter des difficultés dans l'établissement d'un lien

émotionnel solide avec leur enfant. En outre, les mères confrontées à des difficultés financières ont un risque accru de stress postnatal, soulignant ainsi les liens complexes entre les conditions socio-économiques et la santé mentale maternelle, (Smith et collègues, 2021).

Par ailleurs ce stress postnatal non traité peut évoluer vers des problèmes plus graves tels que la dépression postnatale. Cette dépression postnatale est un trouble beaucoup plus sérieux qui survient autour de la 3eme semaine après l'accouchement et touche environ 8 à 15% des femmes qui ont accouchée mais toucherai aussi 5% des nouveaux papas qui doivent eux aussi composé avec des changements important (Leanna J. Zozula, Dr Psychologue, 2015). Plusieurs facteurs de risque ont été mis en évidence, mais aucun facteur ne semble à lui seul joué un rôle déterminant dans la survenue d'une dépression postnatale. Les principaux facteurs de risques sont : les antécédents de dépression, un trouble anxieux pendant la grossesse, des relations conjugales conflictuelles, un isolement social, un faible niveau socio-économique, des évènements de vie stressant au cours de la grossesse et dans une moindre mesure les complications obstétricales (C. Agbokou, F. Ferreri, P. Nuss, C. Peretti 2011).

La prise en charge de la dépression postnatale repose sur une approche transversale intégrative (psychothérapie, groupe de parole, chimiothérapie), c'est-à-dire l'utilisation simultanée de différentes modalités thérapeutiques pour aborder les multiples facettes de cette condition complexe non de manière isolée mais plutôt en collaboration. Les professionnels de la santé, tels que les psychologues, psychiatres, sages-femmes, et autre praticiens de la santé maternelle, travaillent ensemble pour élaborer un plan de traitement global.

Alors il est primordial d'accompagner ses femmes en mettant en œuvre tous les moyens disponibles nécessaire : les moyens communautaires (sage-femme, psychologue de protection maternelle et infantile), les moyens médicaux (psychiatre, pédopsychiatre, médecin de famille, pédiatre), et/ou les moyens sociaux (assistante sociale), (C. Agbokou, F. Ferreri, P. Nuss, C. Peretti 2011).

Devant les défis complexes et préoccupants que rencontrent les mères, notre choix s'est porté sur l'exploration des sources du stress postnatal qu'elles affrontent. Notre étude, intitulée « **Conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères au sein du Centre de Santé St Jean de Cotonou »**, la question suivante mérite d'être posée

Comment le stress postnatal influence-t-il le bien-être psychologique des mères au sein du Centre de Santé St Jean de Cotonou ?

2-2-APPROCHE METHODOLOGIQUE

A ce niveau nous allons, parler de nos objectifs, nos hypothèses ainsi que les participants, la méthode et les outils de collectes utilisées.

2-2-1- Objectifs de la recherche

- **Objectif général :** Analyser les diverses sources de stress postnatal qui affectent le bien-être psychologique des mères ainsi que les stratégies d'adaptation utilisées par ces mères
- **Objectif spécifique1 :** Identifier les principales sources de stress postnatal influençant le bien-être psychologique chez les mères.
- **Objectif spécifique 2 :** Examiner l'efficacité des stratégies d'adaptation adoptées par les mères.

2-2-2- Hypothèses de la recherche

- **Hypothèse générale** : Il existe une relation entre les sources de stress postnatal chez les mères et leur bien-être psychologique.
- **Hypothèse spécifique 1 :** Les contraintes postnatales sont des sources de stress majeures, influençant négativement le bien-être psychologique des mères.
- **Hypothèse spécifique 2 :** Les stratégies d'adaptation adoptées par les mères face aux contraintes postnatales peuvent atténuer les effets négatifs du stress postnatal.

2-2-3- Méthode

Nous avons opté pour une recherche par méthode mixte, compte tenu de nos objectifs.

Avec la recherche par méthode mixte, nous avons pu collecter et analyser des informations recueillies de façon quantitative et qualitative pour offrir une compréhension complètes des conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères. En identifiant d'une part les diverses de sources de stress et d'autre part examiner l'efficacité à l'aide d'une échelle les stratégies d'adaptations utilisées par les mères.

2-2-3-1-Participants

La population cible, est l'ensemble des mères qui ont récemment accouché au cours des trois derniers mois au sein de la maternité du CSVH Saint Jean de Cotonou.

2-2-3-2-Technique d'échantillonnage

Dans le cadre de notre recherche, nous avons utilisé la technique d'échantillonnage aléatoire simple, qui est une approche probabiliste, afin d'assurer une représentation équitable des mères récemment accouchées. Cet échantillonnage ciblait spécifiquement les mères ayant accouché au cours des trois derniers mois et fréquentant les séances de vaccination pour leur nouveau-né à l'hôpital Saint Jean de Cotonou. Cette approche permet de capturer de manière aléatoire et équitable les expériences de cette population particulière, enrichissant ainsi la compréhension des conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique. Nous n'utilisons pas d'autres critères pour sélectionner nos prospects (ni âge, ni nombre d'enfants…).

2-2-4-Matériel

Pour la collecte de données, nous avons utilisé quatre principales techniques de collecte de données, il s'agit : de l'entretien, de l'observation, du questionnaire.

2-2-4-1-Entretien

L'entretien est une technique de tête-à-tête orale qui permet d'établir un contact direct, de communiquer, d'échanger de façon structurée ou d'entrer en conversation avec toute personne susceptible de fournir des informations sur un problème précis. Durant ces entretiens l'approche « brainstorming » (questions non fermées, liberté à la personne interviewée de ne pas répondre en un premier temps, aux questions précises) a été privilégié afin de ne pas braquée les mères, d'approfondir notre connaissance et la compréhension des conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères. L'entretien a été mené à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif (l'important est d'obtenir des réponses, sans être directif dans les questions).

2-2-4-2-Observation

C'est une technique d'investigation scientifique qui permet d'observer directement sur le terrain les faits dont on cherche à comprendre la profondeur.

Dans le cadre de notre étude, nous avons mené une observation participante, c'est-à-dire observé directement l'interaction des mères et leurs enfants. Cela nous permis d'avoir une meilleure compréhension des réalités du terrain.

2-2-4-3-Questionnaire

La technique de collecte de donnée quantitative qu'est le questionnaire consiste à poser, à des sujets, une série de questions semi-directives relatives, à une situation, à leurs attentes, à leur opinion, à leur niveau de connaissance ou de conscience d'un problème. Le choix du questionnaire nous a permis de recueillir des informations précises sur les caractéristiques sociodémographiques des participants, pour quantifier les sources de stress, pour recueillir des données auprès d'un grand nombre de mères capturant ainsi une variété d'expériences postnatales qui peuvent contribuer à une compréhension.

2-2-4-Difficultés rencontrées lors de la recherche

Les recherches scientifiques en contact avec des hommes, peut être entravée par des difficultés habituellement. Durant la réalisation de cette étude, il serait prétentieux de prétendre que nous n'avons pas rencontré de difficultés. L'une de ces difficultés est liée à l'absence de documentations spécifiques disponibles, relatives à la problématique des conséquences du stress postnatal du bien-être psychologique des mères. Cela fait que nous avons eu de la peine à trouver des ouvrages pouvant nous permettre de bien cerner la délimitation thématique. Une autre difficulté potentielle, c'est le manque d'expertise spécialisée pour évaluer et traiter les aspects psychologiques, ainsi que des limitations dans la collecte de données approfondies sur les expériences émotionnelles des mères. Nous avons eu aussi des difficultés à pouvoir garder la disponibilité des participantes malgré le peu de temps qu'elles avaient à nous accorder. La patience, la délicatesse, l'empathie et la confiance ont été d'une précieuse contribution pour gagner l'accord des unes et des autres et surmonter ces différents obstacles.

2-2-5-Technique de traitement et d'analyse des données

Pour le traitement des données, nous avons procédé à un dépouillement manuel en raison de la taille de notre échantillon.

Après, s'en est suivi le traitement informatique des données. Ces dernières sont clairement organisées et hiérarchisées dans des tableaux. Les différents résultats obtenus ont fait d'abord l'objet d'une interprétation.

Ensuite, l'analyse proprement dite des données repose essentiellement sur une approche descriptive avec des tableaux de statistiques (Effectifs et Pourcentages) afin de présenter les tendances se dégageant des données collectées. Ces analyses ont suivi les axes de la

structuration élaborés lors du traitement. Ce qui nous a permis enfin de tirer certaines conclusions.

Des logiciels ont été utilisés dans le cadre du traitement des données recueillies. Il s'agit des outils bureautiques :

- Microsoft office Word
- Microsoft office Excel

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

L'objectif de cette partie est de présenter les résultats obtenus de l'administration du questionnaire et du guide d'entretien, de les interpréter et de mener des analyses approfondies afin d'en tirer des conclusions. Les données recueillies de nos enquêtés sont regroupées dans les tableaux suivis des verbatim.

3-1- PRESENTATION DES RESULTATS

3-1-1- Répartition des mères selon la situation matrimoniale

Tableau I: Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

Situation Matrimoniale	Effectif	Pourcentage
Célibataire	01	2,22%
Mariée	44	97,78%
Divorcé	00	00%
Total	45	100%

Source : donnée collecté en 2023

Il ressort de ce tableau I que 97,78% des mères sont en couple. Nous n'avons pas eu de mère divorcées et 2,22% sont des mères célibataires.

3-1-2- Répartition des enquêtées selon la moyenne des âges

Tableau II: La moyenne des âges des enquêtées

Age des participantes	Age minimum	Age maximum	Moyenne
Données	19	37	28

Source : *donnée collecté en 2023*

Le tableau ci-dessous nous représente l'âge moyen de notre échantillon. Ainsi nous remarquons que l'âge le plus élevé de notre échantillon est 37ans et le plus petit, 19ans. Nous obtenons donc pour un âge moyen la valeur de 28.

3-1-3- Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants

Tableau III: Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfants	Effectifs	Pourcentages
Un enfant	07	15,56%
Deux enfants	17	37,78%
Trois enfants	19	42,22%
Quatre enfants ou plus	02	4,44%
Total	45	100%

Source : *donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur le nombre d'enfants ayant les mères de notre échantillon. Ainsi, nous avons pu enquêter des mères ayant (un seul enfant) soit 60% de notre échantillon et des mères ayant (deux, trois, quatre ou plus d'enfant), soit 39,99% de notre échantillon.

3-1-4- Répartition des enquêtés selon la profession

Tableau IV: Répartition des enquêtés selon la profession

Profession	Effectifs	Pourcentages
Professionnels	18	40%
Artisans/Vendeuse	15	33,33%
Etudiante	01	2,22%
Artisans en apprentissage	11	24,45%
Total	45	100%

Source *: donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur la profession des enquêtées. Ainsi dans notre échantillon, nous avons pu avoir un pourcentage de 26,67% de mères encore en formation (étudiante, et apprentissage), un pourcentage de 73,33% de mères artisans ; (vendeuses et professionnelles). La majorité de notre échantillon est représentée par les mères vendeuses et professionnelles.

3-1-5- Répartition des enquêtées selon le moment ou la période de stress

Tableau V: Répartition des enquêtés selon le moment ou la période de stress

Moment ou période	Effectifs	Pourcentages
Juste après L'accouchement	03	6,66%
Deux à Trois Semaines	30	66,67%
Quatre à Six Semaines	12	26,67%
Total	45	100%

Source : *donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur le moment ou la période de stress postnatal. Ainsi on observe que la majorité des mères signalent une période de stress postnatal (Deux à Trois semaines), représentant 66,67% de l'échantillon étudié. Ce qui suit est celui de (Quatre à Six semaines) avec 26,67% de l'échantillon étudié, dont le reste est celui de (Juste après l'accouchement) avec 6,66% de l'échantillon étudié.

3-1-6- Répartition des enquêtées selon le niveau de stress

Tableau VI: Répartition des enquêtées selon le niveau de stress

Niveau de stress	Effectifs	Pourcentages
Stress Léger	25	55,56%
Stress Modéré	18	40%
Stress Sévère	02	4,44%
Total	45	100%

Source : *donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur le niveau de stress des enquêtées. Ainsi, on observe une distribution variée des niveaux de stress au sein de l'échantillon étudié. La majorité des mères semblent faire face à un stress léger à modéré, représentant 95,56% de l'échantillon. Cependant il est crucial de noter que 4,44% des mères de notre échantillon éprouvent un niveau de stress sévère.

3-1-7- Répartition des enquêtés selon les sources de stress liées au manque de sommeil

Tableau VII: Répartition des enquêtés selon les sources de stress liées au manque de sommeil

Manque de sommeil et La fatigue	Effectifs	Pourcentages
Sommeil interrompu	17	37,78%
Besoins fréquents de soins Nocturnes	20	44,44%
Difficultés à dormir	08	17,78%
Total	45	100%

***Source** : donnée collecté en 2023*

Le tableau ci-dessus, nous renseigne sur les sources de stress liées au manque de sommeil chez les mères. Dans notre échantillon étudié, il est observé que 44,44% des mères ont indiqué que les besoins fréquents de soins du nouveau-né pendant la nuit, soulignant ainsi l'impact du manque de sommeil sur le bien-être postnatal. De plus dans notre échantillon, 37,78% des répondantes ont signalé un sommeil interrompu. Il est également crucial de noter le pourcentage de mères signalant les difficultés à dormir qui représente 17,78% de notre échantillon étudié.

« Mes nuits sont constamment interrompues par les pleurs de mon bébé qui n'aime pas dormi pendant la nuit, or ce n'était pas le cas de mon premier enfant »

***Verbatim I:** Mme X. 27ans, commerçante venue à la vaccination à l'hôpital St Jean*

Madame X. exprime une difficulté persistante avec le sommeil de son bébé, soulignant une différence par rapport à l'expérience avec son premier enfant, mettant en évidence les défis que peut poser le sommeil infantile.

« Mon manque de sommeil est rendu plus grave parce que mon bébé ne supporte pas de rester dans la saleté, donc il a besoin de se faire changer souvent

***Verbatim II**: Mme Z. 32ans, coiffeuse venue à la vaccination à l'hôpital St Jean*

Mme Z. souligne un aspect particulièrement exigeant de la parentalité, en lien avec le besoin fréquent de changer son bébé en raison de son intolérance à la saleté. Cette situation accentue son manque de sommeil, mettant en lumière la complexité des soins aux nourrissons et les sacrifices inhérents à la parentalité.

3-1-8- Répartition des enquêtés selon les sources de stress liées aux nouvelles responsabilités parentales

Tableau VIII: Répartition des enquêtés selon les sources de stress liées aux responsabilités parentales

Nouvelles responsabilité Parentales	Effectifs	Pourcentages
Préoccupations liées à La santé de l'enfant	25	55,56%
Gestion des routines et des horaires	15	33,33%
Pressions liées aux attentes de la parentalité	05	11,11%
Total	45	100%

Source : *donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur les sources de stress liées aux nouvelles responsabilités parentales. Ainsi, on observe de notre échantillon étudié que la majorité des mères, soit 55,56%, expriment des préoccupations liées à la santé de leur enfant. Environ un tiers des enquêtés, soit 33,33%, indiquent que la gestion des routines et des horaires est une préoccupation importante. Un pourcentage plus faible, soit 11,11%, mentionne des pressions liées aux attentes de la parentalité.

« Depuis la naissance de mon bébé, je ressens une pression constante pour m'assurer que tout va bien au niveau de sa santé. Chaque petite fièvre ou pleur me fait paniquer »

Verbatim III*:* *Mme S. 19ans, en apprentissage venue à la vaccination à St Jean*

Mme S. exprime son stress qui accompagne la maternité, soulignant la pression ressentie pour garantir la santé de son bébé. Ses inquiétudes face à cette pression témoignent de l'anxiété fréquente chez les nouveaux parents.

« La gestion entre les moments de tétée, les siestes et les changement de couches, il semble impossible de trouver un équilibre »

Verbatim IV *Mme H. comptable venue à la consultation à St Jean*

Mme H. met en lumière les défis pratiques de la gestion quotidienne avec un nouveau-né, soulignant la difficulté à établir un équilibre entre les moments de tétée, les siestes et les changements de couches. Cette perspective reflète la réalité souvent chaotique des premiers jours de la maternité, ou la recherche d'harmonie dans routine peut sembler insaisissable.

3-1-9-Comparaison entre les sources de Stress Postnatal

Tableau IX: Comparaison entre les sources de Stress Postnatal

	Manque de sommeil	**Nouvelles responsabilités Parentales**
Pourcentages de Mères Concernées	82,22%	88,89%
Description	Besoins fréquents de soins Du nouveau-né pendant La nuit (44,44%) Sommeil interrompu (37,78%)	Gestion des routines et Horaires (55,56%) Préoccupations liées à la Santé de l'enfant (33,33%)

Source : *donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur la comparaison des enquêtés suivant les sources de stress postnatal, cette comparaison souligne que le manque de sommeil et les nouvelles

responsabilités parentales, en particulier la gestion des routines et les préoccupations liées à la santé de l'enfant, émergent comme des sources importantes de stress postnatal parmi les mères.

3-1-10-Répartition des enquêtés selon les stratégies d'adaptation

Tableau X: Répartition des enquêtés selon les stratégies d'adaptation

Stratégies d'adaptation	Effectifs	Pourcentages
Soutien	20	44,44%
Gestion du stress	09	20%
Demande d'aide	16	35,56%
Total	45	100%

Source : *donnée collecté en 2023*

Ce tableau, nous renseigne sur les stratégies d'adaptation. Ainsi, nous pouvons remarquer dans ce tableau que les mères utilisent le soutien comme stratégie d'adaptation représentant 44,44% de nos échantillons étudiés, soulignant l'importance des relations familiales et le réseau de soutien. Alors qu'un certain nombre de mères se concentrent sur la demande de l'aide comme stratégie représentant 35,56%, indiquant une reconnaissance de l'importance de maintenir un bien-être émotionnel pendant cette période. Bien que peu de mères choisissent la gestion de stress comme stratégie représentant 20% de notre échantillon étudié. Cette stratégie reste une stratégie importante pour centaines mères.

3-1-11- L'efficacité des stratégies d'adaptations des enquêtés sur une échelle de 1 à 5

Tableau XI: L'efficacité des stratégies d'adaptations des enquêtés sur une échelle de 1 à 5

Stratégies d'adaptation	*Efficacité (Echelle de 1 à 5)*
Soutien	4,8
Gestion du stress	4,5
Demande d'aide	4

Source : *donnée collecté en 2023*

Le soutien social est la stratégie la plus fréquemment utilisée, et les participants lui attribuent une efficacité élevée en moyenne de 4,8.

3-2- DISCUSSION

3-2-1-Les Contraintes postnatales sont des sources de stress majeures, influençant négativement le bien-être psychologie des mères

Le stress, une expérience multifacette pouvant se manifester émotionnellement, physiquement, cognitivement, comportemental, influence de manière variée les individus. Cette complexité se reflète particulièrement chez les mères après l'accouchement, ou les défis liés aux changements, à la fatigue et aux préoccupations quant à leur rôle parental peuvent donner naissance à un stress persistant.

Les semaines et les mois qui suivent la naissance d'un nouveau-né apparaissent comme une période importante de transition à travers laquelle les parents font l'expérience de différentes formes de vulnérabilité aux plans psychologique et émotionnel (Doucet, Letourneau, & Blackmore, 2012 ; Evans, Donelle, & Hume-Loveland, 2012).

Les résultats de notre étude révèlent que le stress postnatal est associé aux contraintes, et que ces sources de stress postnatal agissent de manière synergique pour influencer le bien-être psychologique des mères.

Une analyse approfondie révèle que 82,22% des enquêtés ont identifié le manque de sommeil comme une principale source de stress postnatal. Ce déficit de sommeil est attribué aux besoins fréquents de soins du nouveau-né pendant la nuit et aux interruptions du sommeil par le nouveau- né. De plus 88,89% des participantes ont signalé les nouvelles responsabilités parentales, liées à la gestion des routines et des horaires ainsi que les préoccupations concernant la santé de l'enfant, comme une autre source importante de stress postnatal.

Ce manque de sommeil est le manque d'énergie et le sentiment de fatigue ressentis par plusieurs mères (Darvill et al, 2010 ; Razurel et al, 2011). D'autres études font état d'un important sentiment d'épuisement chez certaines mères (Hanley &Long, 2006).

Plusieurs études rapportent qu'en période périnatale et plus particulièrement au moment du retour à la maison, d'importantes pressions sont ressenties par les parents pour être de « super-parents ». La pression pour « bien faire les choses » est intense selon plusieurs nouvelles mères et contribue à alimenter leur doute sur leurs capacités à bien jouer leur rôle (Wilkins, 2006).

En ce qui concerne les besoins fréquents du nouveau-né, les auteurs, (Haga et al, 2012 ; Razurel et al, 2011) affirment que l'allaitement apparaît comme l'un des indicateurs les plus importants de la définition de ce qu'est une « bonne mère » ; parce qu'il faut « réussir » l'allaitement, les

difficultés rencontrées à ce niveau sont une source importante de stress et de détresse pour les mères, entrainant le manque de sommeil chez les mères.

Pour Negron et al, (2012), La capacité à bien s'acquitter des tâches domestiques et familiales apparaît comme un second indicateur de la « réussite maternelle » parce qu'elle témoignerait, selon certaines mères, de leur habileté à faire face aux différents stress qui suivent la naissance d'un enfant.

La comparaison entre ces sources de stress postnatal chez les mères peut révéler des tendances et des facteurs communs qui influent sur leur bien-être psychologique des mères.

L'insuffisance de sommeil due aux besoins fréquents des nouveau-nés et aux interruptions du sommeil peut entrainer une détérioration du bien-être psychologique des mères par une diminution de la capacité à gérer le stress, des fluctuations de l'humeur, une concentration réduite et une sensibilité émotionnelle. Ces facteurs combinés peuvent contribuer à des sentiments de fatigue chronique, d'épuisement émotionnel et dans certains cas, à des de santé mentale tels que la dépression ou l'anxiété entrainant aussi des problèmes dans la relation mère-enfant… A la vue de ces résultats, nous pouvons conclure que notre première hypothèse est vérifiée.

3-2-2-Les stratégies d'adaptation adoptées par les mères face aux contraintes postnatales peuvent atténuer les effets négatifs du stress postnatal

En ce qui concerne les diverses stratégies d'adaptation utiliser par les mères pour faire face au stress postnatal, les résultats de l'étude corroborent ceux de plusieurs études réalisées antérieurement sur le sujet. Il faut noter que les mères ont eu signalé quelques stratégies d'adaptation.

En effet, selon les stratégies d'adaptation adoptées par les mères de notre étude, il a été révélé des thèmes récurrents centrés sur le soutien, la gestion du stress, la demande d'aide.

Nos résultats mettent en lumière le rôle crucial du soutien social dans le processus d'adaptation des mères confrontées au stress postnatal. Les participantes qui ont pu compter sur un réseau solide de soutien familial, amical et professionnel ont pu démontrer une capacité à résister au stress et à retrouver un équilibre face aux stress postnatals. Une autre stratégie indiquée par les participantes, est la mise en place de gestion du stress, cela inclut des pratiques telles que la relaxation, la méditation et quelques acticités sportives qui ont été aussi une capacité à faire face aux défis postnatals. De plus la demande d'aide, un acte résilience. Les participantes qui ont eu la capacité de reconnaitre leurs besoins et de solliciter de l'aide ont également témoigné d'une adaptation efficace. Cela englobe la recherche de conseils professionnels, la

communication ouverte avec les proches. La disposition à demander de l'aide émerge ainsi comme une stratégie proactive dans le processus d'adaptation

En particulier, le soutien émerge comme une stratégie particulièrement efficace avec une moyenne de 4,8 sur 5 et la demande d'aide suit avec une moyenne de 4,5 sur 5. Cette évaluation suggère que la majorité des mères perçoivent le soutien comme étant extrêmement bénéfique dans leur stratégie d'adaptation face aux sources de stress postnatal, sans oublier la demande d'aide surtout pour celle qui sont éloigné de leur famille.

Certaines études, comme celle de Glazier et al. (2004), le soutien social (partenaire, famille, amis) atténue significativement l'effet du stress sur la détresse et les symptômes anxio-dépressifs des mères. Dans le post-partum précoce, les femmes utilisent majoritairement des stratégies de recherche de soutien social. Dans cette période, les femmes déplorent de devoir mobiliser leurs propres ressources (Chantal Razurel, Huguette Desmet, Catherine Sellenet, 2011). Le soutien par rétroaction est, selon l'étude de Leahy Warren (2005), corrélé modérément à la confiance en ses capacités à prendre soin de son enfant. Dans tous les cas, le soutien social recherché par les parents est un soutien « sans jugement » et « sans critique » ; il doit être « encourageant », « chaleureux » et « empathique » (Evans et al, 2012 ; Hess et al, 2010; Letourneau et al, 2012).

Plusieurs études rapportent que le réseau de soutien social des nouveaux parents est trop souvent limité, voire même absent, dans certains cas (Börjesson et al, 2004; Darvill et al, 2010; de Montigny, Lacharité, & Amyot, 2006; Hanley & Long, 2006; Hogg & Worth, 2009; MacPherson et al, 2010; Phillips & Pitt, 2011). Pour expliquer cette situation, l'étude de Hanley et Long invoque les transformations des structures familiales et professionnelles alors que Darvill et al, Hogg et Worth, ainsi que Phillips et Pitt mentionnent l'éloignement géographique de certains parents de leur famille immédiate. Darvill et al. Soulignent cependant que bien que l'accès à une aide de proximité apparaisse difficile lorsque les nouveaux parents demeurent loin de leur famille respective, certaines formes de soutien émotionnel demeurent tout de même possibles.

Enfin, cette évaluation fournit des informations précieuses sur l'efficacité des stratégies d'adaptations, orienterons nos efforts vers un renforcement continu du soutien social qui étant souvent associé à des résultats positifs de bien-être émotionnel, tout en intégrant des composantes de gestion du stress et de la facilitation de la demande d'aide.

Cependant, il est essentiel de reconnaitre que chaque mère peut expérimenter le stress postnatal de manière unique, cette observation renforce notre deuxième hypothèse selon laquelle des

stratégies d'adaptations peuvent jouer un rôle clé dans la réduction des effets négatifs du stress postnatal.

De la considération des résultats de nos recherches, nous pouvons dire que notre deuxième hypothèse est vérifiée.

3-3-LIMITES

En ce qui concerne les limites de notre étude, il est important de notifier que lorsqu'on aborde le sujet des conséquences du stress postnatal, on a affaire à un domaine assez vaste, qui renferme bon nombre d'aspect sur le « après accouchement » chez les mères. Nous n'avons malheureusement pas pu explorer tous ces aspects. Il faut notifier qu'initialement nos ambitions étaient plus grandes que celles décrites plus haut. Mais en raison du temps limité dont nous disposions pour réaliser les enquêtes et surtout des diverses difficultés liées à notre collecte, principalement l'approbation des mères vivants des moments précis de stress postnatal, et des conditions pour faire nos entretiens. Toutefois, les travaux de notre enquête ont pu prendre en compte un échantillon de 45 mères. De ce fait, il est aussi possible que les résultats obtenus ne correspondent pas exactement aux conséquences du stress agissant sur le bien-être psychologique surtout ici au Bénin puisque les conditions de vie et de santé différent selon les mères, selon le statut matrimonial, selon leur environnement familial, selon leur profession. Des études longitudinales pourraient aussi être effectuées dans le but d'approfondir la compréhension sur les conséquences de stress postnatal, les diverses sources de stress postnatal à court et long termes, en y mettant en place les facteurs pour faire face.

3-4-RECOMMANDATIONS

- ✓ **A l'endroit des mères**

-Suivre les consultations postnatales à la perfection

-Demander plus d'informations, et obtenir des réponses plus pointues sur les conséquences du stress postnatal. Pour ce faire, il faut aussi imaginer qu'il nous faudrait davantage de temps, pour obtenir une réelle confiance des mères interviewées.

- ✓ **A l'endroit de l'équipe soignante**

-Sensibiliser et former les professionnels de la santé pour détecter et traiter efficacement le stress postnatal

-Fournir des ressources éducatives sur la parentalité et le stress postnatal

-Intégrer des programmes éducatifs préventifs dans les soins prénatals pour préparer les femmes au stress postnatal

-Encourager la promotion du bien-être global, y compris une alimentation, les exercices physiques adaptés et le repos.

- ✓ **A l'endroit du ministère de la santé**

-Améliorer l'accès aux services de santé mentale spécialisés, pour les mères en difficulté

-Promouvoir des politiques de congé parental et des conditions de travail flexibles pour réduire la pression et avoir davantage de temps pour son bébé.

CONCLUSION

En somme, l'étude des conséquences du stress postnatal, nous a permis de comprendre les expériences maternelles, cherchant à comprendre les liens entre les contraintes postnatales, les stratégies d'adaptation et le bien-être psychologique des mères.

Les résultats de notre analyse approfondie révèlent une corrélation indéniable entre les contraintes postnatales et le bien-être psychologique des mères. La prévalence du manque de sommeil, touchant près de la moitié des participantes, met en évidence une préoccupation significative. Ce constat est renforcé par la réalité des nouvelles responsabilités parentales, avec plus de la moitié des mères faisant état de défis liés à la gestion des routines et aux préoccupations pour la santé de leur enfant.

La juxtaposition de ces données souligne la complexité de la transition vers la parentalité, avec le stress postnatal émergeant comme un élément central. Il devient apparent que le manque de sommeil, associé à une fatigue persistante, ainsi que les nouvelles responsabilités parentales, contribuent de manière significative à l'expérience du stress postnatal. Ces constatations mettent en évidence l'interconnexion de ces facteurs, créant un impact cumulatif sur le bienêtre psychologique des mères.

Face à ces résultats, des perspectives d'intervention ciblées se dessinent. En concentrant nos efforts sur la gestion du sommeil et le soutien aux nouvelles responsabilités parentales, nous pouvons envisager des stratégies efficaces pour atténuer ces défis spécifiques. Cette approche holistique s'avère essentielle pour adresser les multiples sources de stress auxquelles les mères sont confrontées pendant la période postnatale.

En définitive, ces constatations appellent à une prise de conscience collective et à des actions concertées. Les professionnels de la santé, les familles et la société dans son ensemble ont un rôle crucial à jouer pour créer un environnement de soutien adapté aux besoins des mères, favorisant ainsi leur bien-être psychologique dans cette transition majeure vers la parentalité.

En reconnaissant et en agissant sur ces défis, nous contribuons à façonner un futur où les mères peuvent naviguer cette période critique avec un soutien approprié et une santé mentale renforcée.

En reconnaissant et en intervenant précocement sur ces éléments, il devient possible de créer un environnement de soutien plus efficace pour les mères, contribuant ainsi à promouvoir une transition vers la maternité empreinte de bien-être psychologique.

Enfin, il faut souligner que l'examen des stratégies d'adaptation utilisées par les mères, a mis en évidence un éventail impressionnant face aux défis du stress postnatal. Des demandes de

l'aide de soutien social surtout à l'expression émotionnelle et à la recherche d'aide professionnelle, les mères démontrent une résilience remarquable face aux défis du stress postnatal.

En conclusion, cette étude a mis en évidence l'importance de la détection et des conséquences du stress postnatal des mères et leur bien-être psychologique. Des recherches supplémentaires dans ce domaine nécessitent une compréhension des défis auxquels sont confrontées les mères sur le plan psychologique et pour développer des programmes de soutien postnatal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- *Accueil—Archive ouverte HAL*. (s. d.). Consulté 20 décembre 2023, à l'adresse https://hal.science/
- Aidouni, K. (s. d.). *La consultation postnatale : Un créneau à prendre*.
- Börjesson, B., Paperin, C., & Lindell, M. (2004). Maternal support during the first year of infancy. *Journal of Advanced Nursing*, *45*(6), 588‑594. https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02950.x
- Caroline Martin. (2017). *Contribution d'un programme de soutien postnatal à domicile en matière de santé maternelle : le point de vue des mères utilisatrices – These de doctorat, université Laval, Québec, Canada*. En ligne https://library-archives.canada.ca/eng/services/services-libraries/theses/Pages/item.aspx?idNumber=1273288722
- Currie, S. (2013). *Soins postnatals de la mère et du nouveau-né*.
- Faisal-Cury, A., Tedesco, J. J. A., Kahhale, S., Menezes, P. R., & Zugaib, M. (2004). Postpartum depression: In relation to life events and patterns of coping. *Archives of Women's Mental Health*, *7*(2), 123‑131. https://doi.org/10.1007/s00737-003-0038-0
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et soutien social en période postnatale : Une revue de la littérature. *Santé Publique*, *27*(1), 27‑37. https://doi.org/10.3917/spub.151.0027
- Hinsinger, É. (s. d.). *Évaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille*.
- Juillard, S. (s. d.). *Identification des besoins des sages-femmes en vue d'améliorer la pratique de l'éducation postnatale : Étude menée dans les Bouches-du-Rhône*.
- louis.maurin. (2014, janvier 30). La pauvreté dans les arrondissements de Paris, Lyon et Marseille. *Centre d'observation de la société*. https://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-pauvrete-dans-les-arrondissements-de-paris-lyon-et-marseille/
- Masson, E. (s. d.). *Fréquentation des urgences pédiatriques par les nouveau-nés*. EM-Consulte. Consulté 22 décembre 2023, à l'adresse https://www.em-consulte.com/article/746319/frequentation-des-urgences-pediatriques-par-les-no
- Hamelin-Brabant, L., de Montigny, F., Roch, G., Deshaies, M.-H., Mbourou-Azizah, G., Borgès Da Silva, R., Comeau, Y., & Fournier, C. (2015). Vulnérabilité périnatale et

soutien social en période postnatale : Une revue de la littérature. *Santé Publique*, *27*(1), 27‑37. https://doi.org/10.3917/spub.151.0027

- Hinsinger, É. (s. d.). *Évaluation du stress postnatal à la consultation postnatale chez les mères ayant accouché au Gynépôle de Marseille*.
- Juillard, S. (s. d.). *Identification des besoins des sages-femmes en vue d'améliorer la pratique de l'éducation postnatale : Étude menée dans les Bouches-du-Rhône*.
- louis.maurin. (2014, janvier 30). La pauvreté dans les arrondissements de Paris, Lyon et Marseille. *Centre d'observation de la société*. https://www.observationsociete.fr/revenus/pauvrete/la-pauvrete-dans-les-arrondissements-de-paris-lyon-et-marseille/
- OMS. (1999). Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique, consulté 12.09.2023 à l'adresse http://apps.who.int/bistream/10665/66396/1/WHO RHT MSM 98.3 fre.pdf
- Razurel, C., Desmet, H., & Sellenet, C. (2011). Stress, soutien social et stratégies de coping : Quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? *Recherche en soins infirmiers*, *106*(3), 47‑58. https://doi.org/10.3917/rsi.106.0047
- Riquet, S., Hinsinger, E., Bernard, E., & Zakarian, C. (2019). Évaluation du stress en post-partum des mères lors de la consultation postnatale. *Périnatalité*, *11*(3), 126‑134. *https*://doi.org/10.3166/rmp-2019-0058
- Larousse. (2015). Paris : éditions Claude nimmo
- *SE REVELER ET SE CONSTRUIRE COMME MERE (Razurel Chantal)*. (s. d.). Revue Medicale Suisse. Consulté 28 décembre 2023, à l'adresse https://www.revmed.ch/livres/se-reveler-et-se-construire-comme-mere
- Sortie de maternité après accouchement : Conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés. (2014). *La Revue Sage-Femme*, *13*(2), 84‑98. https://doi.org/10.1016/j.sagf.2014.03.001
- Tari, C., & Riquet, S. (2016). L'entretien post natal précoce, un nouveau temps pour ajuster le diagnostic éducatif en éducation périnatale. *Education Thérapeutique du Patient - Therapeutic Patient Education*, *8*(2), Article 2. https://doi.org/10.1051/tpe/2016012

ANNEXE

ANNEXE 1 : QUETIONNAIRES ADRESSE AUX MERES

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage pour l'obtention de diplôme de licence en Psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé « **Conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères au sein du Centre de santé de Jean de Cotonou ».** Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

I-CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE

Quel âge avez-vous ? : ……

Combien d'enfant avez-vous ? : ……

Situation Matrimoniale :

-Marié(e)□

-Célibataire□

-Divorcé(e)□

Profession : ……

Niveau de stress :

-stress léger □

-stress modéré □

-stress sévère □

Moment ou Période de stress :

-Juste après l'accouchement □

-Deux à trois semaine □

-Quatre à six semaine □

II-IDENTIFICATION DES PRINCIPALES SOURCES DE STRESS POSTNATAL

Cochez juste les principales sources de stress postnatal que vous avez rencontrées parmi les options suivantes :

N°	Contraintes Postnatales	Choix
1	Fluctuations hormonales	
2	Changements corporels	
3	Fatigue physique	
4	Difficultés à dormir	
5	Besoins fréquents de soins du nouveau-né pendant la nuit	
6	Sommeil interrompu	
7	Gestion des routines et des horaires	
8	Préoccupation liées à la santé de l'enfant	
9	Pressions liées aux attentes de la parentalité	
10	Préoccupations financière liées à l'arrivée du bébé	
11	Interruption de carrière	
12	Pressions liées à l'équilibre travail-vie	
13	Discrimination au travail en raison de la maternité	
14	Difficultés de communication	
15	Changement dans la dynamique émotionnelle	

III- EXAMINATION DE L'EFFICACITE DES STRATEGIES D'ADAPTATION

Veuillez évaluer l'efficacité des stratégies d'adaptation que vous avez utilisées pour faire face au stress postnatal.

Pour chaque stratégie spécifique, utiliser l'échelle de Likert :

1-Pas du tout efficace

2- Peu efficace

3- Neutre

4- Efficace

5- Très efficace

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN

La présente opération de collecte de données est réalisée dans le cadre de nos travaux de recherche en vue de la rédaction de notre rapport de stage pour l'obtention de diplôme de licence en Psychologie à l'Université d'Abomey-Calavi. Ce questionnaire est élaboré dans le but de recueillir des informations utiles sur le sujet intitulé « Conséquences du stress postnatal sur le bien-être psychologique des mères au sein du Centre de santé de Jean de Cotonou ». Nous vous garantissons l'entière confidentialité et vous remercions d'avance pour votre contribution et la sincérité de vos réponses.

- Axe1 : Compréhension des principales sources de stress postnatal chez les mères.
- Axe2 : Compréhension sur les expériences émotionnelles du stress postnatal.
- Axe3 : Stratégies d'adaptation utilisées par les mères et son examen.

Merci de votre participation !!!

TABLE DE MATIÈRES

SOMMAIRE 1
DEDICACES 2
REMERCIEMENTS 3
LISTE DES TABLEAUX 4
LISTE DES SIGLES, ABREVIATIONS ET ACCRONYMES 5
RESUME 6
ABSTRACT 6
INTRODUCTION 7
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DE STAGE 9
1-1- DESCRIPTION DU LIEU DE STAGE 9
1- 1-1- Historique du centre 9
1-1-2- PRESENTATION PHYSIQUE DES LOCAUX 9
1-1-3- MISSIONS DU CENTRE 10
1-2-DEROULEMENT DU STAGE 11
1-2-1-Services où nous sommes intervenues (activités menées) 11
1-2-2-Acquis du Stage 13
1-2-3- Difficultés rencontrées 13
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIE DE RECHERCHE 14
2-1-CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE 14
2-1-1-Clarification Conceptuelle 14
2-1-2-Revue de littérature 16
2-1-3-Problématique 19
2-2-APPROCHE METHODOLOGIQUE 22
2-2-1- Objectifs de la recherche 22
2-2-2- Hypothèses de la recherche 22
2-2-3- Méthode 22
2-2-3-1-Participants 22
2-2-3-2-Technique d'échantillonnage 23
2-2-4-Matériel 23
2-2-4-1-Entretien 23
2-2-4-2-Observation 23
2-2-4-3-Questionnaire 24
2-2-4-Difficultés rencontrées lors de la recherche 24
2-2-5-Technique de traitement et d'analyse des données 24

CHAPITRE III : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 26
3-1- PRESENTATION DES RESULTATS 26
3-1-1- Répartition des mères suivant la situation matrimoniale 26
3-1-2- Répartition des enquêtées suivant la moyenne des âges 26
3-1-3- Répartition des enquêtés suivant le nombre d'enfants 27
3-1-4- Répartition des enquêtés suivant la profession 27
3-1-5- Répartition des enquêtées suivant le moment ou la période de stress 28
Tableau V: Répartition des enquêtés suivant le moment ou la période de stress 28
3-1-6- Répartition des enquêtées suivant le niveau de stress 28
3-1-7- Répartition des enquêtés suivant le manque de sommeil 29
3-1-8- Répartition des enquêtés suivant les nouvelles responsabilités parentales 30
3-1-9-Comparaison entre les sources de Stress Postnatal 31
3-1-10-Répartition des enquêtés suivant les stratégies d'adaptation 32
3-1-11- L'efficacité des stratégies d'adaptations des enquêtés sur une échelle de 1 à 5 32
3-2- DISCUSSION 33
3-3-LIMITES 36
3-4-RECOMMANDATIONS 36
CONCLUSION 38
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES 40
ANNEXE 42
ANNEXE 1 : QUETIONNAIRES ADRESSE AUX MERES 42
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN 44
TABLE DE MATIÈRES 45