UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

Rapport de fin de stage en psychologie

SUJET

Influence du stress maternel prénatal sur le déroulement de la grossesse : cas des femmes reçues à la Clinique Humanitaire "Vie Abondante"

RÉALISÉ PAR :

EDAH Martine

MAÎTRE DE STAGE :

DR. FRANCIS ADJIDOMIN

Médecin coordonnateur

SOUS LA DIRECTION DE :

DR. MODESTE OGNIN

Enseignant-Chercheur

Année Académique : 2022-2023

Sommaire

IN MEMORIAM 3

DEDICACE 4

REMERCIEMENTS 5

RESUME 6

ABSTRACT ..... **Erreur ! Signet non défini.**

INTRODUCTION 7

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULREMENT DU STAGE . 10

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHES METHODOLOGIE ADOPTEE 14

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 26

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 32

CONCLUSION 36

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 38

ANNEXES 41

TABLE DES MATIERES 46

In memoriam

A

ma feue mère KLIGO Adjouavi.

Dédicace

A :

- **mon père Pierre EDAH ;**
- **mon époux landry R. B. OTTI.**
- **ma fille Chloé E. K. OTTI**

Remerciements

Nos profondes gratitudes à :

- Dr Modeste OGNIN, Enseigneur-Chercheur et Chef Adjoint du département de psychologie, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et sa rigueur dans la conduite du présent travail ;
- Monsieur Dr ADJIDOMIN Francis, notre maître de stage pour nous avoir permis de partager avec lui, ses connaissances ;
- tous les enseignants du Département de Psychologie et son corps professoral pour les enseignements à nous donnés ;
- tous les membres du jury, pour leur disponibilité à examiner le présent travail ;
- mes parents, mes amis et mes beaux-parents pour leur écoute, leur réconfort, leur encouragement tout le long de ce travail mais aussi pendant toutes mes études.
- toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à réaliser ce travail par leurs divers apports. Merci infiniment !

Résumé

Le présent rapport de fin de stage porte sur l'influence du stress maternel prénatal sur le développement de l'enfant à naître chez les femmes reçues à la Clinique Humanitaire "Vie Abondante". Il fournit d'une part, des informations sur le stress maternel pendant la grossesse. D'autre part, il aborde les causes des problèmes de développement chez les enfants à naître. De nature qualitative, il s'appuie sur une collecte de données réalisée avec l'entretien et l'observation auprès de 56 sujets sélectionnés grâce aux techniques du choix systématique et du choix aléatoire simple.

De l'analyse des résultats, il est à retenir que les préoccupations liées à la venue d'un enfant expliquent la présence du stress chez les parturientes reçues à la clinique humanitaire vie abondante d'Agla. L'analyse souligne également que le développement psychosocial de l'enfant dépend du degré de stress vécu par la mère pendant la grossesse.

Mots-clés : influence ; stress maternel prénatal ; développement psychosocial ; enfant ; femme.

Abstract

This end-of-internship report focuses on the influence of prenatal maternal stress on the psychosocial development of the child in women received at the 'Vie Abondante' Humanitarian clinic. On the one hand, it provides information on maternal stress during pregnancy. On the other hand, it addresses the causes of developmental problems in unborn children. Qualitative in nature, it is based on data collection carried out with interviews and observation of 56 subjects selected using systematic choice and simple random choice techniques. From the analysis of the results, it should be noted that concerns related to the arrival of a child explain the presence of stress in the parturients seen at the agla Life Abundant Humanitarian Clinic. The analysis also highlights that the psychosocial development of the child depends on the degree of stress experienced by the mother during pregnancy.

Keyword: Influence; prenatal maternal stress; psychosocial development; child; women.

Introduction

La plupart des documents scientifiques persuadent qu'un événement stressant subi pendant la grossesse peut avoir des répercussions néfastes sur le développement cognitif et linguistique de l'enfant, et cela, indépendamment des variables attribuables à la mère (Molénat et Roegiers, 2011). De plus, les constats empiriques soutiennent l'idée d'une influence négative du stress de la future mère sur le bon déroulement de la grossesse et sur le développement de l'enfant. L'intérêt du monde scientifique pour ce domaine, toutefois, n'est que relativement récent (Fride et Weinstock, 1989). Ainsi, seulement depuis une quarantaine d'années, les effets du stress sur la grossesse et le développement de l'enfant sont étudiés de manière systématique, alors que de nombreuses recherches se sont intéressées aux conséquences du stress prénatal sur l'issue obstétricale et néonatale de la grossesse (Newton et *al*., 1979) avec un intérêt plus récent porté sur les conséquences à plus long terme sur le développement ultérieur de l'enfant.

Plan périnatal (2005-2007) établi que les caractéristiques de l'environnement précoce y compris l'environnement "*in utéro*", telles que la prise de toxiques, l'exposition à des médicaments ou les caractéristiques de l'alimentation, peuvent représenter des facteurs de risques pour l'incidence de pathologies physiques ou mentales ultérieures. Parmi ces facteurs, l'exposition fœtale au stress maternel prénatal est communément associée, dans l'imaginaire collectif, à des conséquences négatives sur l'enfant comme le souligne (Jaeger et zwec, 2005). Pour Missonnier (2013), la littérature scientifique sur ce sujet a connu un essor important depuis une vingtaine d'année, et est maintenant abondante. Les recherches se sont d'abord concentrées sur les conséquences néonatales et obstétricales pour le nouveau-né, puis plus récemment sur le développement émotionnel, comportemental et cognitif du nourrisson exposé au stress maternel anténatal. Pour Garon-Carrier (2014), les connaissances dans ce domaine restent partielles. Bien que des études expérimentales animales tendent à confirmer cette assertion, elles restent difficilement extrapolables aux humains.

Szwec (2005) estime que dans la société d'aujourd'hui, le stress détient une place prédominante dans la vie de tous (homme comme femme). Pour Graignic-Philippe et

al. (2005), bien que ce stress soit un élément essentiellement chez l'être humain et que certains peuvent en tirer profits (Folkman et Moskowitz, 2000; Lemos et Alvarez, 2020 ; Tedeschi et Calhoun, 2004), ce sont les effets néfastes de ce phénomène qui nous préoccupent davantage. Pour certains, les effets néfastes du stress peuvent commencer à les affecter même avant leur naissance en raison du stress vécu par la mère enceinte. En effet, plusieurs études démontrent que le stress prénatal maternel (SPM) prédit des problèmes de comportements chez les enfants. Toutefois, certains enfants font preuve d'une capacité à surmonter le stress ou l'adversité, capacité que l'on connaît sous le nom de la résilience. Plus particulièrement, la résilience est l'adaptation positive, ou la capacité de maintenir ou de regagner la santé mentale, malgré l'expérience d'adversité (Herrman et *al*., 2011). Cette caractéristique est en partie héréditaire, mais l'environnement y joue également un rôle primordial.

Huizink (2004) en arrive à la conclusion que l'importance du développement au cours de la période fœtale est bien connue, étant donné le lien entre la croissance du bébé dans l'utérus et la vulnérabilité ultérieure à des troubles physiques comme les maladies cardiovasculaires et d'autres maladies du syndrome métabolique. Pour Brouwers et *al*. (2001), il est clair que, lors de la période fœtale, l'environnement a aussi des effets sur le développement affectif, comportemental et cognitif de l'enfant à naître. Le stress, tout en étant un sujet d'actualité, reste une question qui est encore discutée aujourd'hui selon les auteurs, car il n'existe aucun consensus quant à sa définition, ses facteurs de modération et les outils permettant de mesurer ses effets (Laplante, 2004). Abordant les sources de ce phénomène, Davis (2010) souligne qu'il existe différentes sources de stress possible. Tout d'abord nous trouvons les phénomènes d'angoisse, d'excitation, de dépression, de mal-être, de souffrance physique, des troubles fonctionnels ou des maladies organiques. Il y a aussi le stress lors de catastrophes naturelles ou pour des tracas de la vie quotidienne tels que le travail ou la vie familiale.

A la clinique vie abondante, les femmes enceintes peuvent être soumises à des éléments stressant de la vie quotidienne. Leur état de grossesse peut être aussi perçu comme un facteur de stress par les changements familiaux et sociaux qu'elles entrainent et lorsque la grossesse s'avère pathologique. L'association stress et grossesse mérite donc une

attention particulière et l’on peut s’interroger sur ses éventuelles conséquences du développement fœtal et l’influence sur le développement à court et à long terme de l’enfant. C’est donc autour de cette thématique que toutes nos observations se sont déroulées au cours de notre stage. Le rapport qui en est fait, s'articule autour de quatre chapitres. Le premier aborde le cadre institutionnel du stage, les observations effectuées au cours de celui-ci ainsi que les activités effectuées et les acquis du stage. Le second s'intéresse au cadre théorique de la recherche et à la démarche méthodologique adoptée. Le troisième chapitre expose et analyse les résultats obtenus de la recherche tandis que le quatrième chapitre procède à la discussion de ceux-ci.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULREMENT DU STAGE

La Clinique Humanitaire "vie Abondante", cadre institutionnel de notre stage est une institution sanitaire installée à Cotonou précisément à Agla. Il est procédé dans ce chapitre à sa présentation à travers sa mission, ses objectifs ainsi que sa structure organisationnelle. Il y est aussi fait l'état des lieux des observations du stage ainsi que les activités menées et les acquis y afférents.

1-1. PRESENTATION DE CLINIQUE ''VIE ABONDANTE''

Nous présentons ici la clinique à travers sa situation géographique, son organisation et son fonctionnement.

1.1.1. Situation géographique

La clinique humanitaire "vie abondante" est située dans le département du littoral (commune de Cotonou) ; à quelques kilomètres de la pharmacie Salem d'Agla Hlazounto. Construire en R+3, elle est présentée comme suit :

-le bloc administratif qui est au troisième étage où il y a le directeur, la comptabilité, le secrétariat…

-le service de la néonatalogie et celui des analyses biomédicales en deuxième étage

-au premier étage, nous disposons d'une maternité gynécologie, d'un bloc opératoire et d'une unité d'échographie

-au ré de chaussé, nous avons l'accueil, le service des urgences médico chirurgicales, la pharmacie et une caisse pour prestations. Le centre est alimenté par une source énergétique SBEE et dispose d'un groupe électrogène pour relais en cas de coupure d'électricité. Il y a aussi une source d'eau potable.

1.1.2. Missions

La clinique a pour mission d'assurer avec rapidité, fiabilité, des soins de santé primaires aux populations environnantes. La mission principale de cette clinique, est de mettre à la disposition de ses usagers des soins de spécialité pour une réduction de la morbidité et de mortalité dans la zone. De même, cette institution participe au développement de la communauté sous le volet de la santé et du bien-être.

1.1.3. Activités

Cette clinique est à vocation médico-sociale. Sous l'autorisation du ministre de la santé, elle participe à la cession des médicaments essentiels ; aux activités de la médecine préventive et promotionnelle ; au développement des activités socio-sanitaires dans la zone suivant la stratégie des soins de santé primaire.

1.1.4. Structure organisationnelle

La clinique "vie abondante" a en son sein plusieurs services.

- Le Service "accueil et dispensaire"

Ce service d'accueil est le premier lieu où se rendent les malades, ce service se charge d'orienter ces malades vers les unités de nécessité selon la gravité du mal. Le dispensaire ; quant à lui, est un service de consultations médicales et des soins. C'est le service qui reçoit plus de monde dans la clinique. Il dispose d'un médecin de garde assisté par des infirmiers, une chargée d'accueil et un ou deux aide-soignant par équipe. Notons que les infirmiers de garde suivent scrupuleusement les prescriptions du médecin. Ils accueillent dans la salle de soin des malades de tout âge et de toute condition sociale, s'occupent de leurs installations en cas d'hospitalisation, des injections, de pose de perfusions, de veiller sur ceux qui sont hospitalisés.

- Le laboratoire

Le service de laboratoire est le lieu où se font les différentes analyses biomédicales recommandé par le médecin. Il fonctionne 24h/24h et dispose d'un technicien et des chargées d'appuis permanentent pour les aider dans leurs taches. Ici l'interaction soignant-patient se résume en ce que le technicien se contente juste de faire le prélèvement du sang, de prendre chez le malade l'urine, les excréments, etc… sur lesquels il travail et de remettre les résultats. Dans la plupart des cas, le soignant apaise les patients sages par un soutien moral mais quand il s'agit d'un patient difficile il est verbalisé afin de réussir le prélèvement. Pour ce qui concerne les patients faibles en hospitalisation, le soignant se déplace pour leur faire le prélèvement.

- La maternité et la gynécologie

Par définition c'est un établissement hospitalier ou s'effectuent la consultation prénatale, les accouchements, l'échographie et la planification familiale. Parlant de ressource humaine, elle dispose de trois sages-femmes qui fonctionnent de façon rotatoire. De plus, elle bénéficie des services de gynécologie. La gynécologie s'occupe des femmes enceintes, de l'échographie et des consultations gynécologiques.

1-2 Déroulement du stage

Il s'agit de faire le point du déroulement du stage et de mettre un accent particulier sur les acquis en ces moments de partage professionnel. Nous avions effectué notre stage à la clinique humanitaire ''Vie Abondante'' du 12 septembre au 13 octobre 2022. Ce stage a pour objectif général de nous permettre d'observer une pratique professionnelle en rapport avec les relations humaines et notre intégration à la vie institutionnelle. Nous poursuivons de manière spécifique, les objectifs suivants :

- relier nos connaissances théoriques à une expérience pratique ;
- apprendre à construire une réflexion critique autour d'un thème en harmonie avec le terrain d'accueil ;
- maîtriser le domaine d'activité de la clinique Vie Abondante.

Au cours de notre stage, nous avons eu à mener différentes activités sous l'autorité du Directeur. Il s'agit de :

- la visite de tous les services de la clinique ;
- la sensibilisation des femmes enceintes sur les facteurs de risques et la prévention du stress maternel prénatal sur le développement psychosocial de l'enfant. Nous recevons chaque jour, en tête à tête, des femmes enceintes avec qui nous échangeons sur le phénomène du stress ;
- l'évaluation du degré de stress chez les femmes enceintes.

Nous avons soumis les femmes enceintes à une auto-évaluation de leur état stressant avant et après l'accouchement et l'état psychosocial de leurs enfants.

- La participation aux échographies tous les mardis et vendredis à partir de 09 heures.

La participation à l'élaboration du Plan de Travail Annuel (PTA) exercice 2020

1-2-1. Acquis du stage

A l'issu de ce stage pratique, nous avons pu mettre en application quelques connaissances théoriques acquises (observation, entretiens, etc.) lors de notre formation académique. Il nous a été très bénéfique et nous a permis d'apprendre le sens de la responsabilité, du travail bien fait et de comprendre que la pratique diffère de la théorie. De même, nous avons compris les causes du stress maternel prénatal et comment sa influence le développement psychosocial de l'enfant.

1-2-2. Difficultés rencontrées sur le lieu de stage

Tout au long de notre stage, nous n'avons pas été confrontés à des difficultés majeures. Néanmoins nous avons recensé quelques-unes à savoir : absence d'un Psychologue à la clinique pour nous orienter et nous conseiller.

1.2.3. Synthèse des atouts et problèmes de la clinique

Au cours de ces un mois de stage nous avons beaucoup appris. Ce stage nous a permis d'acquérir d'autres compétences dans le domaine de la psychologie clinique à savoir : rencontres les patients et créer le contacte, réussir à créer une relation de confiance avec le patient en l'écoutant avec intérêt et attention, afin qu'il puisse se confier complètement, cela nous permet de choisir la méthode adéquate pour l'aider. Le stage nous a aussi permis de cerner ce qu'un psychologue doit faire ou ne doit pas faire au cours d'un entretien psychologique. Nous pouvons identifier le type de personnalité de chaque patient rencontré. Nous avons aussi développé notre sens d'observation et d'écoute attentive. Néanmoins les efforts restent à fournir pour doter ce service d'un cadre adéquat. Aussi l'indisponibilité de certains patients pour les séances d'entretien ne permet pas un bon suivi. Et notre niveau en connaissance psychologique ne nous permet pas de prendre certains cas complexes.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHES METHODOLOGIE ADOPTEE

Le cadre théorique sert principalement à présenter un cadre d'analyse et à généraliser des relations théoriques déjà prouvées dans d'autres contextes pour tenter de les appliquer au problème (A. Laramée et B. Vallée, 1991). Cette partie du document est donc 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 théorique de la recherche

2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs

2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche

Le stress est un phénomène difficile à appréhender. Telle ou telle femme estimera que quelque chose est stressant ou non en fonction de toute une série de facteurs, y compris les traits de sa personnalité, son niveau général d'anxiété et sa façon de voir la vie. Une femme qui dit ressentir beaucoup de stress pendant sa grossesse peut ne pas vivre de situations plus stressantes que d'autres femmes, mais simplement être une personne qui réagit plus négativement ou avec plus de véhémence que d'autres aux tracas de la vie quotidienne (Mennes et *al.*, 2009). Les femmes qui se disent stressées, angoissées ou déprimées pendant la grossesse signalent également qu'elles continuent de se sentir ainsi au moins pendant les deux premières années de vie de leur enfant (Niederhofer et Reiter (2004). Il est donc difficile de différencier le stress des autres caractéristiques psychologiques ou traits de la personnalité.

Par ailleurs, Mennes et *al*. (2009) soulignent que le stress et les émotions de la mère provoquent une cascade de réactions hormonales, modifient le débit sanguin dans l'utérus et causent d'autres changements qui influent directement sur le milieu intra-utérin. En fait, étant donné la relation physiologique complexe entre la mère et le fœtus, il serait plutôt surprenant que l'environnement utérin ne contribue pas à façonner le développement fœtal.

Brunton et Russell (2008) estiment que la naissance d'un enfant représente un défi majeur dans la vie d'un couple. Plus que jamais, accueillir un bébé nécessite une grande capacité d'adaptation des parents. A une époque où concilier vie professionnelle et vie familiale est un impératif à l'épanouissement personnel, les bouleversements occasionnés par l'arrivée d'un enfant suscitent des inquiétudes croissantes au sein des couples comme on peut le constater avec (Da Costa, 2000). En outre, dans une société qui voue un véritable culte au bonheur, la naissance est un événement que l'on voudrait toujours plus heureux. Pour le couple et d'autant plus pour la future mère, la pression est importante. Celui que l'on nomme le mal des temps modernes n'épargne pas les futurs parents. Quand le stress de la vie moderne s'entremêle au stress de devenir parent, d'aucun s'en inquiète (Brunton et Russell, 2008).

Mennes et *al*. (2009) révèlent que dès la manifestation du désir d'enfant, le couple se projette dans son futur rôle de parent en imaginant à quoi ressemblera sa vie avec un enfant de plus. La découverte de la grossesse marque ensuite le début d'une préparation plus concrète à la fonction parentale. En témoignent les nombreuses questions qui se posent les futurs parents au cours de la grossesse : « Serons-nous à la hauteur ? » « Comment se passera l'accouchement ? » « Que devons-nous acheter ? ». Signe que le couple commence à se préparer activement à l'arrivée d'un enfant (Brunton et Russell, 2008). Ces questionnements sont courants et généralement bénéfiques et peuvent provoquer de nombreux stress chez la femme enceinte. Niederhofer et Reiter (2004) ont avancé l'idée que le stress pendant la grossesse a sur le développement l'effet d'un agent tératogène (substance capable d'influer négativement sur le développement biologique de l'enfant), au même titre qu'un médicament, une drogue ou de l'alcool. En contribuant souvent à propager cette croyance, les constats de terrain peuvent avoir l'effet pervers d'aggraver le stress vécu par des femmes enceintes qui ont du mal à faire face aux circonstances difficiles de la vie. Le but du présent rapport consiste à rendre compte des données qui appuient ou invalident l'hypothèse selon laquelle le stress maternel pendant la grossesse cause des problèmes de développement chez l'enfant à naître. Au cours de ces constats susmentionnés, on se demande ceux à quoi sont prédisposés les enfants dont les mères ont été stressées pendant la période gravidique. Pour répondre à cette

préoccupation, nous avons émis des hypothèses accompagnées respectivement des objectifs.

2.1.1.2. Hypothèses de la recherche

2.1.1.2.1. Hypothèse générale

Le stress maternel pendant la grossesse cause des problèmes de développement chez l'enfants à naître.

2.1.1.2.2. Hypothèses Spécifiques

- ✓ Les préoccupations liées à la venue d'un enfant expliquent la présence du stress chez les parturientes reçues à la clinique humanitaire vie abondante d'Agla ;
- ✓ Le développement de l'enfant dépend du degré de stress vécu par la mère pendant la grossesse.

2.1.1.3. Objectifs de la recherche

2.1.1.3.1. Objectif général

L'objectif général de cette recherche est d'analyser l'influence du stress maternel prénatal sur le développement des enfants à naître des mères reçues à la Clinique Humanitaire Vie Abondante d'Agla.

2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques

- ✓ Montrer que les préoccupations liées à la venue d'un enfant expliquent la présence du stress chez les parturientes reçues à la clinique humanitaire vie abondante d'Agla ;
- ✓ Faire le lien entre le développement de l'enfant et le degré de stress vécu par la mère pendant la grossesse.

2.1.1.4. Intérêts de la recherche

L'intérêt de ce travail réside dans le fait que la vie de la femme enceinte nous a toujours intéressé, parce qu'il s'agit d'un moment particulier, d'une période assez délicate pour

la femme et pour le couple. La grossesse constitue une période sensible dans la vie d'une femme, une traversée marquée par un intense vécu corporel et psychique. Moment de fragilité et de maturation, la grossesse implique toujours d'importants réaménagements psychiques. Le temps de la grossesse prépare la femme à des changements qui affecteront tous les domaines de sa vie, allant de l'image de soi et de son corps à sa relation de couple et à sa vie sociale, professionnelle et familiale. Cette période sera plus ou moins bien vécue selon les ressources physiques et psychiques de la femme et selon les caractéristiques du contexte familial et social dans lequel intervient la grossesse. C'est donc pour favoriser une grossesse épanouie tant pour la femme enceinte que pour le bébé à naître que cette recherche a été initiée.

Une autre raison du choix de cette thématique réside dans le cadre de la validation de notre formation en Licence de psychologie, effectuée au Département de Psychologie (DP) de l'université d'Abomey-Calavi, nous avons choisi de réaliser un travail sur ce sujet qui concerne autant les femmes que les hommes. Il s'agit d'un sujet dont l'approche affective est présente, puisque après avoir été femme enceinte et susceptible de le devenir à nouveau, l'expérience de notre angoisse, de notre ressenti, nous guiderons pour considérer les vécus de cette période de la vie féminine. Il nous paraît utile et important d'investiguer les multiples facteurs qui conditionnent la réussite de cette étape. Nous comptons à cet effet, orienter cette recherche sur l'incidence de cet aspect. Ce travail entend contribuer à une révision des modalités de comportement des acteurs du couple, à travers les données objectives qu'elle tachera de rendre disponibles.

2.1.2. Revue de littérature

Les études qui établissent un rapport entre le stress maternel et l'apparition ultérieure de troubles psychopathologiques devraient également être considérées avec réserve, car elles ne permettent pas de déterminer le rôle du bagage génétique de chaque parent et du milieu dans lequel l'enfant est élevé. Pour Niederhofer et Reiter (2004), même si la relation entre le tabagisme de la mère pendant la grossesse et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité chez l'enfant est bien connue, elle est principalement attribuable à des caractéristiques héréditaires, c'est-à-dire que les femmes qui fument sont différentes de celles qui ne fument pas d'une manière qui se reflète dans la

prévalence accrue du symptôme chez les enfants des premières. Il pourrait en être de même pour l'exposition prénatale au stress.

Les données scientifiques étant insuffisantes et contradictoires, la principale implication, en ce qui concerne la gestion du stress pour les femmes enceintes et les prestataires de services, suggère de faire appel au bon sens pour déterminer quand il y a lieu d'agir pour atténuer le stress. Pour Niederhofer et Reiter (2004), l'idée selon laquelle « le stress étant mauvais, il nuira au bébé » est sans fondement. Pour cet auteur, il est inutile de s'inquiéter à propos du niveau de stress ou d'anxiété de la femme enceinte. Mennes et *al*. (2009) soulignent que les études sur les animaux et les humains montrent clairement qu'un niveau de stress modéré, c'est-à-dire pas trop intense, peut favoriser le développement. À terme, une compréhension complète révélera sans doute des relations complexes entre l'état psychologique de la mère pendant la grossesse et le développement psychosocial de l'enfant. Les questions de politique publique, auxquelles les implications de ce champ de recherche semblent les plus clairement applicables sont celles du travail des femmes enceintes et des congés de maternité (Niederhofer et Reiter (2004).

Il n'est pas rare que des femmes enceintes continuent à travailler jusqu'à l'accouchement; or, on n'a guère besoin de faire de la recherche sur le rôle du stress maternel prénatal dans le développement de l'enfant pour constater qu'une telle situation ne correspond pas nécessairement au scénario optimal auquel notre société peut aspirer. Da Costa (2000) estime que les femmes qui continuent à se soumettre aux exigences et au stress tout au long de leur grossesse peuvent se trouver dans un état de stress et de fatigue avancé à l'approche de l'accouchement, et ensuite durant les années de dépendance de l'enfant. Les implications du stress maternel postnatal sur l'environnement auquel est exposé le jeune enfant peuvent avoir des conséquences plus lourdes que les effets biologiques des expositions prénatales (Mennes et *al*., 2009). De plus, qu'une circonstance ou un événement soit qualifié de stressant dépend en dernier ressort de l'évaluation subjective qu'en fait chaque femme (Da Costa, 2000). Il est donc peu souhaitable qu'on formule une politique publique régissant le comportement ou les

activités des femmes enceintes dans le but de favoriser certains résultats sur le plan du développement des enfants à naître.

Les études portant sur le développement émotionnel de l'enfant attestent néanmoins des effets délétères à moyen et à long termes du stress au cours de la grossesse. Ainsi, un niveau élevé d'anxiété chez les futures mères prédirait un haut niveau d'anxiété chez leur enfant (Van den Bergh, et *al*., 2004), et un degré élevé d'impulsivité chez l'adolescent (Van den Bergh, et *al*., 2005). De même, Austin et *al*. (2005) ont montré que des mères ayant eu un niveau élevé d'anxiété à 32 semaines de grossesse rapportaient un tempérament plus difficile de leur enfant. Afin de bien identifier les seuls effets du stress prénatal, ces résultats ont été obtenus en contrôlant la présence de la dépression pré et postnatale, ainsi que les complications obstétricales. Un tempérament plus difficile a été également mis en évidence chez les enfants de mères ayant vécu un stress prénatal (Gutteling et *al*., 2005). Une étude menée en Afrique du Sud a montré que des mères qui avaient vécu des niveaux élevés de stress pendant la grossesse avaient des enfants qui présentaient plus de problèmes de comportement à l'âge de quatre ans (Ramchandani, et *al*., 2010).

La période de la grossesse pendant laquelle survient le stress a donc une influence dans l'apparition de troubles émotionnels chez l'enfant. Les résultats de Gutteling et *al*. (2005) sur une cohorte de 10 000 mères, ont révélé un lien entre l'anxiété maternelle durant la grossesse et des troubles comportementaux et émotionnels (trouble des conduites, hyperactivité/déficit d'attention) chez l'enfant à quatre ans. Le lien est apparu plus fort lorsque l'anxiété était surtout manifeste en fin de grossesse selon les conclusions de O'Connor et Glover (2002). En effet, O'Connor et *al*. (2003) ont souligné que les effets observés chez leur population d'enfants de quatre ans étaient toujours présents à leurs sept ans, et ce, en contrôlant l'anxiété et la dépression postnatale de la mère qui auraient pu biaiser les résultats. Il existerait donc une certaine persistance des effets à travers le temps, renforçant l'idée de stress prénatal. Mais, alors que le stress affecte davantage le développement cognitif s'il survient en début de grossesse, le stress en fin de grossesse aurait des effets plus marqués sur les émotions et le comportement

de l'enfant (Mennes et *al*., 2009). Pour les auteurs, cette différence serait justifiée par le niveau de maturation du cerveau du fœtus lors de l'expérience stressante.

Une étude originale récente a exploré l'impact possible des facteurs génétiques sur les effets du stress prénatal, différenciés de ceux environnementaux subis in utero (Rice et *al*., 2010). Pour ce faire, les chercheurs ont comparé des enfants conçus naturellement et des enfants conçus par don d'ovocyte. Cette étude a montré que le stress subi in utero affectait de la même façon les enfants avec ou sans lien génétique avec leur mère en ce qui concerne leurs poids et terme de naissance ainsi que leur comportement antisocial. Par contre, seuls les enfants ayant un lien génétique avec leur mère présentaient un risque significativement plus élevé de présenter un trouble du déficit d'attention/hyperactivité si leur mère avait été stressée pendant la grossesse.

Par ailleurs, avec des résultats venant d'études animales (McCormick et *al*., 1995 ; Kaiser et Sachser, 2005), plusieurs recherches ont montré que les enfants pouvaient être affectés différemment en fonction de leur sexe. Rodriguez et Bohlin (2005) ont trouvé une association significative entre le stress prénatal à dix semaines de grossesse et des symptômes du trouble du déficit de l'attention/hyperactivité à sept ans, mais seulement pour des garçons. A leur tour, Martin et *al*. (1999) ont trouvé une corrélation significativement plus forte pour les garçons entre le stress au troisième trimestre de la grossesse et des difficultés émotionnelles à cinq ans. Aussi, les bébés garçons de mères déprimées pendant la grossesse (et non déprimées en postnatal) présentent davantage de problèmes de comportement à un an que les bébés filles (Gerardin et *al*., 2010).

Une étude de Li et *al*. (2010) portant sur 29 000 enfants a également montré que les garçons nés de mères ayant vécu le deuil inattendu d'un proche (enfant ou époux) peu de temps avant ou durant la grossesse avaient un risque significativement supérieur de présenter un trouble du déficit d'attention/hyperactivité après l'âge de trois ans (Li et *al*., 2010). A leur tour, de Bruijn et *al*. (2009) ont trouvé que les plaintes émotionnelles (de nature anxieuse ou dépressive) de la femme durant le premier trimestre de grossesse étaient associées à un score total supérieur de troubles du comportement et en particulier de troubles internalisés chez les garçons à un âge moyen de deux ans et demi, alors que

les plaintes survenues au troisième trimestre de grossesse étaient significativement associées à tous les scores pour les filles (Child et Rescorla, 2000). Cet effet pourrait être médiatisé par le taux d'hormones sexuelles secrétées durant la grossesse et le cortisol maternel. Les plaintes émotionnelles pourraient entraîner un taux plus élevé de cortisol, lui-même associé à un taux plus élevé de testostérone dans le liquide amniotique (Sarkar et *al*., 2007). Si pour le fœtus mâle, les taux de testostérone sont naturellement plus élevés entre dix et vingt semaines de grossesse (Knickmeyer et Cohen, 2006), pour le fœtus fille, ce taux augmente avec l'âge gestationnel. Ainsi, si le taux de testostérone in utero peut jouer un rôle dans la présence ultérieure de troubles du comportement (Bergman et *al*., 2010), la période de survenue du stress durant la grossesse pourrait avoir un effet différencié pour les fœtus fille et garçon, en fonction des différences dans le taux de sécrétion de la testostérone pendant la grossesse.

Le stress prénatal semble donc associé à des variations dans le développement émotionnel et affectif des enfants. Ainsi, cette revue nous a permis de constaté qu'un certain nombre d'études ont considéré que le stress prénatal pourrait constituer un facteur de risque psychopathologique.

2.2. Approche méthodologique de la recherche

Dans cette rubrique du travail, il est question de réfléchir sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter au terrain notre problématique. Pour ce faire, la démarche méthodologique qui nous a permis en effet de mener à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage, de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin des difficultés rencontrées.

2.2.1. Nature de la recherche

Pour étudier l'influence du stress maternel prénatal sur le développement des enfants à naître des femmes reçues à la Clinique Humanitaire "Vie Abondante", nous avons eu recours à une approche essentiellement qualitative. Ce volet qualitatif a donné un aperçu des comportements et perceptions des personnes ciblées par l'enquête. Cela a permis

d'étudier leur opinion sur la thématique abordée. Elle a également a permis de décortiquer les différents aspects des interactions de notre cadre de stage. Néanmoins, la recherche a pris en compte quelques données d'ordre quantitatif pour essayer d'estimer l'ampleur du phénomène étudié au sein de la clinique.

2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage

2.2.2.1. Groupes cibles

La population cible est principalement composée des parturientes de la clinique "Vie Abondante" d'Agla/Cotonou. Elle est également composée des agents de santé (médecins et infirmiers) et des spécialistes paramédicaux (psychologues et aides-soignants) intervenant ou non dans la clinique. Cette dernière catégorie de groupe cible constitue en quelque sorte, les personnes ressources identifiées pour le compte de cette recherche, car ils sont les mieux placés pour nous fournir des informations sur le sujet investigué.

2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon

Pour bien mener cette recherche, nous avons suivi une démarche organisée. Nous avons opté pour une technique d'échantillonnage non probabiliste notamment choix systématique et une technique d'échantillonnage probabiliste qu'est celle dite aléatoire simple. La technique du choix systématique a consisté à choisir tous les sujets à enquêter de façon systématique. En ce qui concerne la technique aléatoire simple, après être entré en possession de la liste des parturientes de la clinique, il a fallu numéroter chaque femme patiente sur un bout de papier que nous avons mis dans une urne. Nous avons par la suite procédé à un tirage successif sans remise de peur de tirer la même personne plusieurs fois. Nous nous sommes arrêtés après avoir tiré un certain nombre de parturientes. Cette technique nous a permis de sélectionner 67 parturientes de la clinique. Mais ceux qui ont réellement prêté franc à nos entretiens sont au nombre de 46. Partant du critère qu'il faut être reconnu comme tel par ses pairs, les agents de santé et les spécialistes paramédicaux intervenant sur le site ont été tous pris en compte systématiquement. Ainsi nous avons pu repérer et enquêté 56 individus répondant à nos critères de sélection.

2.2.3. Techniques et outils de collecte de données

2.2.3.1. La recherche documentaire

La collecte d'information s'est effectuée dans un certain nombre de centres de documentation : centre de documentation de l'ex FLASH ; la Bibliothèque centrale de l'UAC et au niveau de la documentation de la clinique humanitaire "Vie Abondante", lieu de notre stage. Les informations recueillies sont de diverses natures. Il y a des informations générales et celles à caractère méthodologique et technique ; des informations générales, spécifiques et statistiques, etc. Ces informations sont tirées des mémoires, rapports d'étude, thèses, articles et livres. Pour réussir la recherche documentaire, nous avons utilisé comme outil, la grille de lecture.

2.2.3.2. L'entretien

L'entretien a été un moyen par lequel des informations et des données à base du discours des patientes et des personnes ressources ont été collectées. Son outil est le guide d'entretien. Celui-ci s'est présenté sous la forme d'une liste de thèmes à aborder au cours de l'échange. Il existe plusieurs formes d'entretien. Celui utilisé dans le cadre de cette recherche est semi-dirigé. De façon pratique, cette technique a servi à enquêter les patientes et des personnes ressources retenus pour le compte de ce travail sur les implications du stress maternel prénatal sur le développement psychosocial de l'enfant. Cette technique de collecte de données a été complétée par l'observation.

2.2.3.3. L'observation

L'observation a été une méthode d'enquête par laquelle nous avons observé directement, par la présence sur le terrain, les interactions recherchées. Dans le cadre de cette recherche, la variante de l'observation dont on a fait recours, est l'observation participante du fait de notre position de stagiaire en mission dans cette clinique. Cette forme de l'observation est une technique de recherche qui permet à l'observateur d'être membre du groupe à observer. Dans la pratique, cette technique a permis à partir d'une grille, de relever les non-dits des personnes enquêtées à la clinique, notamment les parturientes.

2.2.4. Techniques de traitement et d'analyse des données

Le dépouillement des données est fait de façon manuelle. Après la transcription du contenu des entretiens, une sélection des informations a été faite. Cette sélection est faite en fonction des critères de pertinence de l'information par rapport aux thèmes abordés ; la qualité de l'information ou sa nature argumentaire. Une fois cet exercice achevé, les informations sélectionnées ont été organisées, catégorisées en fonction des thèmes de discussion et des hypothèses de la recherche. Le traitement a consisté d'une part, à faire une analyse de contenu en mettant un accent particulier sur les propos des enquêtés tels que recueillis lors des entretiens. Ce traitement a permis, d'aboutir à des extraits d'entretien pour mieux illustrer l'analyse. La triangulation des données a servi de procédé de validation. La seconde partie des données recueillies a été traitée grâce aux logiciels de traitement de texte Word et Excel pour la réalisation des graphiques. En effet, les données dépouillées et analysées du terrain sont constamment confrontées avec des données documentaires préalablement analysées lors de la phase de revue documentaire, ou complétées par d'autres en fonction des informations traitées du terrain.

2.2.5. Aspects éthiques de la recherche

Au cours de la collecte des données, nous avons pris le soin d'expliquer le but de la recherche aux personnes enquêtées et à l'occasion, nous leur avons garanti la confidentialité de leur identité sociale ainsi que des données qui seront collectés. Ainsi nous n'avons enquêté que ceux qui ont librement donné leur consentement. L'entretien c'est effectué soit en privé, soit en en compagnie de notre maître de stage. Le dépouillement et le traitement des données se sont faits dans l'anonymat protégeant ainsi les répondants.

2.2.6. Difficultés éprouvées

Nous avons particulièrement rencontré des difficultés pour aborder nos cibles principales qui sont les parturientes. En conséquence, nous n'avons pu enquêter que les personnes disposées à accepter discuter avec nous au cours de la période de stage. Certaines personnes ont été réticentes à se prêter à nos entretiens, lesquels se sont

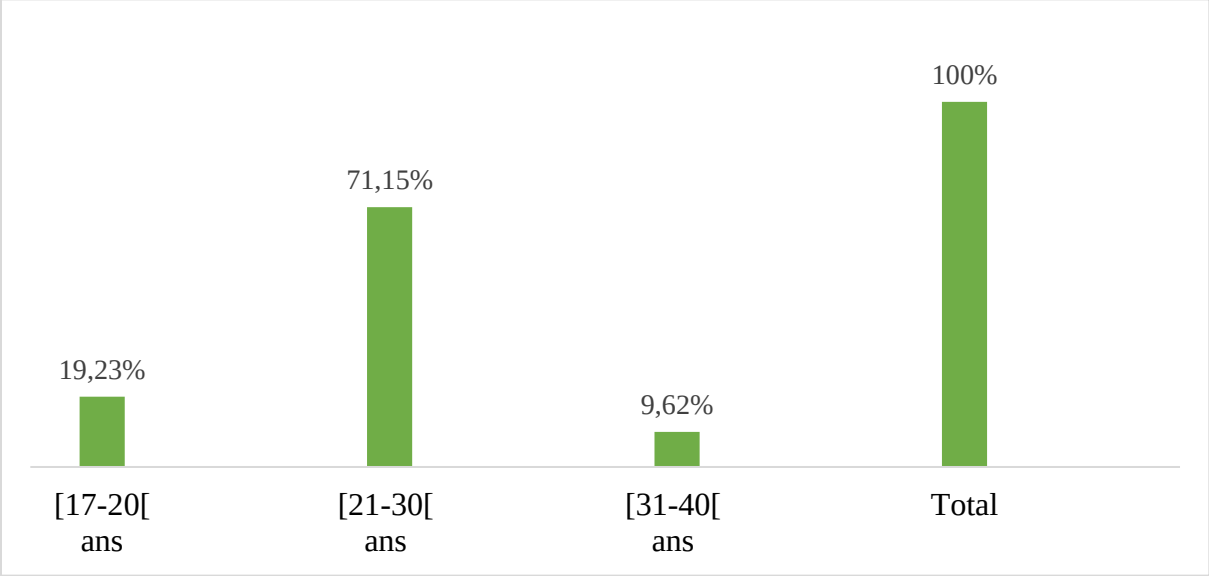
montrés réservés malgré toutes les stratégies utilisées pour les amener à s'ouvrir à nous. Nous avons pu surmonter cette situation en usant de la persévérance et en s'armant de beaucoup de patience pour arriver à moissonner des informations, pour le moins pertinent, qui constituent l'apport pour l'analyse des résultats de terrain.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Nous allons présenter dans ce chapitre les résultats de notre entretien et observation et faire une analyse des résultats obtenus.

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées

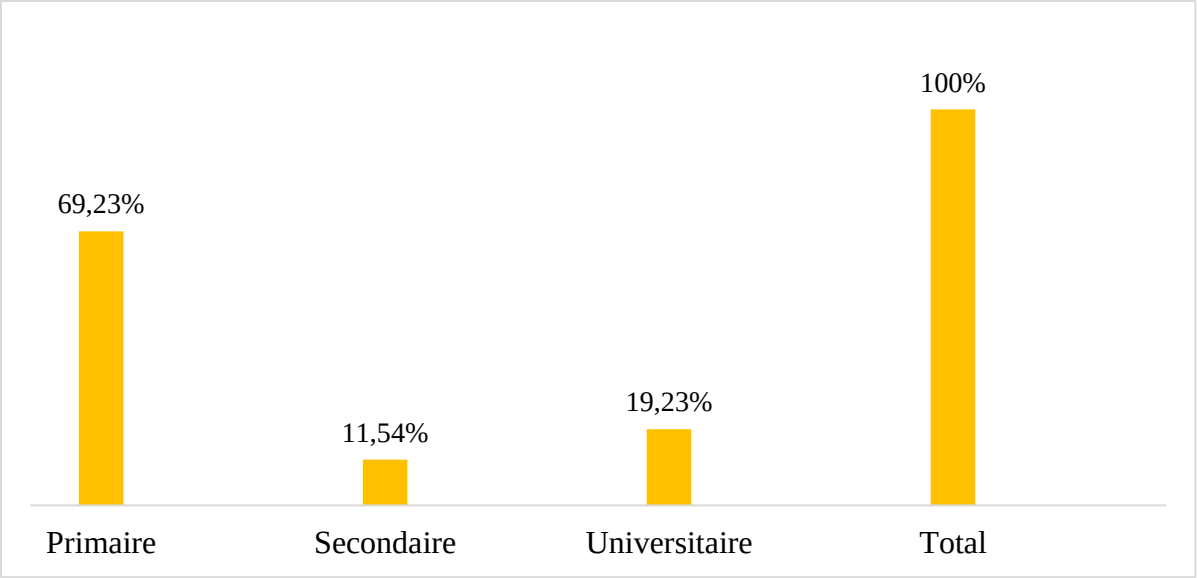
Le graphique ci-dessous présente la répartition des femmes enquêtées selon la tranche d'âge.



Graphique n°1 : répartition des femmes enquêtées selon la tranche d'âge.

Source : Edah_2022

Le graphique ci-dessus présente la répartition des femmes interrogées suivant leur âge. Sur ces femmes, 19,32% ont un âge compris entre 17 et 20 ans pendant que 71,15% appartiennent à la tranche d'âge de [21-30[. 09,62% enquêtées ont un âge qui va de 31 à 40 ans. Il ressort de cette lecture que la population de femmes enquêtées est fortement dominée par les jeunes-adultes de la tranche d'âge de [21-30[ans qui font environ 71,15%. Ces résultats traduisent la jeunesse de notre population cible.

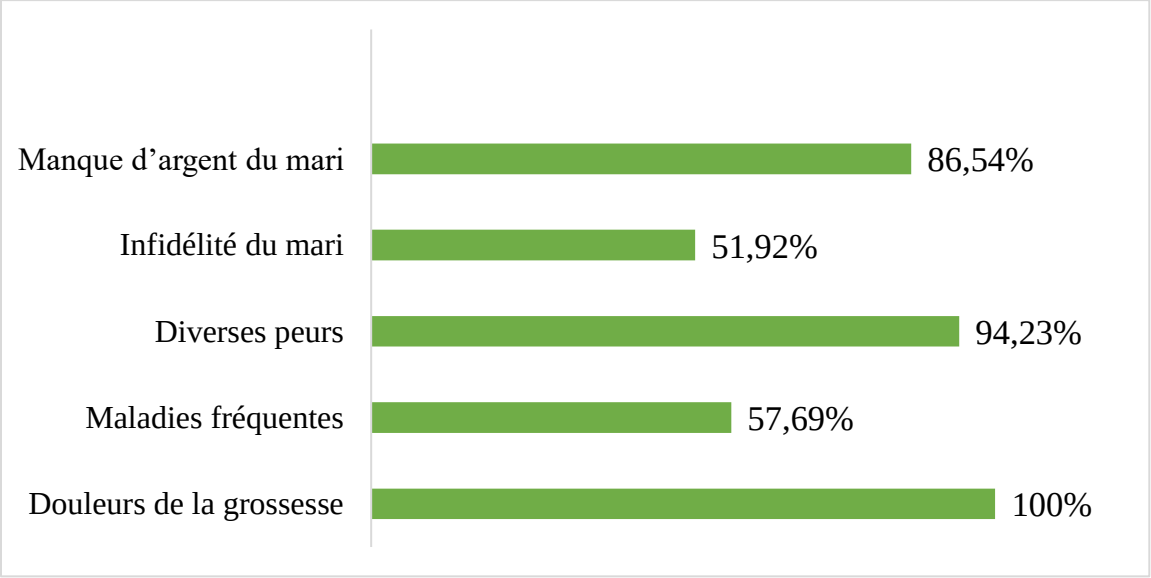


Graphique n°2 : répartition des enquêtées selon leur niveau d'instruction

Source : Edah_2022

Le graphique ci-dessus présente la répartition des femmes suivant leur niveau d'instruction. A l'analyse, on remarque que chez 69,23% des femmes enquêtées ont le niveau d'instruction primaire. 11,54% n'ont pas dépassé le secondaire et 19,23% ont atteint le niveau universitaire. Ceci révèle que la plupart des femmes enquêtées ont un niveau minimum d'instruction.

3.2. Déroulement de la grossesse



Graphique n°3 : répartition des enquêtées selon les difficultés rencontrées pendant la grossesse

Source : Edah_2022

La lecture de la figure ci-dessus présente les différentes difficultés que les femmes enquêtées rencontrent et par rapport auxquelles elles auraient souhaité parler à un professionnel. Son analyse fait ressortir que toutes les femmes souhaitent parler de douleurs de la grossesse avec un professionnel. 57,69% souhaitent parler des maladies fréquentes. 94,23% parlent de peurs diverses, 51,92% d'infidélité du mari et 86,54% évoquent le manque de ressources de leur conjoint. A l'analyse de ces résultats, on peut dire que le besoin de s'exprimer et de partager ses difficultés est présent chez les femmes enquêtées. Aussi, on peut relever que parmi ces difficultés, les douleurs de grossesse ainsi que les peurs diverses sont en première position. Le manque de ressources du conjoint, les maladies fréquentes ainsi que l'infidélité du mari suivent respectivement.

3.3. Manifestations psychologiques de la grossesse

Au cours des entretiens, les manifestations psychologiques de la grossesse sont de trois ordres. Il s'agit de la crainte de perdre son enfant sans raison valable, de la peur d'avoir des rapports sexuels au risque d'agir sur le fœtus et des soucis qui débouchent sur des pleurs. De façon global, on peut affirmer, au regard de ces résultats, que le premier trimestre chez la plupart des femmes est marqué prioritairement par la peur de perdre son enfant et les soucis accompagnés parfois de pleurs.

S'agissant de la perception des femmes enceintes par le personnel de santé, les enquêtées ont une image quasi négative de la femme enceinte en général, et celle. 80% des sages-femmes interviewées ont une perception négative de la femme enceinte. Pour ces dernières, la femme enceinte est perçue comme « une capricieuse ». Les expressions qui reviennent régulièrement dans leurs propos (Mesdames A, C, D et E) sont :

> *« Elles sont naturellement peureuses », « elles paniquent trop », « elles ne posent pas de questions », « elles traitent les sages-femmes de méchantes ».*

Toutefois, dame B perçoit positivement la femme enceinte. Elle explique : « la grossesse chez la femme enceinte un événement inconnu ».

Au regard des discours du personnel de santé interviewées, nous avons décliné les manifestations psychologiques de la grossesse en quatre termes à savoir : « stress », « troubles du sommeil », « panique » et « angoisse». Il ressort des propos des enquêtées que le stress et les troubles du sommeil sont les principales manifestations psychologiques qu'elles décèlent chez les femmes. Les sages-femmes enquêtées affirment avoir observé quelques rares fois, des manifestations non physiologiques comme le stress et les troubles du sommeil chez la femme enceinte. Ceci montre que les sages-femmes n'arrivent pas à aller au-delà du physiologique et du social lors des consultations. Cependant, une sage-femme (Dame C) s'exprime en disant :

> *«Quand c'est la première grossesse, elles sont souvent soucieuses sans raisons valables. Elles posent trop de questions banales. Elles sont souvent stressées et ont du mal à s'endormir ou se réveillent plusieurs fois dans la nuit avec la crainte de mourir pendant l'accouchement. J'ai suivi une femme il y a un an, qui se plaignait chaque fois d'une supposée déformation de son corps ».*

Des propos de dame C, on remarque une connaissance relativement poussée des troubles psychiques chez cette dernière. Même si elle n'utilise pas toujours des termes techniques pour les exprimer, son discours révèle le diagnostic de plusieurs manifestations psychologiques chez la femme enceinte. Dame C fait ressortir par exemple le stress, l'anxiété, le sentiment de dépersonnalisation, les troubles du sommeil, etc.

3.4. Causes du stress maternel prénatal

Pendant les entretiens sur le terrain, nous avons noté que le début de la grossesse est souvent riche en émotions. Chez la femme, l'augmentation des hormones crée un dérèglement de l'humeur qui peut causer du stress mais aussi de l'irritabilité ou de la tristesse. C'est que nous dit dame K.

> *« l'annonce d'une grossesse signifie un important changement de vie. Ce qui peut faire peur et générer du stress chez de nombreuses femmes. Ce stress ponctuel est une réaction physiologique normale et sans danger ».*

Pour d'autres, les causes de stress chez la femme enceinte sont multiples. Il s'agit entre autre du stress familial ou le stress de la vie professionnelle, les événements de vie

stressant comme la mort ou la maladie d'un proche, un licenciement ou une séparation conjugale, les événements marquants. Pour dame K.,

> *« La grossesse est un moment qui déstabilise la femme. Elle peut représenter un évènement stressant. Les modifications physiques et les remaniements psychologiques liés à la grossesse mettent la femme dans une situation de vulnérabilité. Le suivi de grossesse est une source de stress à l'exemple du diagnostic anténatal, la recherche d'une éventuelle anomalie pouvant être responsable d'angoisse chez les parents :« la peur d'une anomalie pourrait créer une anomalie ».*

De plus, l'état psychique particulier de la femme enceinte peut faire ressurgir des antécédents traumatiques du passé. Cependant un certain stress peut être positif dans la mesure où il favorise le système d'attachement qui se reflète dans la prise en charge de l'enfant par la mère.

3.5. Impacts du stress maternel prénatal sur le développement de l'enfant

Durant la grossesse, les potentielles sources de stress sont nombreuses et de différentes natures, avec bien sur un impact différent selon les futures mamans, leur caractère, leur histoire intime, leurs conditions de vie, les circonstances de la grossesse, etc. Au stress courant de la vie quotidienne, aux situations de stress aigu vienne s'ajouter différents éléments inhérent à la grossesse comme le souligne dame F.

> *« Pendant une grossesse, le risque de fausse-couche est souvent réel au premier trimestre de l'évolution de la grossesse. Ce stress de la fausse-couche sera d'autant plus prononcé si la future maman en a déjà fait une lors d'une précédente grossesse, voire plusieurs ; les maux de la grossesse (nausées, mal de dos, malaises), outre les désagréments physiques qu'ils entraient, peuvent épuiser nerveusement la future maman ».*

Les conséquences du stress prénatal que nous retrouvons chez l'enfant sont des difficultés de langage. Ils ont de moins bons scores à l'échelle d'évaluation néonatale qui consiste en un examen clinique réalisé par les parents visant à évaluer le comportement, les réflexes et les compétences du nouveau-né afin d'en révéler ses vulnérabilités. Il s'agit souvent des relations perturbées avec leur mère, des troubles de l'attention, une hyperactivité, une irritabilité, un tempérament difficile, des troubles au

niveau du sommeil, des pleurs excessifs, une impulsivité, des problèmes comportementaux et émotionnels.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre est destiné dans un premier temps à analyser la pertinence des résultats en lien avec la question de recherche. Puis, il exposera le compte rendu des résultats obtenus ainsi que des liens établis entre ces derniers et la littérature.

4.1. Discussion des résultats

A la lumière des analyses effectuées au cours de cette recherche, il est difficile pour nous de conclure sur les conséquences du stress prénatal étant donnée les nombreuses variables des études. Nous savons que le stress a un effet sur la grossesse et sur l'enfant mais il est dépendant d'autres facteurs comme le souligne les conclusions de (Da Costa, 2000). Dans les recherches, il n'y a pas de consensus quant à la définition du stress. Certaines études associent le stress avec l'angoisse, l'anxiété ou la dépression sans faire de distinction. Pour notre part, le stress est un plan de mobilisation de l'organisme tout entier en vue d'apporter une réponse à des agressions en provenance de l'environnement. C'est un état de divergence, d'inadéquation, entre les demandes perçues par le sujet et l'idée qu'il se fait de ses possibilités de réponse.

Enfin, les autres facteurs intervenant sont le taux maternel de cortisol et l'activité enzymatique de la hydroxystéroïde déshydrogénase qui sont propres à chaque femme. Il y a également l'environnement, les facteurs génétiques, le statut socio-économique, le niveau d'éducation, les conduites additives et les liens familiaux sont aussi à prendre en compte dans l'évaluation des études (Niederhofer et Reiter (2004). Dernièrement, les facteurs de modérations telles que le « coping », le soutien social ou la relation post-natale peuvent moduler les effets du stress.

4.1.2 Le fœtus, une âme dotée de sensations

Niederhofer et Reiter (2004) soulignent qu'il est utopique de savoir ce que ressent le fœtus, car il ne peut s'exprimer. Cependant grâce à des études sur les conséquences des pratiques anténatales, avec le développement des gestes invasifs et l'observation des prématurés, il a pu être mis en évidence que le fœtus peut ressentir la douleur. Pour que la douleur soit ressentie il faut que les circuits conduisant l'influx nerveux du récepteur à la moelle épinière, puis au cerveau, soient fonctionnels (Mennes et *al*., 2009). Pendant la gestation, les récepteurs cutanés se développent à partir de 7 semaines et sont présents

sur l'ensemble du corps à 20 semaines. Par contre, son système d'inhibition de la douleur n'est pas encore mature. Le fœtus serait donc très sensible à la douleur.

4.1.3 Transmission du stress maternel au fœtus

Au cours de nos analyses, nous sommes parvenus au fait que le stress maternel en modifiant l'état physique de la patiente expose le fœtus à des variations biologiques de son environnement utérin. En effet, les hormones de stress, par action du stress sur l'axe hypothalamus-hypophysaire, sont transmises au fœtus et ont un effet sur le développement cérébral inachevé selon Mennes et *al*. (2009). Il faut noter aussi que les mécanismes de cette transmission ne sont pas encore totalement connus, mais certaines hypothèses semblent se vérifier selon Van den Bergh et *al*. (2004). Pour cet auteur, lorsque la mère subit un stress, il y a une élévation de son taux de cortisol. Le taux de cortisol du fœtus est lié à celui de sa mère. Le cortisol pourrait passer la barrière placentaire. Durant la grossesse, il y a une élévation normale du taux de cortisol dont les concentrations sont les plus élevées au dernier trimestre. Cette augmentation n'affecte pas le fœtus. En effet, une enzyme placentaire, la hydoxystéroïde déshydrogénase protège le fœtus en transformant le cortisol en cortisone bénigne. Cette enzyme est saturée lors d'un stress maximal, le fœtus est donc exposé à des taux élevés de cortisol. Il faut noter que le cortisol est nécessaire au bon développement du cerveau en quantité modéré (Mennes et *al*., 2009).

De plus les neuro-hormones maternelles de l'axe hypothalomo-hypophysio-surrénalien stimuleraient la production de cortico-releasing-hormone (CRH) par le placenta. Ceci passe alors dans la circulation fœtale et affecte les récepteurs aux glucocorticoïdes et donc le développement du système nerveux du fœtus comme on peut le constater avec (Mennes et *al*., 2009). Enfin, le stress maternel pourrait par effet vasoconstricteur, limiter la circulation sanguine dans le placenta et diminuer ainsi l'apport en oxygène et en nutriments du fœtus selon les mêmes travaux de l'auteur.

Pour Da Costa (2000), si l'exposition au stress prénatal devient chronique, un dysfonctionnement à long terme de l'axe hypothalomo-hypophysio-surrénalien pourrait survenir. Cette hypothèse repose sur l'idée que certaines maladies seraient dues à l'adaptation du fœtus à un milieu intra-utérin non favorable modifiant son

développement et le prédisposant ainsi à des pathologies spécifiques dans l'enfance et à l'âge adulte. Les pathologies les plus retrouvées dans les études sont les maladies cardiovasculaires telles que l'hypertension et les psychopathologies telles que la dépression, la schizophrénie ou l'autisme (Gutteling et *al*., 2005). Une étude a montré un nombre plus important de schizophrènes chez des personnes ayant perdu leur père in utéro (Ramchandani, et *al*., 2010).

4.1.5. Moyens de prévention

Pour réagir face à des situations stressantes, il faut des stratégies d'adaptation appelées stratégies de « coping ». Elles se définissent comme *« les efforts cognitifs et comportementaux pour maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes et/ou externes créées par la transaction stressante.* » (Gutteling et *al*., 2005). C'est-à-dire que la stratégie passe par une action mais aussi par un processus de pensée. Les stratégies actives qui correspondent à la résolution du problème. L'individu essaye de réduire la source de stress en modifiant la situation. Le deuxième type est la stratégie passive qui est focalisée sur les émotions. La personne essaie de réduire ou d'éliminer les émotions résultantes de la situation stressante, elle ne joue pas sur le problème mais sur la conséquence. Les deux stratégies sont complémentaires. Nous pouvons citer un troisième type de réaction qui est l'évitement. L'efficacité de ces stratégies dans la gestion du stress dépend de la situation stressante et de l'état émotionnel de l'individu (Gutteling et *al*., 2005). Les études réalisées sur l'effet médiateur du coping sur le stress pendant la grossesse sont peu nombreuses et apportent des résultats contradictoires. Néanmoins, la stratégie de coping la plus utilisée serait l'évitement (Ramchandani, et *al*., 2010).

Par ailleurs, Austin et *al*. (2005) estiment qu'un soutien satisfaisant aurait un impact sur le bien-être maternel et donc sur le bien-être ultérieur de l'enfant. A l'inverse, il a été montré dans une autre étude, l'effet néfaste d'un mauvais soutien sur la femme enceinte. De mauvaises interactions avec l'entourage donneraient des épisodes d'anxiété voir une dépression en post-partum (Gutteling et *al*., 2005). Le partenaire a un rôle, ici important à jouer. Il est le premier à pouvoir apporter un soutien efficace. Des liens conjugaux perturbés sont une grande source de stress. L'investissement du père dans la grossesse

est à favoriser, sa participation aux consultations, à la préparation à l'accouchement, à l'accouchement et en maternité. Pour chaque étape, sa présence permet un soutien à la femme. Le couple pourra ainsi se préparer ensemble à leur nouveau rôle de parents.

Conclusion

Cette recherche a permis de mettre en évidence une relation entre le stress prénatal et ses effets sur le développement de l'enfant à naître en prenant comme site d'investigation, la clinique humanitaire vie abondante d'Agla dans la ville de Cotonou. Nous sommes partir de l'hypothèse que le stress maternel pendant la grossesse cause des problèmes de développement chez les enfants à naître. C'est-à-dire que les préoccupations liées à la venue d'un enfant expliquent la présence du stress chez les parturientes et que le développement de l'enfant dépend du degré de stress vécu par la mère pendant la grossesse. Partant de ces postulats, nous avons adopté une approche méthodologique essentiellement qualitative. Au cours de ces un mois de stage nous avons rencontré les patients et créé un contacte convivial avec eux. Le stage nous a aussi permis de cerner ce qu'un psychologue doit faire ou ne doit pas faire au cours d'un entretien psychologique. Nous pouvons identifier le type de personnalité de chaque patient rencontré. Nous avons aussi développé notre sens d'observation et d'écoute attentive. Néanmoins les efforts restent à fournir pour doter ce service d'un cadre adéquat. Aussi l'indisponibilité de certains patients pour les séances d'entretien ne permet pas un bon suivi.

Pendant le déroulement des enquêtes, un certain nombre de difficultés ont été rencontrées. Nous avons pu surmonter ces difficultés en usant de la persévérance et en s'armant de beaucoup de patience pour arriver à moissonner des informations, pour le moins pertinent, qui constituent l'apport pour l'analyse des résultats de terrain.

Ainsi, nous sommes parvenu au fait que le stress vécu par la mère durant la grossesse pouvait altérer de façon modérée le développement de l'enfant ainsi que ses différentes capacités. Par la suite, plus le degré d'exposition au stress était important, plus les capacités étaient altérées chez l'enfant. Ces effets semblent modulés par le moment de survenue du stress durant la grossesse. Les événements stressants semblent avoir plus d'impact s'ils se produisent en début de grossesse, ce qui pourrait être dû à une plus grande réactivité de la mère à ce moment et à la plus grande fragilité de l'enfant lors de l'embryogenèse Par ailleurs, pour toutes les femmes, la réactivité au stress était plus importante en début de grossesse et avait tendance à diminuer au fur et à mesure de la gestation. Cette diminution de la réponse de stress au cours de la grossesse aiderait la

mère à protéger le fœtus de ses conséquences adverses. Enfin, les effets délétères du stress prénatal sur le développement de l'enfant pouvaient être modérés par la qualité de la relation d'attachement de l'enfant avec sa mère. Ainsi, si ces effets étaient présents pour les enfants. Cette idée vient donc montrer l'effet protecteur de la relation d'attachement et donc des interactions postnatales sur les effets du stress subi in utero.

Références bibliographiques

1. Austin M-P, Hadzi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G (2005) - Maternal trait anxiety, depression and life event stress in pregnancy: relationships with infant temperament - Early Human Development - Volume 81 - Issue 2 - p183–90

2. Brouwers EPM, van Baar AL, Pop VJM (2001) - Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development - Infant Behavior and Development - Volume 24 - Issue 1- p95–106

3. Brunton PJ, Russell JA (2008) - Attenuated hypothalamo-pituitary-adrenal axis responses to immune challenge during pregnancy: the neurosteroid-opioid connection: Suppressed HPA axis responses in pregnancy - The Journal of Physiology - Volume 586 - Issue 2 - p369–75

4. Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W (2000) - Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood - Journal Affect Disorder - Volume 59 - Issue 1 - p31–40

5. Davis EP, Sandman CA (2010) - The Timing of Prenatal Exposure to Maternal Cortisol and Psychosocial Stress Is Associated With Human Infant Cognitive Development - Child Development - Volume 81 - Issue 1- p131–48

6. Fride E, Weinstock M. (1989) - Alterations in behavioral and striatal dopamine asymmetries induced by prenatal stress - Pharmacol Biochem Behav - Volume 32 - Issue 2- p425–30

7. Garon-Carrier G (2014)- Le stress prénatal et le développement humain : une réponse adaptative à un environnement adverse ou un effet tératogène au développement de l'enfant ? - Devenir - Volume 26 - Issue 4 - p291

8. Graignic-Philippe R, Tordjman S, Granier-Deferre C, Ribeiro A, Jacquet AY, Cohen-Salmon C, et al. (2005) - Le stress prénatal : état de la question et perspectives - Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence - Volume 53 - Issue 1/2- p54–61

9. Huizink AC, Mulder EJH, Buitelaar JK (2004) - Prenatal Stress and Risk for Psychopathology: Specific Effects or Induction of General Susceptibility? - Psychological Bulletin - Volume 130 - Issue 1 - p115-42

10. Jaeger P, S. zwec G (2005) - Interview de Paulette Letarte - Revue française de psychosomatique - Volume 28 - Issue 2 - p13

11. Laplante DP, Barr RG, Brunet A, Du Fort GG, Meaney ML, Saucier J-F, et al (2004) - Stress During Pregnancy Affects General Intellectual and Language Functioning in Human Toddlers - Pediatric Research - Volume 56 - Issue 3 - p400–10

12. Li J, Olsen J, Vestergaard M, Obel C (2010) - Attention-deficit/hyperactivity disorder in the offspring following prenatal maternal bereavement: a nationwide follow-up study in Denmark - European Child & Adolescent Psychiatry - Volume 19 - Issue 10 - p747–53

13. Mennes M, Bergh BV den, Lagae L, Stiers P (2009) - Developmental brain alterations in 17 year old boys are related to antenatal maternal anxiety - Clinical Neurophysiology - Volume 120 - Issue 6 - p1116–22

14. Missonnier S. (2013). Grossesse, stress et psychanalyse, Un débat primordial - La psychiatrie de l'enfant - Volume 59 - Issue 1- p37

15. Molénat F, Roegiers L. (2011)- Stress et grossesse : Quelle prévention pour quels risques ? - Toulouse Erès - 322p

16. Newton RW, Webster PA, Binu PS, Maskrey N, Phillips AB (1979) - Psychosocial stress in pregnancy and its relation to the onset of premature labour - BMJ - Volume 2 - p411–3

17. Niederhofer H, Reiter A (2004) - Prenatal Maternal Stress, Prenatal Fetal Movements and Perinatal Temperament Factors Influence Behavior and School Marks at the Age of 6 Years - Fetal Diagnosis and Therapy - Volume 19 - Issue 2 - p160–2

18. O’Connor TG, Heron J, Glover V (2002) - Antenatal Anxiety Predicts Child Behavioral/Emotional Problems Independently of Postnatal Depression - Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry - Volume 41 - Issue 12 - p1470–7

19. O’Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V, (2003). the AL SPAC Study Team - Maternal antenatal anxiety and behavioural/emotional problems in children: a test of a programming hypothesis - Journal of Child Psychology and Psychiatry - Volume 44 - Issue 7 - p1025–36

20. Plan périnatal (2005-2007) - [consulté le 17 /01/2016]. Consultable à l'URL: http://www.perinatfrance.org/portail-professionnel/plansrapports/plans- /plan-perinatal-223-407.html

21. Szwec G (2005)- Avant-propos - Revue française de psychosomatique - Volume 28 - Issue 2 - p5

Annexes

QUESTIONNAIRE AUX FEMMES ENCEINTES

Dans le cadre de la rédaction de notre rapport de stage, nous avons élaboré un questionnaire afin de recueillir votre avis sur l'influence du stress maternel prénatal sur le développement psychosocial de l'enfant. Nous vous prions de bien vouloir répondre aux questions ci-dessous tout en vous garantissant que les informations, reçues de vous, resteront confidentielles et seront traitées avec la plus grande discrétion.

1- Identification

Sexe : ☐ M ☐ F

Situation Matrimoniale : Marié(e) ☐ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐

Niveau d'étude …….

2- Selon vous, qu'est-ce que le stress ?

☐ Un phénomène d'adaptation du corps qui nous permet de réagir à notre environnement.

☐ Réaction à une agression par un agent extérieur.

☐ Sentiment d'être vidé de ses forces physiques et psychologiques

☐ Autres (préciser)……

3- Quelles sont les causes à la base du stress maternel ?

☐ Les tracas quotidiens

☐ La mort ou maladie d'un proche

☐ Un licenciement

☐ Séparation conjugale

☐ Absence de soutien social

☐ Autres (préciser)…….....

4- Quels sont vos vécus du stress maternel prénatal ?

……

……

5- Quelles sont vos réactions et attitudes face à un cas du stress maternel prénatal ?

- ☐ Chercher à comprendre la situation
- ☐ Aider ou faire aider
- ☐ Voir un Psychologue
- ☐ Développer un sentiment d'empathie
- ☐ Voir un médécin ou une sage-femme
- ☐ Pratiquer l'écoute bienveillante
- ☐ Autres (à préciser) ……

6- Quelles sont les influences du stress maternel prénatal sur le développement de votre enfant ?

- ☐ Provocation des troubles de l'attention, une hyperactivité.
- ☐ Né prématurément
- ☐ Difficulté de langage
- ☐ Autres (à préciser) ……....

7- Face à une situation stressante, comment réagissez-vous ?

- ☐ Vous concentrez vos efforts pour résoudre la situation
- ☐ Vous recherchez des conseils auprès d'autres collègues
- ☐ Vous renoncez à essayer de résoudre la situation
- ☐ Autres (à préciser) …….

8- Quelle(s) stratégie(s) utilisez-vous pour gérer le stress maternel ?

- ☐ Adoption des comportements addictifs
- ☐ Traitement médicamenteux
- ☐ Voyage
- ☐ Prise en charge psychologique
- ☐ Autres (à préciser) …….

9- Comment pouvez-vous vous prévenir du stress ?

☐ Gestion des priorités

☐ Autres (à préciser) …….

GUIDE D’ENTRETIEN AUX PERSONNES RESSOURCES

- Axe 1 : Compréhension du stress maternel prénatal
- Axe 2 : Causes du stress maternel pénatal
- Axe 3 Conséquences du stress maternel
- Axe 4 : Influence du stress maternel sur le développement de l’enfant
- Axe 5 : Stratégie(s) de gestion du stress maternel
- Axe 6 : Modes de prévention du stress

Merci de votre participation !

Table des matières

Sommaire 2

In memoriam 3

Dédicace 4

Remerciements 5

Résumé 6

Abstract ..... **Erreur ! Signet non défini.**

Introduction 7

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULREMENT DU STAGE . 10

1-1. Presentation de clinique ‘‘vie abondante’’ 10

1.1.1. Situation géographique 10

1.1.2. Missions 10

1.1.3. Activités 11

1.1.4. Structure organisationnelle 11

1-2 Déroulement du stage 12

1-2-1. Acquis du stage 13

1-2-2. Difficultés rencontrées sur le lieu de stage 13

1.2.3. Synthèse des atouts et problèmes de la clinique 13

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHES METHODOLOGIE ADOPTEE 14

2.1. Cadre théorique de la recherche 14

2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs 14

2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche 14

2.1.1.2. Hypothèses de la recherche 16

2.1.1.2.1. Hypothèse générale 16
2.1.1.2.2. Hypothèses Spécifiques 16
2.1.1.3. Objectifs de la recherche 16
2.1.1.3.1. Objectif général 16
2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques 16
2.1.1.4. Intérêts de la recherche 16
2.1.2. Revue de littérature 17
2.2. Approche méthodologique de la recherche 21
2.2.1. Nature de la recherche 21
2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage 22
2.2.2.1. Groupes cibles 22
2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon 22
2.2.3. Techniques et outils de collecte de données 23
2.2.3.1. La recherche documentaire 23
2.2.3.2. L'entretien 23
2.2.3.3. L'observation 23
2.2.4. Techniques de traitement et d'analyse des données 24
2.2.5. Aspects éthiques de la recherche 24
2.2.6. Difficultés éprouvées 24
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS 26
3.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtées 26
3.2. Déroulement de la grossesse 27
3.3. Manifestations psychologiques de la grossesse 28
3.4. Causes du stress maternel prénatal 29

3.5. Impacts du stress maternel prénatal sur le développement de l'enfant 30

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 32

4.1. Discussion des résultats 32

4.1.2 Le fœtus, une âme dotée de sensations 32

4.1.3 Transmission du stress maternel au fœtus 33

4.1.5. Moyens de prévention 34

Conclusion 36

Références bibliographiques 38

Annexes 41

Table des matières 46