

**Université d'Abomey-Calavi**

**FA**culté des **S**ciences **H**umaines et **S**ociales

**(FASHS)**

**ANNALES DE LA FASHS**  
**Nouvelle édition**

**N° 001 Janvier 2018**

**Volume 3**

**Adresse de contact**

Annales de la FASHS  
*Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS), 01 BP 526*  
*Cotonou, Rép. du Bénin, Tél./Fax +229 21360074*  
*E-mail: viliho2004@yahoo.fr ; vincent.orekan@gmail.com*  
Téléphone : 00 229 21 04 29 09

**Adresse de soumission d'articles**

[annales.fashs.uac@gmail.com](mailto:annales.fashs.uac@gmail.com)

Toute reproduction, même partielle de cette revue est rigoureusement interdite. Une copie ou reproduction par quelque procédé que ce soit, photographie, microfilm, bande magnétique, disque ou autre, constitue une contrefaçon passible des peines prévues par la loi 84-003 du 15 mars 1984 relative à la protection du droit d'auteur en République du Bénin.

Revue publiée par la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (FASHS)

## **COMITE DE PUBLICATION**

---

Directrice de publication : Odile DOSSOU GUEDEGBE

*Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales*

Rédactrice en Chef : Monique OUASSA KOUARO

*Vice-Doyen de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales*

Mise en page : Vincent O. A. OREKAN

## **CONSEIL SCIENTIFIQUE**

---

N'BESSA Benoît (Professeur Emérite), BOKO Michel (Professeur Emérite), HOUSSOU Christophe (Professeur Titulaire), HOUNDÉNOU Constant (Professeur Titulaire), BOKO Gabriel (Professeur Titulaire), HOUNSOUNON-TOLIN Paulin (Professeur Titulaire), CLÉDJO Placide (Professeur Titulaire), DOSSOU GUÈDÈGBÉ Odile (Professeur Titulaire), OGOUWALÉ Euloge, (Professeur Titulaire), TENTÉ A.H. Brice (Professeur Titulaire), TINGBE AZALOU Albert (Professeur Titulaire), AMOUZOUVI H. Dodji (Professeur Titulaire), BIO BIGOU B. Léon (Professeur Titulaire), KPATCHAVI Adolphe (Professeur Titulaire), TOHOZIN Antoine Yves (Professeur Titulaire), BAGODO Obarè (Maître de Conférences), BAKO-ARIFARI Nassirou (Maître de Conférences), FOURN Elisabeth (Maître de Conférences), GONZALLO Germain (Maître de Conférences), ORÉKAN O. A. Vincent (Maître de Conférences), VISSIN Expédit Wilfrid (Professeur Titulaire)

## **COMITE DE LECTURE**

---

Les lecteurs (référés) sont des scientifiques choisis de par le monde selon les thématiques des articles.

## **BUT ET PUBLICATION**

---

Les annales de la Faculté des Sciences Humaines et Sociales (Nouvelle édition) est une revue scientifique annuelle qui vise à publier des articles originaux dans les domaines des sciences géographique, sociologique, psychologique, de l'éducation, historique et philosophique. Les articles sont rédigés en Français ou en Anglais avec un résumé détaillé en une demi-page au maximum. Les auteurs, s'ayant régulièrement acquitté de leur frais de publication, bénéficient de la publication de leur article. Ils obtiennent le tiré à part de leurs articles après publication du numéro.

## **FRAIS DE PUBLICATION**

---

La publication de tout manuscrit est conditionnée par le règlement préalable des frais de publication par les auteurs. Les frais de publication sont fixés à 50000 FCFA ou 77 € par manuscrit accepté.

**ISSN : 1840-8583**

Dépôt légal n° 10104 du 16 Janvier 2018. Bibliothèque nationale du Bénin, 1er trimestre

## SOMMAIRE

<b>Titres</b>	<b>Pages</b>
<b>Dynamique du climat et adaptabilité des pratiques culturelles dans la région de gbêkê au centre de la côte d'ivoire</b> Béh Ibrahim DIOMANDE et N'Dri Arsène KOUAKOU	5
<b>Le parlement béninois et sa prérogative du contrôle de l'action gouvernementale : cas de la cinquième législature (2007-2011)</b> Rogatien MakpéhouTossou	22
<b>Interventions en sante face aux perceptions locales de la dangerosité de certains signes de pathologie pédiatrique au benin</b> BADOU Agnès Oladoun et Abou-Bakari IMOROU	52
<b>Déficiência visuelle et estime de soi à l'université d'abomey-calavi : considérations théoriques d'une réalité banalisée</b> HOUESSOU Mahounan Modeste ; BOKO Coovi Gabriel, HOUESSOU Dossou Patrick	70
<b>La thérapie traditionnelle en afrique noire: savoir domine ou science qui se meurt?</b> TOSSOU Tata Jean	85
<b>Représentations sociales de la réussite scolaire et comportements d'études des élèves: une analyse à partir de cas des élèves externes du Lycée de Garçons de Bingerville (Côte d'Ivoire)</b> ZAMBLE Bi Zou Ambroise, OURAGA Basseri Jean-Claude, GOMBLEU Kouadi Claude-Médard	103
<b>Psychopathologie de l'avortement spontané : analyse du vécu des femmes victimes</b> ZOUNON Ornheilila ; GNANGUENON Faustin, de CHACUS Sylvie	124
<b>Interdépendance mafieuse des pouvoirs politique et médiatique : que peut la philosophie ?</b> AKUESON Adolé Félicité	142
<b>Mode de gestion et qualité des eaux de boisson dans l'arrondissement de Kpanroun : cas des villages Kpaviédja et Anagbo</b> YEMADJE Alda A. S.	156
<b>Planification des naissances à Zè : Quand la diversité des logiques affecte les interventions de la santé publique</b> SONON Philippine et IMOROU Abou-Bakari	178
<b>La mastectomie comme exemple d'effraction corporelle chez la femme : les attributs du sein dans la vie conjugale et sociale</b> HOUESSOU Patrick, GANSOU Grégoire Magloire, POROMNA Pagnamam	197
<b>Infrastructures sanitaires et accès aux soins de sante dans la Commune d'Adjarra</b> AZALOU TINGBE Vinagbaa Babatoundé Fanès, TCHAKPA Cyrille, AZONHE Hervé Thierry,	209

ELISHA Fitzgerald Damien Zinsou	
<b>Acteurs et outils de la médiation culturelle de l'art contemporain à Abomey</b> OUASSA KOUARO Monique et HINKATI M. Salinas	<b>230</b>
<b>Mécanisme de fossilisation des savoirs oraux</b> BOTOYIYE Geoffroy	<b>245</b>
<b>Exploring the use of information communication technology (ict) in the process of teaching english as a foreign language: case study of a secondary school in Bénin</b> ATTENOUKON Serge Arnel, AGBAYAHOUN Juvénale, YINDEHOUE Parfaite	<b>256</b>
<b>Grasping the gist about the american dream fulfilment and social class assimilation through horatio jr Alger's ragged dick</b> AHOUANGANSI Raoul S.	<b>275</b>
<b>Vom Marxismus-Leninismus zur Wende. Die Deutsche Demokratische Republik und die Volksrepublik Benin Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre: Ähnlichkeiten und Unterschiede</b> HOUNHOUENOU Yaovi Antoine	<b>299</b>
<b>Rituel juridique, menace terrorisme dans l'espace CEDEAO et embrouillamini des Etats ouest-africains</b> DIKPO Thélesphore Toliton, ABDOU Mohamed	<b>317</b>
<b>Représentations et pratiques liées au paludisme en pays Dida de Zikisso en Côte d'Ivoire</b> FOURN GNASSOUNOU Elisabeth	<b>336</b>

## **PSYCHOPATHOLOGIE DE L'AVORTEMENT SPONTANE : ANALYSE DU VECU DES FEMMES VICTIMES**

### **MISCARRIAGE PSYCHOPATHOLOGY: AN ANALYSIS OF THE EXPERIENCES OF FEMALE VICTIMS**

**ZOUNON Ornheilia<sup>1</sup>, GNANGUENON Faustin<sup>2</sup>, de CHACUS Sylvie<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Laboratoire de Psychologie Appliquée, Université d'Abomey-Calavi, République du Bénin; [ornheilia@gmail.com](mailto:ornheilia@gmail.com)

<sup>2</sup>Université d'Abomey-Calavi, République du Bénin, [faustin17@gmail.com](mailto:faustin17@gmail.com)

<sup>3</sup>Laboratoire de Psychologie Appliquée, Université d'Abomey-Calavi, République du Bénin, [dechacussyylvie@hotmail.fr](mailto:dechacussyylvie@hotmail.fr)

#### **Résumé**

*L'avortement spontané est un évènement très difficile à vivre pour les femmes qui y sont confrontées. Ce présent travail est le fruit d'une étude qui a porté sur les répercussions psychologiques des avortements spontanés et les facteurs qui y sont associés. L'étude a été réalisée sur 71 cas d'Août à Novembre 2015 dans le service clinique universitaire de gynécologie obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou.*

*Elle vise d'une part à décrire les répercussions psychologiques de l'avortement spontané ainsi que les facteurs qui y sont associés, et d'autre part à estimer l'indice de relation entre ces différents facteurs et comportements observés. Pour mener à bien cette étude, l'analyse documentaire, les investigations en milieu réel et l'observation ont été utilisées comme technique de collecte de données et d'informations afférentes. Le logiciel SPSS statistic nous a permis de faire le dépouillement et l'analyse statistique des données.*

*Les principaux résultats révèlent que les répercussions psychologiques des avortements spontanés sont de plusieurs ordre à savoir les symptômes anxio-dépressifs (80,28%); le fait de s'interroger sur les causes possibles de l'avortement (21,13%); l'abandon à Dieu (30,98%); et la fuite de toute discussion à propos de l'avortement spontané (04,22%).*

*Ces répercussions varient d'une femme à l'autre en fonction du vécu qu'elle a de son avortement spontané. Les composantes les plus retrouvées de ce vécu sont le sentiment de deuil (45,07%); le désespoir (30,98%); le sentiment d'échec (19,72%); le sentiment de vide (04,22%); le sentiment de culpabilité (12,68%).*

*Les autres facteurs comme l'histoire de la grossesse, l'attachement à la grossesse, la réaction du conjoint et de l'entourage de la femme, le type d'interprétation que la femme donne à son avortement spontané et les antécédents gynécologiques et obstétricaux de la femme, peuvent accentuer ou réduire l'ampleur de ces répercussions.*

*Au vue de tout ceci, nous pensons que l'avortement spontané est dans la majorité des cas, source de traumatisme psychologique pour ces femmes.*

**Mots-clés :** *Avortement spontané, répercussion psychologiques, vécu, Bénin.*

### **Abstract**

*This work is the conclusions of a study which is related to the psychological repercussions of the miscarriages and the factors which are associated with. The study was carried out on 71 cases from August to November 2015 in the University clinical service of obstetrical gynecology of CNH-HKM of Cotonou.*

*It intends on the one hand to describe the psychological repercussions of the miscarriage as well as the factors which are linked with and on the other hand it aims to estimate the index of relation between these various factors and behaviors observed.*

*To conclude this study, the documentary analysis, the investigation in real field and the observation were used like technique of gathering information and data. Software Statistic SPSS enabled us to make the examination and the statistical analysis of the data.*

*The main results reveal that the psychological repercussions of the miscarriages are of several kind such as the anxious-depressive symptoms (80,28), the fact of digging out the possible causes of the abortion (21,13); the abandonment with God (30,98); and the escape of any discussion relating to miscarriage (04,22).*

*These repercussions vary from one woman to another according to her lived experience of miscarriage. The components most found of this lived experience are the feeling of mourning (45,07); despair (30,98) the feeling of failure (19,72); the feeling of vacuum (04,22); the guilty feeling(12,68).*

*The other factors like the history of pregnancy, the worry about the pregnancy, the reaction of the spouse and the neighborhood of the woman, the type of interpretation that the woman gives to her miscarriage and the gynecological and obstetrical background of the woman can accentuate or reduce the intensity of these repercussions.*

*Above all this, we assume that the miscarriage is in major cases the source of psychological traumatism for these women.*

**Key-words :** *Spontaneous abortion, psychological repercussions, experience, Benin*

## **Introduction**

Dans toutes les cultures du monde, donner la vie est l'acte le plus important afin de faire pérenniser la société. La naissance d'un enfant est donc un merveilleux événement qui valorise la femme donneuse de vie. Il arrive toutefois qu'elle soit surprise par une interruption de sa grossesse avant son aboutissement.

Autrefois gardée secrète ou encore banalisée (Belleau, 2016), la perte d'une grossesse n'est surement pas facile pour les femmes qui la vivent. Nombreuses seraient donc ces femmes qui ne font jamais mention à leur entourage de ces enfants qu'elles ont porté, mais qu'elles ne verront jamais naître puis grandir.

Ce phénomène de perte de grossesse communément appelé fausse couche ou avortement spontané a été défini par l'OMS en 1977 comme l'expulsion de l'organisme maternel d'un embryon ou d'un fœtus de moins de 500g, ce qui correspond à environ 20 à 22 semaines de gestation (Séjourné, 2008). A une certaine époque, on jugeait ce phénomène courant sans conséquence et surtout, sans importance (DiMarco et al ; 2001). Toutefois, depuis les années 1980, la communauté scientifique a fait plus de recherches sur le sujet, et arrive à la conclusion que la perte d'une grossesse entraînait un deuil et beaucoup plus de conséquences qu'on ne le croyait par le passé (Fenstermacher et al; 2013).

Une étude effectuée dans le cadre du Réseau de Recherche en Santé de la Reproduction en Afrique (RESAR) sur 628 femmes, montrait que 78,3% avaient eu des avortements spontanés (Ky, 1998). Au Bénin, Hinson et ses collaborateurs (2012) ont montré que l'avortement spontané constitue un drame pour les familles qui le vivent. La perte d'une grossesse est ainsi un événement qui peut avoir de nombreuses conséquences sur le vécu de la grossesse suivante ainsi que sur les attitudes parentales et l'enfant à venir (Lamb, 2002). Les femmes victimes d'avortement spontané éprouvent donc divers sentiments, comme le chagrin, la dysphorie, le choc émotionnel la peur, l'injustice, la culpabilité, la honte, le traumatisme ou la dévastation (Abboud, 2003).

Ces manifestations suscitent de multiples interrogations en ce sens qu'en Afrique, en situation de détresse, la famille constitue un nid d'amour et de communion qui facilite la traversé des tempêtes. Une observation de ces femmes nous a montré qu'aussi bien juste après la perte de leur grossesse, que des jours après, la plupart avaient toujours un visage triste, faisaient des soupirs répétitifs et tenant des propos de détresse. Ces faits font penser à l'existence d'autres facteurs favorisant la décompensation chez les femmes victimes d'avortement

spontané. Cela nous amène à nous demander en quoi consistent les mécanismes de décompensations chez les femmes victimes d'avortement spontané ?

Dans la dynamique d'une meilleure compréhension de ces mécanismes, ce travail a été initié dans le but de faciliter une meilleure prise en charge psychologique des femmes victimes d'avortement spontané. De nature mixte, cette étude vise à comprendre les déterminants de la décompensation chez les femmes ayant eu un avortement spontané. Elle part de l'hypothèse selon laquelle les comportements observés chez les femmes suite à une expérience d'avortement spontané sont liés à des facteurs psychologiques, psychosociaux et gynéco-obstétricaux.

## **1. Méthode**

### **1.1 Population**

L'étude concerne toutes les femmes qui ont connu un avortement involontaire et qui ont été admises dans les services de gynécologie et obstétrique du CNHU-HKM de Cotonou.

#### *1.1.1 Critères d'inclusion / exclusion*

A travers une étude exploratoire nous avons repéré le CUGO comme un site potentiel de fréquentation de personnes ayant été confronté à un avortement spontané.

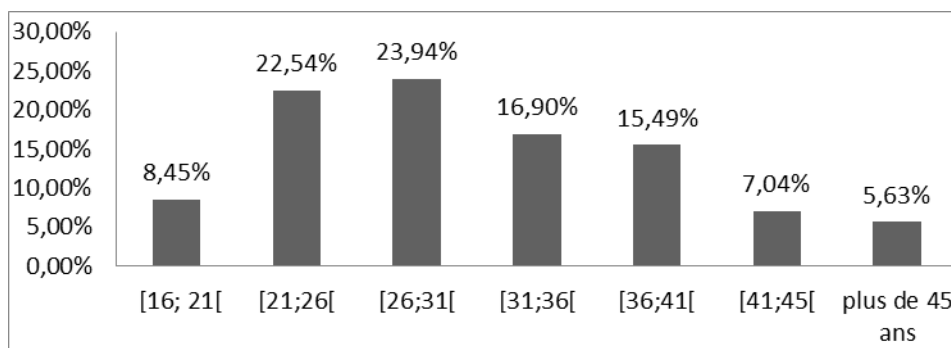
Notre étude a pris en compte les femmes qui ont fait l'objet d'une interruption involontaire de leur produit de conception d'une durée de vie d'une (1) semaine à vingt-sept (27) semaines révolus, qui ont bénéficié de soins médicaux, qui reviennent pour des visites de contrôle jusqu'au troisième mois après l'expulsion et qui ont accepté participer à l'étude.

Sont exclues de notre étude toutes les femmes dont le terme de grossesse est inconnu, dont le produit de conception a un poids supérieur à 500g, dont l'expulsion a été provoquée volontairement ou qui n'étaient pas présentes à nos heures de présence.

#### *1.1.2 Population d'étude*

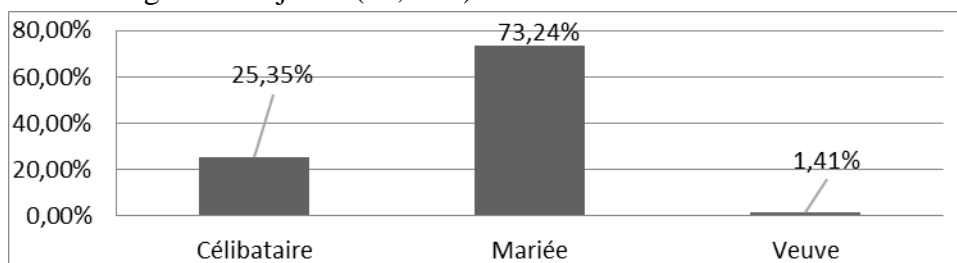
Nous avons effectué une enquête d'août à novembre 2015, durée au bout de laquelle nous avons pu enregistrer 71 femmes.

- L'âge des patientes de l'échantillon allait de 16ans à 47 ans, que nous avons réparti en classes d'amplitude 5. L'âge moyen est de 31 ans. Le graphique ci-dessous, montre que les patientes de la tranche 26 à 31 ans étaient plus représentées.



**Graphique 1 :** Répartition des femmes en classes d'âges

- La grande majorité (73,24%) de ces femmes étaient mariées.



**Graphique 2 :** Répartition des femmes en fonction de leur situation matrimoniale

## 1.2 Matériel

Pour recueillir les données, les techniques de questionnaire et d'observation ont été utilisées.

Dans le cadre de ce travail, le questionnaire est utilisé pour collecter des informations auprès des femmes victime de l'avortement involontaire. Il a été formulé suivant cinq axes :

- Caractéristiques sociaux démographiques,
- Antécédents en relation avec d'éventuelles fausses couches,
- Histoire de la grossesse perdue,
- Emotions,
- Relation avec l'entourage et réactions.

L'observation, quant à elle, s'est focalisée sur l'usage des sens pour la collecte des informations qualitatives. Dans le cadre de cette recherche, elle nous a permis de recueillir des données relatives à l'expression de la douleur de l'enquêtée face à la perte de sa grossesse telles que les crises de larmes, la tristesse, les soupirs, etc. La grille d'observation est élaborée pour compléter les données recueillies par le questionnaire. Elle s'est consacré aux différentes manières d'expression de la

douleur par la population cible. Il est question d’observé les gestes, les mimiques, l’expression du visage...

### **1.3 Procédure**

Avant de recevoir une patiente en entretien, son dossier médical est consulté afin de compléter nos informations par celles relevant du domaine médical, par exemple le nombre d’avortements volontaires, le nombre de fausses couches et d’enfants vivants...

Suite à cela, l’objet de l’étude est brièvement exposé puis le consentement libre et éclairé des enquêtés est recueilli.

Tous les entretiens ont eu lieu dans un endroit isolé, calme, en conformité avec la volonté de respect de l’intimité et de la confidentialité de chacune des enquêtées. Chaque entretien a duré environ cinquante (50) minutes.

## **2. Résultats**

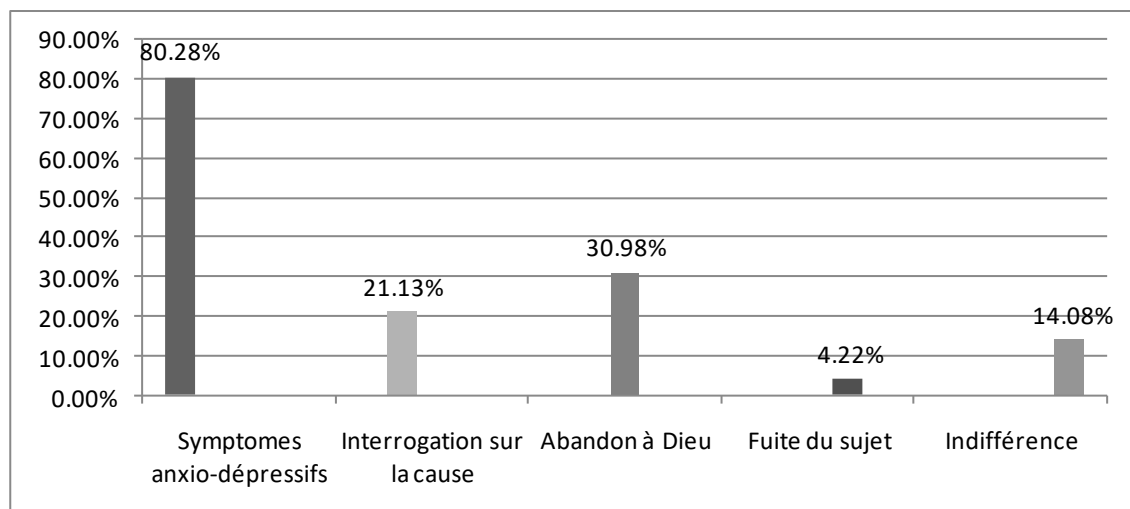
### **2.1. Les symptômes relevés**

**Tableau I :** Répartition des femmes en fonction des symptômes anxio-dépressifs repérés

<b>Types de sentiments</b>	<b>Nombre de femme</b>	<b>Fréquence</b>
Tristesse	46	64,79%
Nervosité	11	15,49%
Crises de larmes	21	29,58%
Soupires répétitifs	11	15,49%
Regard évasif	12	16,90%
Difficulté d’expression	06	08,45%
Isolement	07	09,86%
Trouble de sommeil	20	28,17%
Peur que cela se répète	41	57,75%
Doute de tomber enceinte	19	26,76%
Peur de la réaction des autres	06	08,45%
Interrogation sur la cause	15	21,13%
Abandon à Dieu	22	30,98%
Fuite du sujet	03	04,22%
Indifférence	10	14,08%

**Source :** Résultats de nos enquêtes, 2015

Nombreuses sont les observations faites par les patientes après la perte de leur grossesse et parmi ces observations, celles indiquant les troubles de l’humeur sont les plus représentées.



**Graphique 3:** Répartition des femmes en fonction des différents groupes de symptômes retrouvés.

**Source :** Résultats de nos enquêtes, 2015

La majorité des patientes développent des symptômes anxio-dépressifs (80,28%) et 04,22% ne veulent pas parler du sujet.

Nous avons considéré comme symptômes anxio-dépressifs les crises de larmes, la tristesse, les soupires répétitifs, la nervosité, l’isolement, les difficultés d’expression, la peur de ne plus tomber enceinte, la peur de la réaction des autres, la peur de revivre la même situation.

### 2.2. Lien probable entre les variables

Les données de nos enquêtes compilées ne permettent pas de calculer le Khi-deux, vu la présence du chiffre 0 et le chevauchement des modalités de notre variable dépendante. Ainsi, nous ne pouvons pas estimer l’indice de relation entre les facteurs. Toutefois, nous allons nous baser sur les pourcentages pour estimer les fréquences d’apparition.

2.2.1. Degré d'attachement et symptômes anxio-dépressifs

**Tableau II :** Relation entre le degré d'attachement à la grossesse perdue et les symptômes anxio-dépressifs

Comportement adoptés	Degré d'attachement		Attachement fort n=31		Attachement faible n=21		Attachement inexistant n=19	
	Symptômes anxio-dépressifs	3	100%	1	87,71%	08	42,10%	
Interrogation sur cause	1	22,58%	8	23,81%	03	15,79%		
Abandon à Dieu	0	29,03%	0	33,33%	06	31,58%		
Fuite du sujet	7	06,45%	5	04,76%	0	0%		
Indifférence	0	0%	0	14,28%	07	36,84%		
	9		7					
	0		0					
	2		1					
	0		0					
			3					

Source : Résultats de nos enquêtes, 2015

Le tableau nous montre que 100% des femmes qui étaient très attachées à leur grossesse ont eu des symptômes anxio-dépressifs.

2.2.2. Vécu de l'avortement

Le tableau III, montre que toutes les femmes qui ont éprouvé un sentiment de deuil, d'échec, de refus de croire en l'événement traumatique ou de désespoir ont, après la perte de leur grossesse, manifesté des symptômes anxio-dépressifs.

**Tableau III :** Relation entre le vécu de la perte de la grossesse et la réaction des femmes après la perte de la grossesse

Comportements adoptés	Vécu						
	Sentiment d'échec n=14	Sentiment de deuil n=32	Sentiment de vide n=03	Sentiment de culpabilité n=09	Refus de croire n=04	Désespoir n=22	Soulagement n=08
Symptômes anxio-dépressifs	100%	100%	100%	77,7%	10%	100%	0%
Interrogation sur la cause	21,4%	34,3%	66,6%	22,2%	50%	18,18%	0%
Abandon à Dieu	50%	0%	0%	11,1%	0%	22,73%	0%
Fuite du sujet	0%	28,1%	0%	22,2%	25%	0%	100%
Indifférence	0%	06,3%	0%	0%	25%	09,10%	0%
		0%			0%	0%	

**Source :** résultats de nos enquêtes, 2015

### 2.2.3. Réaction de l'entourage

Le tableau V nous montre que sur 14 femmes dont le conjoint était indifférent, 12 soit 85,71% ont eu des symptômes anxio-dépressifs et 02 soit 14,28% ont été indifférentes. Sur les 10 femmes qui n'ont pas reçu le soutien de leur famille 07 soit 70% ont manifesté des symptômes anxio-dépressifs.

**Tableau IV:** Relation entre les réactions de l'entourage et réactions des femmes après la perte de leur grossesse

Type de réaction \ Comportements adoptés	Compassion du conjoint N=39	Indifférence du mari N=14	Soutien de la famille N=58	Indifférence de la famille N=10	Propos provocateurs N=6
Symptômes anxio-dépressifs	82,05%	85,7%	79,31%	70%	100%
Interrogation sur la cause	10,26%	42,8%	15%	20%	50%
Abandon à Dieu	17,95%	57,1%	34,48%	30%	66,6%
Fuite du sujet	0%	07,1%	03,45%	10%	16,6%
Indifférence	12,82%	14,2%	08,62%	30%	0%

Source : Résultats de nos enquêtes, 2015

#### 2.2.4. Aspect désiré ou non de la grossesse

**Tableau V :** Relation entre l'aspect désiré de la grossesse et la réaction des femmes

Nature de la grossesse \ Comportement adoptés	et		non		Grossesse recherchée n= 01
	Grossesse désirée n=30	Grossesse inattendue acceptée n=36	Grossesse inattendue et désir d'avorter n=03	Grossesse sue n=01	
Symptômes anxio-dépressifs	96,67%	72,22%	33,33%	0%	100%
Interrogation sur la cause	13,33%	22,22%	66,67%	100%	0%
Abandon à Dieu	23,33%	33,33%	33,33%	100%	100%
Fuite du sujet	03,33%	05,55%	0%	0%	0%
Indifférence	0%	22,22%	66,67%	0%	0%

Source : Résultats de nos enquêtes, 2015

D'après ce tableau sur 30 femmes qui ont désiré avoir cette grossesse perdue, 29 soit 96,33% ont eu des symptômes anxio-dépressifs et sur les 03 qui ont eu des désirs d'avortement au début de leur grossesse 01 personne a eu les mêmes symptômes. La seule femme qui a eu sa grossesse après des traitements et qui l'a perdue manifeste des symptômes anxio-dépressifs, quand celle qui ne savait pas

qu'elle était enceinte avant la perte se demande ce qui peut être à la base d'un tel phénomène.

### 2.2.5. Age de la grossesse

**Tableau VI:** Relation entre l'âge de la grossesse perdue et réaction des femmes

Age de la grossesse Comportements adoptés	Age embryonnaire n=38		Age foetal n=30		Age de mouvement n=3	
	Symptômes anxio-dépressifs	35	92,10%	19	63,33%	03
Interrogation sur la cause	08	21,05%	05	16,67%	02	66,67%
Abandon à Dieu	13	34,21%	07	23,33%	02	66,67%
Fuite du sujet	02	05,26%	0	0%	01	33,33%
Indifférence	03	07,89%	07	23,33%	0	0%

Source : Résultats de nos enquêtes, 2015

A travers les résultats consignés dans ce tableau, nous trouvons que sur les 30 femmes dont la grossesse est perdue à l'âge foetal, 19 soit 63,33% ont eu des symptômes anxio-dépressifs, quand 07 soit 07,89% ont été indifférentes. Sur les 03 femmes dont les grossesses étaient en âge de mouvement, 100% ont eu des symptômes anxio-dépressifs.

### 2.2.6. Nombre d'enfants vivants

**Tableau VII:** Relation entre le fait d'avoir un enfant ou pas et observations faites après la perte de la grossesse

Nombre d'enfants Comportements adoptés	0 enfant n=26		1 enfant et plus n=45	
	Symptômes anxio-dépressifs	19	73,08%	38
Interrogation sur la cause	07	26,92%	08	17,78%
Abandon à Dieu	10	38,46%	12	26,67%
Fuite du sujet	02	07,69%	01	02,22%
Indifférence	06	23,08%	04	08,89%

Source : Résultats de nos enquêtes, 2015

Sur les 26 femmes qui n'ont pas d'enfants, 19 soit 73,08% ont eu des symptômes anxio-dépressifs après la perte de leur grossesse et 06 soit 23,08% en ont été indifférentes.

### **3. Discussion**

#### **3.1. Psychopathologie**

Parmi les réactions observées chez les femmes après l'avortement spontané, nous avons eu quelques symptômes anxio-dépressifs, retrouvés dans 80,28% des cas ; il s'agit essentiellement de : crises de larmes, tristesse, soupirs répétitifs, nervosité, regard évasif, isolement, peur de revivre la même situation, peur de la réaction des autres, peur de rester stérile, troubles du sommeil, difficultés d'expression.

Pour la présente étude, ces symptômes sont les principales répercussions des avortements spontanés chez les femmes enceintes.

Les symptômes anxio-dépressif traduisent la première étape, à savoir le vécu de la perte même. Avec les troubles du sommeil, la difficulté d'expression, les « états d'anxiété, et la fuite du sujet traduisent la troisième étape qui est celle de la désorganisation. L'indifférence et l'abandon à Dieu ne s'inscrivent pas dans ce processus de travail de deuil si ce n'est une forme de résignation.

Garel, Lelong et Blondel (1987) ont trouvé que 43% des femmes ont des réactions dépressives intenses juste après leur fausse couche. Friedman et Gath (1989) ont trouvé la dépression dans 51% des cas. Il existe un grand écart entre ces résultats et ceux du présent travail. Les symptômes dépressifs ont été retrouvés chez les femmes qui ont désiré avoir leur grossesse à 83,58%, quand cela se retrouvait à 100% chez celles qui ont été très attachées à leur grossesse. Nous constatons que la femme victime ai d'enfant ou pas les symptômes dépressifs peuvent se manifester chez elle, mais au fur et à mesure que l'âge de la grossesse évolue la femme investie la grossesse ce qui fait manifester chez 100% des femmes qui ont perdues leur grossesse après 24 semaines d'aménorrhéedes symptômes dépressifs. Les femmes ont fait part du sentiment de deuil (45,07%), du désespoir (30,98%), du sentiment de culpabilité (12,68%), du sentiment de vide (04,22%), du sentiment d'échec (19,72%), du sentiment de satisfaction (11,27%), du refus de croire à la perte de la grossesse (05,63%). A ce propos, Garel, Lelong et Blondel (1987) ont trouvé en commun avec nous quelques composantes du vécu mais à des fréquences très différentes. Il s'agit du sentiment d'échec chez 72% des femmes, du sentiment de culpabilité chez 56% et du sentiment de satisfaction chez 31%.

#### **3.2. Désir ou non de la grossesse et symptômes anxio-dépressifs retrouvés chez les femmes**

Pour la grande majorité de nos répondants, la grossesse était la bienvenue, bien qu'elle n'ait pas été planifiée dans tous les cas. Notons que 73,24% des femmes enquêtées sont mariées et de ce fait une grossesse vient procurer de la joie et de

l'espoir à ces femmes. Des symptômes anxio-dépressifs ont été retrouvés chez les femmes qui ont manifesté le désir de garder la grossesse à 96,67%.

On peut ainsi dire qu'une fois que la femme a accepté la grossesse, il paraît évident qu'elle commence par investir son fœtus dont la perte serait toujours source de traumatisme psychique d'après le fonctionnement de la personnalité selon Freud (Anzieu, 1988) d'où les symptômes anxio-dépressifs. Mise à part ces symptômes, 13,33% de ces femmes cherchent à savoir la cause de l'avortement et 23,33% disent se remettre à Dieu.

### ***3.3. Degré d'attachement à la grossesse et symptômes anxio-dépressifs retrouvés chez les femmes.***

D'après la psychologie de la femme enceinte, au premier trimestre de la grossesse, les femmes ont un doute et ce doute pourrait rendre faible voire inexistant l'attachement de la femme à sa grossesse. Ce doute ne veut pas dire que les femmes ne veulent pas de leurs enfants mais, même si elles écartent l'idée de l'avortement, elles pensent beaucoup plus à elles-mêmes et à la réaction de l'entourage à propos de leur grossesse ce qui les amènent à consacrer moins de temps au fœtus qu'elles portent ; or 42,46% des femmes de notre échantillon avaient un âge gestationnel de moins de 12 semaines d'aménorrhée, autrement dit, elles étaient au premier trimestre. C'est donc clair que l'attachement à ce stade est rare et faible. Toutefois, « Les mères ayant connu une perte d'enfant vivent leur grossesse de façon plus négative. Elles sont plus anxieuses, plus déprimées et plus inquiètes » (Squires, 2004).

Par ailleurs, les femmes qui ont été très attachées à leur grossesse ont eu des symptômes anxio-dépressifs. Ceci pourrait nous amener à admettre un lien entre le degré d'attachement à la grossesse et symptômes anxio-dépressifs, mais nous avons remarqué que 42,10% de celles qui n'étaient pas du tout attachées à leur grossesse avaient également eu ces symptômes. On peut dire que ces symptômes sont les répercussions immédiates de la perte de la grossesse et sont très peu influençables par le degré d'attachement à la grossesse. Toutefois aucune femme très attachée à sa grossesse n'a été indifférente à sa perte.

### ***3.4. Vécu de la perte de la grossesse et symptômes anxio-dépressifs***

A côté de l'attachement à la grossesse, on a le vécu de l'avortement spontané par les femmes, qui n'est pas sans effet sur les comportements adoptés par ces derniers après l'avortement spontané. Ainsi, le sentiment de deuil, de désespoir, de culpabilité, de vide, d'échec, et du refus de croire à la perte de la grossesse sont les composantes de ce vécu. Si nous nous référons au modèle explicatif des réactions des femmes après la perte d'une grossesse, le sentiment de deuil traduit la première étape du travail de deuil, le refus de croire à la perte de la grossesse et

le sentiment de culpabilité traduisent l'étape de protestation. Notons ici que la culpabilité ressentie n'est pas celle d'avoir provoqué directement l'avortement puisque d'ailleurs il est spontané, mais, c'est celle due aux activités menées au cours de la grossesse. Pour certaines femmes, c'est dû à un acte posé dans le passé comme une IVG, ou également due à une obligation manquée envers un être suprême. Les autres composantes sont caractéristiques de l'étape de désorganisation.

Quant à la relation entre ce vécu et les symptômes anxio-dépressifs, les résultats montrent qu'à part le sentiment de culpabilité et de soulagement, tous les autres sentiments ont entraîné 100% des symptômes anxio-dépressifs. Soixante-dix-sept virgule soixante-dix-huit pourcent (77,78%) des femmes qui ont éprouvé le sentiment de culpabilités ont eu des symptômes dépressifs et 0% de celles qui étaient soulagées n'en ont pas eu. On en conclut que les symptômes anxio-dépressifs ne sont pas liés à un type de sentiment éprouvé. A part le sentiment de soulagement, tous les sentiments ont engendrés des symptômes anxio-dépressifs d'autant plus qu'ils traduisent les étapes du travail de deuil. C'est résultats sont en concordance avec ceux relatifs aux travaux sur la fausse couche de Séjourné et ses collaborateurs (2009). En effet, ces chercheurs relèvent que les émotions négatives telles que la tristesse, la peur et la culpabilité étaient fréquemment relevées dans le discours de femmes ayant subi un avortement spontané.

### ***3.5. Réaction de l'entourage, et des symptômes anxio-dépressifs retrouvés chez les femmes***

Parlant de la réaction de l'entourage par rapport à la perte de la grossesse, on a soit la compassion, soit l'indifférence, soit des propos accusateurs. On peut dire que l'impact de ces facteurs sur les comportements adoptés par les femmes ne paraît pas évident. On constate que la majorité de celles qui ont été soutenues aussi bien pas le conjoint, que par leur propre famille ont eu des symptômes anxio-dépressifs. Ceci contrairement à ce qu'on pourrait penser. Cette situation est due au fait que quelques symptômes anxio-dépressifs traduisent la première étape du travail de deuil qui est celle où les femmes vivent la perte même et le plus souvent sans contact avec l'entourage. Nous pouvons expliquer cela en disant que la compassion apportée à ces femmes les a rendues indépendantes à tel point qu'elles n'arrivaient pas à sortir de leur travail de deuil et étaient donc prolongées dans la troisième étape qui est celle de la désorganisation, d'où les troubles du sommeil, les difficultés d'expression.... En d'autres termes, l'entourage peut aider la femme à mieux désinvestir son fœtus s'il ne dramatise pas trop la situation. En fait, dramatiser la situation serait de faire revivre à la femme son attachement à la grossesse et cela ne favorise en aucun cas le travail de deuil. En effet, « La majorité des femmes mettent en avant l'importance d'être

entourée et de pouvoir trouver du réconfort auprès de leur entourage, que celui-ci soit familial, amical ou professionnel » (Séjourné et al, 2009).

### **3.6. Age gestationnel et symptômes anxio-dépressifs retrouvés chez les femmes**

Concernant l'âge gestationnel, 42,86% de notre échantillon avaient entre 12 et 24 semaines d'aménorrhéesoit l'âge fœtal, et seulement 02,86% avaient des grossesses de plus de 24 semaines d'aménorrhée. Notons que sur ces 02,86% de femmes, nulle n'a été indifférente à la perte de la grossesse. Elles avaient toutes été affectées d'une manière ou d'une autre par cette situation, 100% de ces femmes avaient eu des symptômes anxio-dépressifs ; ce d'autant plus qu'elles étaient à quelques pas de l'accouchement. Il faut noter qu'à ce stade de la grossesse, la majorité des femmes commencent par entreprendre des dépenses pour préparer la venue de l'enfant et le fait de se rendre à l'évidence qu'elles ne peuvent plus voir cet enfant naître, qu'elles ne peuvent jamais le prendre dans leurs bras ou qu'elles ne peuvent jamais le voir grandir, paraît un échec narcissique. Il faudrait donc faire un désinvestissement comme le suggère la théorie de Freud pour y arriver. Le travail de deuil s'impose beaucoup plus à ces femmes qu'aux autres.

### **3.7. Attributions causales et interrogations sur la cause possible de l'avortement**

La plupart des patientes qui s'interrogent sur la cause de l'avortement, pense à un problème organique, soit 10 femmes sur 24, ce qui induit quelque part une peur. On pense que c'est un problème organique, mais on cherche à savoir exactement ce que c'est et on se demande si ça pourrait se reproduire et qu'elles pourraient en être les conséquences possibles. En d'autres termes, on se demande si la capacité à être mère est remise en cause et c'est tout à fait une attitude responsable et souhaitée. Par contre, cette interrogation est très peu retrouvée chez celles qui disent que c'est la volonté de Dieu. Dire qu'on « *remet tout à Dieu* » ou que « *c'est Dieu qui a voulu* » c'est une manière de ne pas vouloir faire face à ce qu'on vit. C'est quelques part banaliser ce qui se passe, et cela n'est pas sans effet. On voit donc qu'elles ne cherchent à savoir réellement ce qui s'est passé et donc pourraient être facilement victimes d'un autre avortement spontané. Une étude plus spécifique pourrait être menée pour mieux éclaircir ce point. Il en est de même pour celles qui pensent à une cause culturelle, en d'autres termes, à une persécution. Elles supposent que c'est l'autre qui en est la cause et ne cherchent plus à comprendre ce qui s'est réellement passé. On peut donc estimer que l'interrogation sur les causes possibles de l'avortement spontané est sous l'influence du registre dans lequel les femmes inscrivent leur avortement.

## **Conclusion**

Nos résultats nous permettent de dire que plusieurs facteurs concourent à la survenue de symptômes psychopathologiques. Même si les données ne nous permettent pas d'affirmer des liens statistiques précis, elles donnent de sérieux indices sur les raisons pouvant cristalliser le deuil post avortement spontané.

Ainsi, quel que soit l'âge gestationnel de la fausse couche, sa survenue a, dans la grande majorité des cas, des retombées psychologiques. Certains facteurs comme le vécu de l'événement traumatique, le degré d'attachement à la grossesse, la réaction de l'entourage en terme de soutien perçu, les antécédents gynéco-obstétricaux sont déterminants dans le pronostic psychopathologique des femmes victimes.

Les acteurs de la santé et autres décideurs ont là, des indicateurs permettant une prise en charge pluridisciplinaire efficace. La place et le rôle du psychologue auprès d'un tel public nous semble indiscutable. Ce dernier doit être intégré au système de soin, pour faire bénéficier les femmes d'une prise en charge psychologique, afin de réduire l'ampleur des retombées aussi bien sur leur santé mentale que physique.

Cette étude, en se voulant à dominante quantitative n'a pas permis de fournir des données complètes permettant de calculer des liens statistiques. Il serait souhaitable que d'autres études soient conduites avec des échantillons plus grands, de manière à isoler chaque observation afin d'estimer dans la mesure du possible l'indice de relation entre elle et chaque facteur susceptible de faire la faire varier.

Par ailleurs, il serait intéressant de mettre sur pied un protocole à dominante qualitative, mettant en jeu une méthodologie basée sur l'entretien, de sorte à mieux analyser les dissonances, résonances et conflits intra psychiques en interaction.

Pour finir, nous reconnaissons que notre travail n'a pas abordé le problème de l'avortement spontané dans sa totalité, et que d'autres études pourront être faites sur d'autres aspects du problème. Ainsi, la vie du couple après un avortement spontané pourrait constituer une perspective de recherche permettant d'accorder un prisme de lecture différent au problème. Cette problématique pourrait, sonder le vécu que les conjoints ont de l'avortement spontané et ses implications sur la santé de la famille.

Dans la même perspective, une étude pourrait être conduite sur les interruptions volontaires de grossesse, avec une ligne de conduite comparative, pouvant permettre de rechercher les différences et les ressemblances au niveau des répercussions psychologiques.

**Référence bibliographique**

- ANZIEU Didier**, 1988, *L'auto-analyse de Freud*. PUF, Bibliothèque de psychanalyse
- ABBOUD Lina Nadia et LIAMPUTTONG Pranee** (2003). Pregnancy loss: what it means to women who miscarry and their partners *Soc Work Health Care*, 26 (3) pp. 37-62.
- BLONDEL Béatrice, LELONG Nathalie, KERMARREC Morgane, GOFFINET François**, (2012). Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Elsevier Masson, 41 (2), pp.151-66.
- BLONDEL Béatrice, SUPERNANT Karine, DU MAZAUBRUN Christiane, BREART Gérard.**, (2006). La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. *J GynecolObstetBiolReprod*, 35, pp 373-87.
- BELLEAU Joanie** (2016). *L'expérience des femmes consultant pour un avortement spontané sans prise en charge chirurgicale au chu sainte Justine*. Mémoire de thèse. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 180 p.
- CARTER Diana, MISRI Shaila. (2007). Tomfohr Lianne.** Psychologic aspects of early pregnancy loss *ClinObstetGynecol*, 50 (1): 154-165.
- DIMARCO Maguerite Ann, MENKE Edna et MCNAMARA Tracey.** (2001). Evaluating a support group for perinatal loss. *MCN: The American Journal of Maternal child Nursing*, 26(3).
- DE FARCY DE PONTFARCY Charlotte**, (2013). *Le vécu d'une fausse-couche chez les femmes. La fausse-couche est-elle à considérer comme une situation de deuil périnatal ? Etude qualitative du 20 septembre au 9 octobre 2012*. Mémoire du diplôme d'état de sage-femme. Université de Brest, 73p.
- ENGELHARD Iris M, VAN DEN HOUT Marcel A, ARNTZ Arnoud.**(2001) Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss *Gen Hosp Psychiatry*, 23 : 62-76.
- FENSTERMACHER Kimberly, & HUPCEY Judith** (2013). Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2389-2400.
- FRIEDMAN Lynn., et DARIA Irene.** (1996). *Woman doctor's guide to miscarriage* New York: Hyperion.
- FRIEDMAN Trevor, GATH Dennis**, (1989). The psychiatric consequences of spontaneous abortion. *Br J Psychiatry*, 155, 810-813.
- GAREL Micheline, BLONDEL Béatrice, LELONG Nathalie., PAPIN Chantal, BONENFANT Sarah., KAMINSKI Monique.** (1992)

Réactions dépressives après une fausse couche *ContraceptFertilSex*, 20 (1) : 75-81.

**GAREL Micheline et LEGRAND Hélène.** (2005) *L'attente et la perte du bébé à naître* Paris: Albin Michel.

**HANUS Michel** (2001). *Les deuils dans la vie* Paris : Maloine.

**KY André Yolland (1998)** Les avortements dans les maternités de la ville de Ouagadougou: aspects : épidémiologiques cliniques et prise en charge.Th. Médecine FSS Ouagadougou, n 544 :90.

**LAMB Elizabeth** (2002) The impact of previous perinatal loss on subsequent pregnancy and parenting *J Perinat Educ*, 11 (2) : 33-40.

**LOK Ingrid Hung, NEUGEBAUER Richard.** (2007) Psychological morbidity following miscarriage *Best Pract Res ClinObstetGynaecol*, 21 (2): 229-247

**PRETTYMAN Richard J. A. et CORDLE Carolyn J.** (1994) 2-year follow-up of women who have experienced early miscarriage *J Reprod Infant Psychol*; 1: 37-43.

**SEJOURNE Natalène, CALLAHAN Stacey et CHABROL Henri.** (2008). L'impact psychologique de la fausse couche, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* 5(37) : 435-440.

**SQUIRES Claire,** 2004, L'ombre de l'enfant non né sur la grossesse suivante, *Cliniques méditerranéennes*, 69, 269-288.