UNIVERSITÉ D'ABOMEY-CALAVI
(UAC)
****
FACULTÉ DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
(FASHS)
****
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
(DP)
******

3e ANNÉE DE LICENCE EN PSYCHOLOGIE

******

RAPPORT DE STAGE

Répercussions des interruptions involontaires de grossesse sur la santé mentale des femmes enceintes au CHU-MEL à Cotonou

Réalisé par :

Etnaucia Fritzelle Mary-Grace GNONLONFOUN

Sous la direction de :

Dr Ornheilia ZOUNON
Enseignant-Chercheur

Soutenu publiquement le 24 mai 2024 devant le jury composé de :

Président / Rapporteur	:	Dr Ornheilia ZOUNON
Examinateur	:	Dr Bernadin DOSSA
Membre	:	Mme Mélody AHOTON

Mention : Très Bien **Note :** 17/20

Année académique 2022 - 2023

SOMMAIRE

DEDICACE..... 2
REMERCIEMENTS 3
LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 4
LISTE DES TABLEAUX, PHOTO ET FIGURE 5
RÉSUMÉ 6
ABSTRACT 6
INTRODUCTION 7
CHAPITRE 1 : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE … 9
CHAPITRE 2 : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE …… 18
CHAPITRE 3 : PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION ……... 35
CONCLUSION 48
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 50

DEDICACE

Je dédie ce travail :

A mon père, Gilles Marie Modeste DOBOSSOU

A ma mère, Vicentia Sabine GLELE A KAKAÏ.

REMERCIEMENTS

La réalisation de ce travail a été un parcours partagé et porté par de nombreuses personnes envers qui j'exprime ma profonde reconnaissance :

Au Professeur Ornheilia ZOUNON, Chef du Département de la Psychologie, pour sa contribution scientifique et son entière disponibilité à diriger ce travail, en dépit de ses multiples occupations ;

A l'endroit de tous les enseignants du Département de la Psychologie.

Au Directeur du CHU-MEL, Monsieur Sourou Raymond KINTOMONHO

A notre Maître de stage, le Psychologue du CHU-MEL, Monsieur Vital GODOVO

A la Surveillante du Service de Consultation prénatale du CHU-MEL, Madame Geneviève KOUDJO

A toute l'équipe du Service de Pédiatrie du CHU-MEL

A mes amis de promotion, avec qui j'ai passé des moments précieux

A toute ma famille, et à tous ceux qui m'ont soutenue dans la réalisation de ce travail.

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

CHU-MEL	:	Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune
CIM-10	:	Classification Statistique Internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10è version
DES	:	Doctorant En Spécialité
DSM-5	:	Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders fifth edition
HOMEL	:	Hôpital de la Mère et de l'Enfant Lagune
IIG	:	Interruption Involontaire de Grossesse
FMIU	:	Fœtus mort intra-utérin
MFIU	:	Mort fœtale intra-utérine
MSD	:	Maison départementale des solidarités (Manuel MSD)
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
OMD	:	Objectif du Millénaire pour le développement
ODD	:	Objectif de Développement Durable
OMS	:	Organisation Mondiale de la santé
SA	:	Semaine d'Aménorrhée
SSPT	:	Symptôme de Stress Post Traumatique
TSPT	:	Trouble de Stress Post-Traumatique
USI	:	Unité de Soins Intensifs
VIH/SIDA	:	Virus de l'Immunodéficience Humaine/ Syndrome d'Immunodéficience Acquis.

LISTE DES TABLEAUX, PHOTO ET FIGURE

TABLEAU I	:	Caractéristiques démographiques des participantes
TABLEAU IIa	:	Présentation des résultats en lien avec le soutien social
TABLEAU IIb	:	Résumé des réponses sur le soutien reçu de la part du personnel Médical et de l'entourage
TABLEAU III	:	Résumé des expériences émotionnelles antérieures d'interruption involontaire de grossesse
TABLEAU IV	:	Influence des expériences émotionnelles antérieures d'interruption involontaire de grossesse sur le suivi prénatal
PHOTO	:	Entrée du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune.
FIGURE	:	Cadre conceptuel des effets psychologiques liés à l'interruption involontaire de grossesse au Bénin : cas du CHU-MEL (2023).

Résumé

Ce rapport explore l'impact des interruptions involontaires de grossesse sur la santé mentale des femmes, en se concentrant sur les facteurs psychosociaux. La recherche s'est intéressée à comment ces interruptions involontaires de grossesse affectent le bien-être psychologique des femmes et leur impact sur le déroulement des grossesses futures, ainsi que sur le suivi prénatal. L'étude est menée au CHU-MEL à Cotonou, du 04 septembre au 05 décembre 2023. Au total, 32 femmes enceintes ont été interviewées. Il s'est agi d'une étude transversale, descriptive et analytique, à dominance qualitative. Les données analysées mettent en évidence l'importance du soutien social, du niveau d'éducation et de l'âge biologique dans la manière dont les femmes vivent et font face émotionnellement à ces événements. Les résultats de la recherche indiquent que 65 % des femmes mariées ont signalé des niveaux plus élevés de soutien social par rapport à 45 % des femmes non mariées. De plus, 80 % des femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé ont recherché des ressources supplémentaires pour surmonter les difficultés, par rapport à 50 % ayant un niveau d'éducation plus faible. En termes d'âge biologique, les femmes de moins de 30 ans ont connu des niveaux plus élevés de détresse émotionnelle, avec 75 % signalant des réactions intenses, tandis que seulement 40 % des femmes de plus de 30 ans ont signalé une détresse similaire. Ces pourcentages soulignent l'impact significatif des facteurs psychosociaux et de l'âge biologique sur les expériences émotionnelles des femmes après une interruption involontaire de grossesse.

Mots-clés : Interruption involontaire de grossesse ; Santé mentale ; Facteurs psychosociaux ; Réactions émotionnelles ; Soutien social.

Abstract

This report explores the impact of involuntary pregnancy loss on women's mental health, focusing on psychosocial factors. The research investigated how these involuntary pregnancy losses affect women's psychological well-being and their impact on the course of future pregnancies, as well as prenatal care. The study was conducted at the CHU-MEL in Cotonou, from September 4th to December 5th, 2023. A total of 32 pregnant women were interviewed. It was a cross-sectional, descriptive, and analytical study, with a qualitative dominance. The analyzed data highlight the importance of social support, level of education, and biological age in how women emotionally experience and cope with these events. Research findings indicate that 65% of married women reported higher levels of social support compared to 45% of unmarried women. Additionally, 80% of women with higher levels of education sought additional resources to overcome difficulties, compared to 50% with lower levels of education. In terms of biological age, women under 30 experienced higher levels of emotional distress, with 75% reporting intense reactions, while only 40% of women over 30 reported similar distress. These percentages underscore the significant impact of psychosocial factors and biological age on women's emotional experiences after involuntary pregnancy loss.

Key words: Involuntary pregnancy loss ; Mental health ; Psychosocial factors ; Emotional reactions ; Social support.

Introduction

La santé maternelle est un enjeu majeur à l'échelle mondiale, faisant l'objet d'une attention croissante aussi bien dans les pays développés que dans les pays en développement. L'Initiative mondiale pour une maternité sans risque, lancée en 1987 lors de la conférence internationale de Nairobi, illustre l'importance accordée à ce domaine. En effet, assurer la santé maternelle figure parmi les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et les Objectifs de Développement Durables (ODD) des Nations Unies. Dans ce contexte, il est crucial de se pencher sur les divers aspects de la grossesse, en particulier sur les défis que rencontrent les femmes enceintes.

Chaque année, plus de 227 millions de femmes tombent enceintes à travers le monde, avec près de deux tiers d'entre elles donnant naissance à des enfants en bonne santé. Cependant, le tiers restant des grossesses se termine par des événements tels que des fausses couches, des mort-nés ou des avortements provoqués, constituant ainsi un défi pour la santé maternelle (OMS, 2021). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), environ 20 millions d'avortements sont pratiqués chaque année dans le monde. Malgré cette fréquence, les interruptions involontaires de grossesse demeurent souvent des événements traumatisants, affectant chaque femme de manière unique.

D'après certaines études (FIGO, 2018), elle peut entraîner du chagrin, de l'anxiété, de la dépression et même des symptômes de trouble de stress post-traumatique (SSPT). Des études ont également révélé qu'hormis la souffrance psychologique qu'elle induit, une fausse couche peut, entres autres, avoir des répercussions sur le vécu de la grossesse suivante et les attitudes parentales envers l'enfant à venir. La grossesse suivante est en effet vécue avec beaucoup d'anxiété par les femmes, notamment durant les trois premiers mois (Séjourné N. et al., 2008).

La présente étude, menée en 2023, se focalise sur les impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse chez les femmes enceintes. Elle vise à comprendre comment ces impacts influent sur le déroulement des grossesses subséquentes, le suivi prénatal et l'observance des soins médicaux.

Cette recherche, réalisée dans le cadre de l'obtention du diplôme de Licence en Psychologie, s'est déroulée au Bénin à Cotonou, plus précisément au sein du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL).

Afin d'apporter des éclairages nouveaux sur ce sujet crucial, ce rapport est structuré en trois chapitres.

Le premier chapitre expose le cadre institutionnel de la recherche et décrit le déroulement du stage effectué au CHU-MEL.

Le deuxième chapitre présente le cadre théorique et méthodologique de l'étude, en détaillant la problématique, les objectifs et la méthode de recherche utilisée.

Enfin, le troisième chapitre présente les résultats de la recherche, leur analyse et leur discussion, offrant ainsi des perspectives pour la pratique clinique et les futures recherches dans ce domaine.

CHAPITRE 1.

CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

1.1 Présentation du CHU-MEL

Le Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune (CHU-MEL) de Cotonou, au Bénin, est un établissement spécialisé dans les soins de santé maternelle et infantile. Fondé le 30 octobre 1962, il est situé sur l'avenue Delorme à Cotonou. Initialement connu sous le nom d'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HOMEL), il a été élevé au statut de Centre Hospitalier Universitaire par décret présidentiel N° 2014-528 du 25 août 2014, devenant ainsi le CHU-MEL. Etant l'un des plus importants hôpitaux de Cotonou, il se consacre principalement à la santé des mères et des enfants, offrant une multitude de services cliniques et spécialisés.



Photo : Entrée du Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant Lagune. Données de terrain.

Le CHU-MEL joue un rôle vital dans la prestation de soins de santé pour les femmes enceintes, les mères et les enfants, tout en contribuant activement à la formation des professionnels de la santé et à la recherche médicale. En tant qu'établissement majeur du système de santé béninois, il œuvre pour améliorer l'accès aux soins de santé maternelle et infantile et pour réduire la mortalité au sein de ces populations vulnérables.

1.1.1 Présentation du Service de Pédiatrie

Le service de pédiatrie du CHU-MEL comprend plusieurs unités spécialisées, notamment :

- ***Le service de consultation***, dédié aux soins de santé des enfants et des adolescents. Il assure un accueil complet et des soins intensifs, allant de la petite enfance à l'adolescence, et inclut notamment le suivi des enfants atteints de VIH/SIDA ;
- ***La néonatologie***, qui prend en charge les bébés prématurés ou présentant d'autres pathologies nécessitant des soins médicaux spécialisés ;
- ***Les unités d'hospitalisation***, destinées aux enfants présentant des problèmes de santé graves et urgents. Ces enfants sont suivis par des médecins généralistes, des spécialistes en pédiatrie et d'autres professionnels de la santé, qui assurent leur suivi médical régulier ;
- ***L'Unité de Soins Intensifs*** (USI) est un service vital où les enfants gravement malades ou nécessitant une surveillance constante, reçoivent des soins spécialisés. Cette unité accueille les enfants en détresse respiratoire, les enfants souffrant de malnutrition sévère, ainsi que ceux qui nécessitent un traitement urgent contre le VIH/SIDA et dont le pronostic vital est engagé. Une équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé, comprenant des pédiatres, des infirmiers spécialisés en pédiatrie, des psychologues et d'autres experts, travaille ensemble pour fournir les meilleurs soins possibles à ces enfants. Les enfants restent dans cette unité jusqu'à ce que leur état de santé se stabilise. Un médecin est toujours présent dans cette unité pour assurer une surveillance constante.

1.1.2 Mission du Service de la pédiatrie

La mission globale de la pédiatrie est d'assurer le bien-être des enfants en mettant l'accent sur la prévention, les soins curatifs spécialisés et le soutien émotionnel, tout en favorisant la recherche et l'éducation dans le domaine de la santé infantile. Son objectif est de promouvoir et de préserver la santé des nourrissons, des enfants et des adolescents en offrant des soins médicaux complets adaptés à leurs besoins spécifiques. Voici quelques aspects essentiels de la mission du service de la pédiatrie au CHU-MEL :

Prévention : la pédiatrie met l'accent sur la prévention des maladies et des problèmes de santé chez les enfants. Cela inclut la promotion de la vaccination, la sensibilisation à la santé, l'éducation parentale et la gestion des risques potentiels ;

Soins de routine : la pédiatrie assure des soins de routine tels que les examens de santé réguliers, le suivi du développement physique et psychosocial, ainsi que la prise en charge des maladies courantes ;

Soins spécialisés : en plus des soins de routine, la pédiatrie propose des traitements spécialisés pour des affections médicales spécifiques à l'enfance, comprenant des consultations spécialisées, des interventions chirurgicales, des traitements médicaux avancés et des soins de réadaptation ;

Soins hospitaliers : lorsque nécessaire, la pédiatrie assure des soins hospitaliers aux enfants nécessitant une hospitalisation pour des maladies graves, des interventions chirurgicales ou d'autres situations médicales complexes ;

Soutien émotionnel : la pédiatrie intègre souvent un soutien émotionnel pour les enfants et leurs familles, incluant la gestion du stress, le counseling et la collaboration avec des psychologues pour enfants ;

Recherche : certains départements de pédiatrie sont impliqués dans la recherche médicale pour améliorer la compréhension des maladies pédiatriques, développer de nouveaux traitements et promouvoir des avancées dans le domaine de la santé infantile ;

Education : la pédiatrie joue un rôle essentiel dans l'éducation des parents et des soignants, fournissant des informations sur la nutrition, le développement de l'enfant, la sécurité, et d'autres aspects liés à la santé des enfants.

1.2 Déroulement du stage et description des activités menées

1.2.1 Objectifs du stage

Ce stage, réalisé dans le cadre de l'obtention du diplôme de Licence en Psychologie, vise à atteindre plusieurs objectifs qui sont :

- Acquérir une expérience pratique en mettant en œuvre les concepts théoriques dans un contexte professionnel, permettant ainsi aux étudiants de travailler directement avec des individus, des groupes ou des organisations ;
- Explorer différents domaines de la psychologie, offrant aux étudiants l'opportunité de découvrir les diverses branches de la discipline et de déterminer leurs intérêts professionnels ;

- Développer des compétences professionnelles telles que l'écoute active, la communication interpersonnelle et la résolution de problèmes, en travaillant sur le terrain ;
- Observer et participer à des interventions psychologiques concrètes, comme des évaluations psychologiques ou des séances de thérapie, afin de se familiariser avec les différentes approches utilisées en psychologie pratique ;
- Développer une compréhension du contexte professionnel en apprenant les normes éthiques, les codes de déontologie et les politiques spécifiques au domaine de la psychologie.

1.2.2 Activités menées lors du stage

Le stage s'est déroulé du 04 au 29 septembre 2023 sous la direction de notre maître de stage, M. Vital GODOVO, Psychologue clinicien au CHU-MEL. Il se déroulait chaque semaine du lundi au vendredi, de 9h à 16h, et comprenait les activités suivantes :

1.2.2.1 La réalisation de visites en hospitalisation

L'objectif des visites en hospitalisation était de surveiller quotidiennement l'état de santé des enfants hospitalisés en recueillant des informations auprès des parents, principalement des mères mais parfois aussi des pères qui assument le rôle de garde-malade. Nous nous efforcions de rassurer les enfants, souvent anxieux à la vue des blouses blanches, en prenant le temps de jouer avec eux et de partager des moments joyeux. Notre attention se portait également sur la vérification des soins quotidiens et la détection de toute préoccupation particulière, notamment dans la relation entre les parents et le personnel médical. En cas de préoccupations identifiées, nous nous engagions à en informer les médecins. Ces interactions nous permettaient d'établir des liens chaleureux avec les mères et les enfants. En fin de journée, nous effectuions une dernière vérification pour nous assurer que toutes les préoccupations avaient été prises en compte, ou pour traiter de nouveaux problèmes éventuels. Par exemple, lors d'une de ces rondes, nous avons malheureusement constaté le décès d'un des enfants rencontrés plus tôt dans la journée, ce qui a été consigné dans son dossier médical.

1.2.2.2 L'accompagnement des enfants et des mères nécessitant un soutien psychologique

Notre approche consistait à offrir un soutien empathique et personnalisé à ces mères et enfants, en reconnaissant l'importance de leur bien-être psychologique dans leur parcours de santé globale. Cela impliquait de prendre le temps d'écouter attentivement leurs préoccupations, d'apprécier leurs émotions et de leur fournir des informations et des ressources appropriées pour les aider à faire face à leurs difficultés.

1.2.2.3 L'analyse de cas cliniques

L'analyse de cas cliniques nous a permis de comprendre les enjeux éthiques et culturels liés à la prise en charge psychologique des enfants et des mères, en tenant compte des différences individuelles et des contextes socio-culturels dans lesquels ils évoluent. Cela nous a aidés à développer une approche sensible et respectueuse ainsi que la prise en compte des valeurs, des croyances et des préférences des patients dans la planification et la mise en œuvre des accompagnements psychologiques.

1.2.2.4 La prise en charge psychologique des mères et des enfants atteints du VIH/SIDA

Cette prise en charge comprend :

- L'élaboration de l'historique des patients afin de déterminer leur niveau de conscience par rapport à leur état ;
- En cas de manque de connaissance, notre approche consiste à communiquer sur la maladie de manière à réduire l'impact émotionnel et à prévenir une réaction de fuite. Nous vérifions également si les mères, souvent confrontées à l'analphabétisme, ont une compréhension préalable du VIH/SIDA. En cas de lacunes dans leurs connaissances, nous leur offrons une brève explication de la maladie, couvrant ses modes de transmission, ses symptômes et ses répercussions sur la santé ;
- Lorsque nous annonçons le diagnostic positif du VIH/SIDA à certaines mères, nous observons les réactions. Certaines d'entre elles s'effondrent, submergées par l'ampleur de la nouvelle et la peur de l'inconnu. D'autres réagissent avec colère, condamnant l'infidélité de leur époux ou compagnon et exprimant un profond ressentiment envers lui ;
- Explication du processus de traitement, en mettant particulièrement l'accent sur la possibilité de vivre avec la maladie sans représenter un danger pour autrui, menant une

vie normale et remplie d'espoir, tout en réduisant considérablement le risque de transmission du virus à d'autres personnes, y compris à leurs partenaires sexuels et à leur famille.

En suivant correctement leur traitement, les personnes séropositives peuvent atteindre et maintenir le niveau de virus dans leur sang si bas qu'il ne peut pas être détecté par les tests standards. Une charge virale indétectable est associée à une réduction drastique du risque de transmission du VIH à d'autres personnes, selon des études scientifiques solides (Plateforme prévention Sida, 2018). De quoi mettre le sourire et la volonté pour le bon suivi du traitement, sur le visage et dans le cœur des mères ;

- La formation à l'élaboration de la fiche individuelle du patient. Elle nous permet de mieux connaître le patient, d'assurer une prise en charge médicale complète et personnalisée, de suivre son évolution au fil du temps et de coordonner les soins de manière efficace et sécurisé ;
- Assurer un suivi attentif de l'état psychologique, de la nutrition et des soins médicaux des enfants admis en hospitalisation et ayant le VIH/SIDA, jusqu'à leur sortie.

1.2.2.5 Les acquis

Tout au long de ce stage, nous avons eu l'opportunité d'acquérir une diversité de connaissances. Par exemple, nous avons approfondi notre compréhension des différentes classifications de personnalités telles que décrites dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5è édition (DSM-5) et la Classification internationale des maladies, 10è révision (CIM-10). Ces manuels fournissent des cadres diagnostiques essentiels pour évaluer et traiter les troubles de la personnalité, qui sont des troubles mentaux caractérisés par des schémas de pensée, de comportement et d'émotion rigides et mal adaptés. Cette compréhension nous a permis d'être mieux préparée à sensibiliser les patients, les familles et les membres de la communauté sur les troubles de la personnalité, en utilisant des informations fondées sur des preuves provenant du DSM-5 et de la CIM-10. Cela peut contribuer à réduire la stigmatisation et à promouvoir une meilleure compréhension des troubles de la personnalité au sein de la société.

De plus, nous avons amélioré nos compétences en matière de verbalisation lors des entretiens psychologiques avec les patients. Nous avons appliqué les concepts enseignés en cours

concernant les techniques d'entretien, en particulier celle de la relance, et avons développé les compétences nécessaires pour mener des entretiens psychologiques de manière efficace. Cela nous a également permis de développer notre capacité à nous adapter aux besoins et aux préférences individuelles des patients, en utilisant des techniques de communication variées et en ajustant notre approche en fonction de la dynamique de chaque séance.

La visite en hospitalisation quant à elle, nous a permis de vaincre notre timidité et de pouvoir aller à la rencontre de l'inconnu. Elle nous a également permis d'améliorer la pratique de l'empathie et de la neutralité bienveillante. De plus, elle nous a permis de mettre en action notre capacité à gérer les inquiétudes des parents des patients et la peur des enfants lorsqu'ils nous aperçoivent.

Nous avons aussi assisté à des entretiens psychologiques, au cours desquels nous avons observé notre Maître de stage dans l'exercice de sa fonction. En participant aux entretiens psychologiques, nous avons été exposés aux principes éthiques et déontologiques qui guident la pratique clinique. Cela comprend le respect de la confidentialité, le consentement éclairé et le maintien de limites professionnelles appropriées, ce qui a renforcé notre engagement vis-à-vis de la pratique clinique éthique et responsable. Nous avons eu une expérience précieuse pour développer nos compétences cliniques, renforcer notre compréhension des principes thérapeutiques et éthiques et nous préparer à une pratique clinique efficace et éclairée.

1.3 Difficultés éprouvées

Durant le stage, nous avons été confrontés à certaines difficultés qui ne nous ont pas laissé indifférente.

Nous avons eu du mal à supporter les cas de décès d'enfants suivis. Il nous arrivait même de pleurer à l'annonce des décès. Chaque cas de décès d'enfant était une tragédie déchirante, non seulement pour la famille et les proches, mais aussi pour nous en tant que professionnels de la santé, qui avions investi du temps, fourni des efforts dans le suivi et le soutien de ces enfants et de leurs familles. Nous avions développé des liens affectifs avec ces enfants et leur famille, ce qui rendait la perte encore plus difficile à accepter.

Parfois les parents dont les enfants sont infectés par le VIH/SIDA, après l'annonce de la maladie, disparaissent avec les enfants. Le suivi reste ainsi en suspens et la garantie des soins

est hypothéquée. Malheureusement nous n'avions pas les ressources nécessaires pour les retrouver.

La difficulté à annoncer la maladie aux parents des enfants infectés. La gravité de la maladie doit être communiquée avec précision tout en tenant compte de la sensibilité et des émotions des parents. Il faut dans ces circonstances trouver les mots justes pour transmettre l'information de manière claire et compréhensible, tout en reconnaissant et en gérant les réactions émotionnelles potentiellement intenses des parents. De plus, il est essentiel de tenir compte des différences culturelles, sociales et linguistiques qui peuvent influencer la manière dont cette nouvelle est perçue et reçue par les parents en ajoutant une couche supplémentaire à cette tâche déjà difficile.

CHAPITRE 2.

CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE

2.1 Clarification conceptuelle

2.1.1 Impact psychologique

L'impact psychologique se réfère aux répercussions émotionnelles et mentales qu'une expérience, un événement ou une situation peut avoir sur une personne. Il peut engendrer toute une gamme d'émotions, de pensées et de réactions, allant de la détresse et de la souffrance mentale à des sentiments plus positifs comme le soulagement ou la résilience.

Comprendre l'impact psychologique d'une situation donnée est essentiel pour fournir un soutien approprié et des interventions adaptées. Cela peut inclure des services de santé mentale, un soutien social, des thérapies et des stratégies d'adaptation pour aider les individus à faire face aux défis émotionnels et mentaux auxquels ils sont confrontés.

2.1.2 Interruption Involontaire de Grossesse (IIG)

L'Interruption Involontaire de Grossesse (IIG) est un terme qui désigne la perte d'une grossesse de manière inattendue ou involontaire, telle qu'une fausse couche spontanée ou un avortement spontané. Cela se produit généralement au cours du premier trimestre de la grossesse et peut inclure des situations telles qu'une grossesse intra-utérine non viable avec un sac gestationnel vide ou un sac gestationnel contenant un embryon ou un fœtus sans activité cardiaque fœtale au cours des 12 premières semaines de gestation (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2018). Dans notre travail, nous considérons les termes *fausse couche, avortement spontané (précoce ou tardif),* et *interruption involontaire de grossesse* comme des synonymes.

2.1.3 Santé mentale

La santé mentale englobe l'ensemble du bien-être psychologique et émotionnel d'une personne, définissant la façon dont nous pensons, ressentons, agissons et interagissons avec notre environnement. Elle inclut la capacité à faire face au stress, à entretenir des relations saines et à prendre des décisions éclairées. Avoir une bonne santé mentale ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux, mais implique également la capacité à surmonter les défis de la vie quotidienne, à maintenir des relations interpersonnelles positives et à réaliser son potentiel personnel.

2.1.4 Grossesse arrêtée

Une grossesse arrêtée se produit lorsque le développement du fœtus cesse, mais que le corps de la femme ne l'élimine pas spontanément. En d'autres termes, le fœtus décède, mais le corps de la femme ne provoque pas immédiatement une fausse couche.

2.1.5 Age biologique

L'âge biologique se réfère à l'évaluation de l'état de santé et du fonctionnement du corps en se basant sur des facteurs biologiques tels que la santé des organes, la pression artérielle, la fonction cardiaque, la densité osseuse, la force musculaire, le système immunitaire, etc. Contrairement à l'âge chronologique, qui représente simplement le nombre d'années écoulées depuis la naissance, l'âge biologique prend en considération les facteurs qui influent sur la santé et la vitalité d'une personne, et ces éléments peuvent varier significativement d'un individu à un autre en fonction de leur mode de vie, de leurs habitudes alimentaires, de leur niveau d'activité physique, de leurs antécédents médicaux et de leurs prédispositions génétiques (Le Gall, J. et al., 2009). Ainsi, l'âge biologique intègre le stade de maturation et de développement de la personne, ce qui le distingue de l'âge chronologique.

2.1.6 Facteur psychosocial

Les facteurs psychosociaux font référence à une combinaison de facteurs psychologiques et sociaux qui influencent le bien-être mental et émotionnel d'un individu. Ces facteurs peuvent avoir des impacts significatifs sur la santé mentale et contribuer au développement de problèmes psychologiques ou émotionnels (Lazarus & Folkman, 1984).

2.1.7 Femme gestante

Une femme gestante est une femme enceinte, c'est-à-dire une femme qui porte un embryon ou un fœtus dans son utérus. Le terme "gestante" est souvent utilisé dans un contexte médical ou formel pour décrire l'état de grossesse d'une femme. Il est plus fréquemment employé dans les documents médicaux, les rapports cliniques ou les discussions professionnelles sur la santé maternelle. Ainsi, il est souvent rencontré dans des contextes plus spécialisés ou techniques. En termes plus courants, on utilise généralement le terme "enceinte". Dans ce travail, les termes « femme enceinte » et « femme gestante » ou « gestante » sont des synonymes.

2.1.8 Suivi prénatal

Le suivi prénatal, également appelé suivi de la grossesse, est l'ensemble des consultations médicales et des examens effectués par une femme enceinte sous la supervision de professionnels de la santé, pendant la durée de sa grossesse. L'objectif principal du suivi prénatal est de surveiller la santé de la mère et du fœtus, d'anticiper et de traiter tout problème éventuel, et de promouvoir un accouchement en toute sécurité.

2.2 Revue de la littérature

Nous avons mené une revue de littérature qui met en lumière les manifestations psycho pathologiques et les facteurs influençant l'expérience des femmes suite à une fausse couche. Cette étude vise à explorer également l'importance du soutien psychologique et les interventions disponibles. Elle a pour but de fournir des informations sur l'impact psychologique de la fausse couche.

Le mariage est souvent perçu comme un engagement à partager l'amour et à fonder une famille. Selon une enquête menée en France, 73 % des couples ont un enfant par plaisir, 69 % par devoir et 48 % par amour (Journal La Croix, 2002). En Afrique, et spécifiquement au Bénin, la parentalité revêt une importance significative dans la vie conjugale, où l'absence d'enfant n'est généralement pas encouragée socialement. Ceci souligne le rôle crucial de l'enfant dans le couple, en particulier pour la femme. Ainsi, une fausse couche est souvent vécue comme un événement traumatisant, bien que naturel et fréquent, concernant environ 16 % des grossesses. Il est crucial de ne pas dramatiser la fausse couche, car elle peut signaler la fécondité du couple et est souvent due à des problèmes chromosomiques.

Selon Philippe David (2023), l'avortement spontané est considéré comme une chance pour l'espèce humaine, car il permet une sélection naturelle des œufs. Ainsi, la fausse couche ne doit en aucun cas être associée à un comportement irresponsable de la femme enceinte, et celle-ci ne doit pas se sentir coupable. Pour David, si cela se produit, c'est parce que c'était destiné à se produire. Il met en avant l'idée que la fausse couche est une manifestation de la programmation génétique et qu'il n'est donc pas possible de l'empêcher. Elle devrait plutôt être considérée comme un accident de la vie. Malgré le caractère naturel de la fausse couche, de nombreuses femmes craignent de ne pas pouvoir concevoir à nouveau et redoutent que cet incident ne se répète.

En ce qui concerne cette crainte de récidive, les gynécologues-obstétriciens soulignent qu'il est possible d'expérimenter deux fausses couches successives sans que cela soit alarmant. Cependant, s'il y a quatre avortements précoces spontanés consécutifs, des investigations peuvent être lancées pour rechercher d'éventuelles maladies ou anomalies chromosomiques, bien que ces situations restent rares et ne devraient pas empêcher la femme de mener une grossesse à terme (Odasso, F., 2023).

A l'instar du Dr Philippe David, le Manuel MSD insiste également sur le caractère naturel des avortements spontanés. Environ 10 à 15 % des grossesses confirmées se terminent par un avortement spontané, et plus de 80 % de ces incidents surviennent au cours du premier trimestre. De plus, une seule fausse couche n'augmente pas le risque d'en subir d'autres lors des grossesses suivantes.

Cependant, pour environ 1 à 2 % des couples cherchant à concevoir un enfant, les fausses couches se produisent de manière répétée, définies comme au moins trois grossesses interrompues spontanément avant 12 semaines de grossesse. Le Manuel MSD souligne que plus le nombre de fausses couches est élevé, plus le risque de récidive est important lors des grossesses ultérieures, confirmant ainsi les conclusions de Philippe David. Ce risque est estimé à :

- 17 à 35 % après 2 fausses couches spontanées ;
- 25 à 46 % après 3 fausses couches ;
- et supérieur à 50 % après 6 fausses couches.

Bien entendu, les réactions face à un avortement, qu'il soit naturel ou provoqué, sont variées et propres à chaque femme. Cependant, un suivi psychologique devrait être proposé à toutes les femmes confrontées à cette situation (Vassart, C., et al., 2016)

Abordant les risques d’avortement, Dr Catherine Solano (2021) va également souligner que ceux-ci augmentent, entre autres, avec l’âge de la mère. Une femme de 20 ans a seulement 10% de probabilité de faire une fausse couche, alors qu’à 40 ans le risque de fausse couche s’élève à 40-50% et même à 80% après 45 ans. Elle souligne aussi qu’après une fausse couche sans complications, les chances de concevoir et de mener à terme une grossesse sont identiques à celles de toute autre femme ; et que des fausses couches à répétition peuvent, en revanche, être le signe d’un problème de fertilité qui nécessite des examens plus approfondis.

En ce qui concerne l'impact émotionnel associé à l'interruption involontaire de grossesse (IIG), le Professeur Huber, D. (2023), souligne que vivre une fausse couche n'est jamais facile, d'autant plus que le sujet reste un tabou persistant. Chaque femme réagit de manière unique, et son expérience est tout aussi singulière. Certaines femmes souhaitent tomber enceintes à nouveau le plus rapidement possible, tandis que d'autres ont besoin de temps pour faire le deuil de cette perte. Il existe également une petite minorité de femmes qui ressentent un soulagement suite à la fausse couche, car elles n'avaient pas osé prendre la décision d'interrompre la grossesse volontairement. Le caractère tabou entourant ce sujet s'explique par le fait que, outre le chagrin associé à la perte, la mère se retrouve souvent submergée par un fort sentiment de culpabilité et de honte. Elle se sent investie du rôle de protectrice de l'enfant qu'elle porte, et si quelque chose tourne mal, elle se sent (à tort !) entièrement responsable. Ce sentiment, bien qu'irrationnel, est naturel.

Il est crucial de se rappeler que la fausse couche précoce est un événement fréquent et normal, par lequel la nature sélectionne les embryons viables. Il est fréquent de plonger dans une dépression après une fausse couche. De nombreuses femmes vivent cette épreuve comme un échec personnel, se demandant souvent : "Qu'ai-je fait de mal ?" La réponse est bien sûr : "Rien, absolument rien". Il est crucial de toujours déculpabiliser les patientes qui se sentent responsables ou éprouvent un sentiment de honte (Dudoit, S., et al., 2018). Il est essentiel de leur rappeler qu'il s'agit d'un phénomène biologique totalement hors de leur contrôle, et qu'elles n'y sont absolument pour rien, même si cela peut être difficile à accepter. L'auteur souligne également qu'il est important de tenir compte de l'expérience individuelle de chaque femme et de chaque couple pour prodiguer des conseils adaptés. Bien qu'il soit difficile de se mettre à leur place et de leur donner des conseils, il est crucial d'essayer de rassurer les femmes et de leur expliquer qu'elles seront suivies pour vérifier que tout se déroule bien. Il est important qu'elles puissent se confier à leur entourage proche, parler de leur expérience sans honte ni culpabilité, et trouver du soutien pour surmonter cette épreuve. Même si l'avortement est très précoce et que la grossesse n'était pas encore visible, pour beaucoup de femmes, il représente la perte d'un futur bébé et de tous les projets dont il était porteur.

A partir des années 1980, la fausse couche est reconnue comme une source de deuil (Soubieux, M. J., et al., 2015), et ses effets ont été étudiés en termes de chagrin, d'anxiété, de dépression ou de stress. Ainsi, suite à un avortement spontané, près de la moitié des femmes connaîtront

une souffrance psychologique significative. De nombreux auteurs, tels que Maker et Ogden (2008), considèrent la fausse couche comme une forme de perte périnatale et ont identifié les différentes phases du deuil qui suivent cet événement. Par exemple, ils ont observé que les femmes traversent initialement une phase d'agitation face au choc de la nouvelle, puis une période d'adaptation au cours de laquelle elles utilisent différentes stratégies pour faire face à l'événement avant d'atteindre une étape de résolution. La nature inattendue de la fausse couche, associée à l'absence de possibilité d'enterrer une personne ou de conserver des souvenirs tangibles, rend particulièrement difficile la gestion de cette perte. Selon Frydman, les deuils sans matérialité du corps sont d'autant plus difficiles à gérer qu'aucune représentation n'existe, excluant toute cérémonie et toute possibilité de recueillement.

De plus, la perte d'une grossesse a des implications à plusieurs niveaux. Elle est à la fois réelle, avec la perte de l'embryon ou du fœtus, et symbolique, menaçant la réalisation du désir d'enfant et le statut social de mère. Hanus souligne que cette perte entraîne une atteinte narcissique, tandis que Bacqué insiste sur sa dimension fantasmatique, l'enfant disparaissant avant même d'avoir pris forme dans la réalité. Les chiffres montrent que la culpabilité est fréquente après une fausse couche. Selon Stirtzinger et al., un an après la fausse couche, 41 % des femmes se jugent partiellement responsables, tandis que 7 % se sentent totalement responsables. La recherche d'explication est un élément central, avec de nombreuses femmes qui s'interrogent sur la cause de leur fausse couche. Les explications données varient, allant du stress psychologique ou physique à la punition divine, en passant par la maladie, un problème médical, une anomalie fœtale, un processus naturel ou le destin.

La revue de travaux présentée ici ne cherche pas à être exhaustive, mais plutôt à mettre en lumière les caractéristiques principales du vécu psychologique de la fausse couche, les multiples facteurs influençant les réactions des femmes, ainsi que les diverses possibilités de soutien envisageables.

2.3 Problématique

Dans le monde, environ 12 à 24% des grossesses confirmées avortent spontanément (OMS, 1977). En France, environ 200'000 femmes chaque année connaissent des interruptions involontaires de grossesse (IIG). Au Bénin, la situation n'est pas différente. Des études ont révélé que les avortements spontanés restent les plus fréquents : 61,7% (Tognifodé, V. et al., 2018). Selon une enquête menée par l'Agence nationale des soins de santé primaire (Gnacadja, C., 2014), 68 922 avortements spontanés ont été enregistrés au cours de l'année (2014). Au Centre Hospitalier Universitaire de la Mère et de l'Enfant (CHU-MEL) à Cotonou, sur les trois années précédentes, 699 cas au total d'IIG ont été enregistrés, à raison de 121 cas en 2021, 297 en 2022 et 281 en 2023 (CHU-MEL, Service statistique).

Le plus souvent vécue comme une expérience traumatisante, bon nombre de femmes ont peur de ne pas réussir à être enceinte à nouveau ou encore que cet accident se reproduise. Cette situation ne laisse pas indifférente la femme dans son vécu de la période gestationnelle subséquente : elle a peur de ne pouvoir garder une grossesse à terme.

Aussi, ces avortements spontanés constituent souvent pour les femmes, une expérience douloureuse, difficile à vivre sur le plan émotionnel. Selon une étude menée au Royaume-Uni, le deuil consécutif à une fausse couche est « comparable par sa nature, son intensité et sa durée, » aux réactions de deuil chez les personnes souffrant d'autres types de pertes importantes (*National Institute of Health and Care Excellence, Nice*). Une autre étude menée en 2016 attire l'attention sur la nature traumatisante d'une grossesse perdue : elle a révélé que quatre femmes sur dix présentaient des symptômes de stress post traumatique (SSPT) dans les trois mois suivant une fausse couche ou une grossesse extra-utérine. Ces symptômes rapportés par les participants à l'étude comprenaient des cauchemars, des flashbacks et la ré-expérience des sentiments associés à la perte. Certaines femmes ont également indiqué qu'elles tentaient d'éviter des situations qui leur rappelleraient leur perte, comme des amis ou des parents enceintes (Farren, J., 2018). Au Bénin, selon l'étude ci-dessus citée, Gnacadja, C. (2014), 30 à 50% des femmes ayant connu des IIG souffrent d'anxiété et 10 à 15% souffrent de dépression qui dure généralement jusqu'à quatre mois.

Des études ont enfin révélé qu'hormis la souffrance psychologique que les IIG induisent, une fausse couche peut, entres autres, avoir des répercussions sur le vécu de la grossesse suivante et les attitudes parentales envers l'enfant à venir. La grossesse suivante est en effet vécue avec beaucoup d'anxiété par les femmes, notamment durant les trois premiers mois (Séjouné N. et al, 2008). Malheureusement au Bénin, tout ceci se déroule dans un contexte où les pratiques de soins psychologiques sont nettement moins développées ou presque inexistantes.

La présente recherche se propose de comprendre le vécu psychologique des femmes gestantes ayant expérimenté antérieurement des IIG ou avortements spontanés ou fausses couches, ainsi que les effets induits par ces IIG sur le déroulement de la grossesse subséquente. Elle est initiée pour (i) comprendre l'étendue des défis psychologiques auxquels les femmes sont confrontées pendant la nouvelle grossesse ; (ii) comprendre comment ces effets influencent le déroulement de la grossesse, et, pour finir, (iii) comment ces vécus psychologiques influent-ils sur le suivi prénatal ainsi que l'observance des soins médicaux pendant la grossesse.

Au regard de cette problématique, les questions de recherche suivantes sont formulées :

- Comment les interruptions involontaires de grossesse agissent-elles sur l'état psychique des femmes au point d'influer sur le déroulement de leur nouvelle grossesse ?
- Quelles en sont les implications, du point de vue suivi prénatal et l'observance des soins médicaux au cours de la grossesse subséquente ?

2.3.1 Le cadre conceptuel de la recherche

Pour mieux expliciter la problématique, le cadre conceptuel ci-après est proposé. Il clarifie les concepts mis en exergue dans la problématique et les liens qui existent entre eux.

L'étude postule que l'interruption involontaire de grossesse a des impacts psychologiques chez les femmes. Ce vécu induit des comportements spécifiques ou influence de façon particulière le suivi prénatal de la nouvelle grossesse ainsi que l'observance des soins médicaux (Figure 1).

La théorie du stress et du coping est un cadre conceptuel qui examine la manière dont les individus font face au stress et aux événements stressants de la vie. Selon cette théorie, le stress est un processus dynamique résultant de l'évaluation subjective d'un événement comme étant menaçant pour les ressources d'un individu.

Le coping, ou stratégie de coping, fait référence aux efforts cognitifs et comportementaux déployés par un individu pour gérer les exigences perçues d'une situation stressante.

La théorie du stress-coping met en évidence deux principales catégories de stratégies de coping : les stratégies centrées sur le problème et les stratégies centrées sur l'émotion. Dans le cadre de notre étude, le problème est l'interruption involontaire de grossesse. Les stratégies constituent les expériences émotionnelles vécues par les femmes ayant connu des IIG.

Les stratégies centrées sur le problème impliquent des efforts visant à modifier la situation stressante elle-même ou à changer la perception de cette situation ; alors que les stratégies centrées sur l'émotion impliquent des efforts pour réguler les émotions et les réactions émotionnelles face au stress, sans nécessairement modifier la situation elle-même.

En somme, la théorie du stress et du coping fournit un cadre utile pour comprendre comment les femmes font face aux expériences émotionnelles, en mettant en évidence l'interaction complexe entre les facteurs de stress, les ressources individuelles et les stratégies de coping.

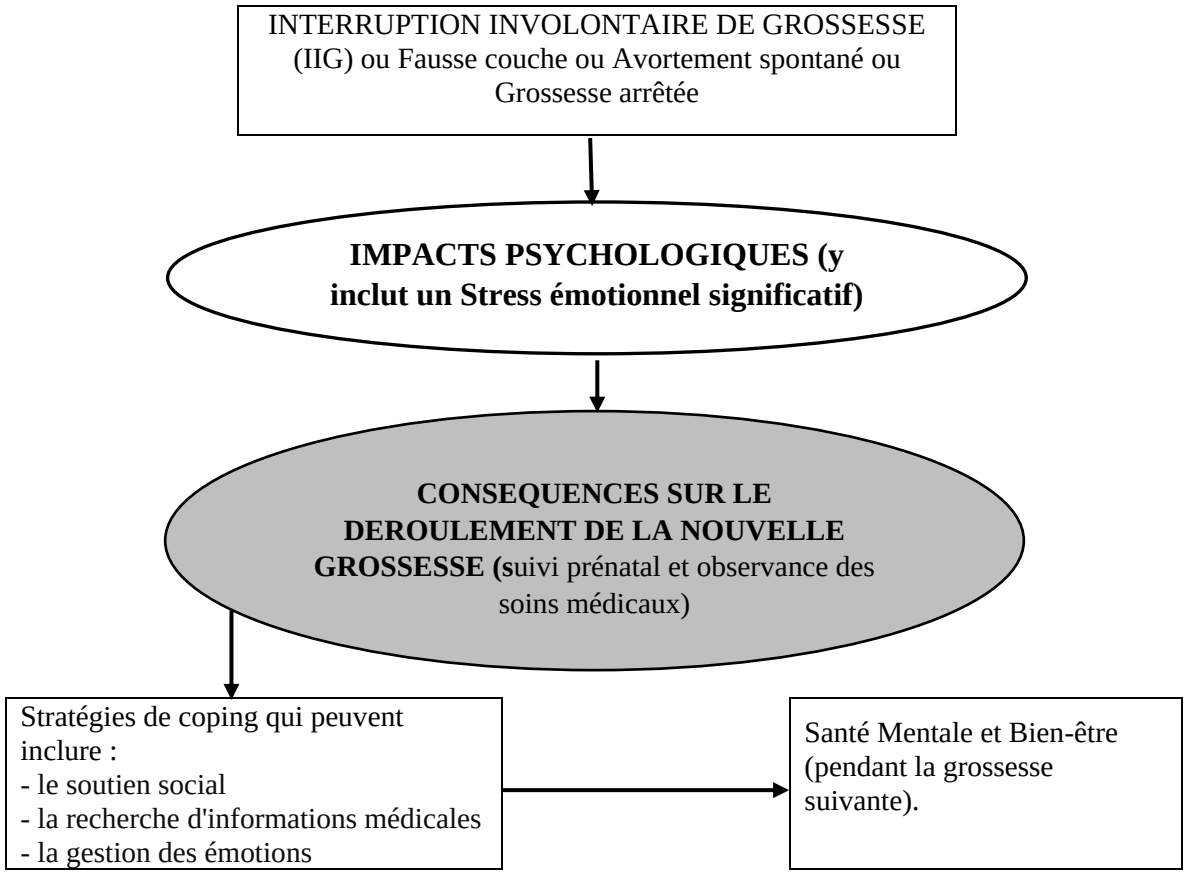

Figure : Cadre conceptuel des effets psychologiques liés à l'interruption involontaire de grossesse au Bénin : cas du CHU-MEL (2023)

La théorie du stress et du coping est une perspective qui met l'accent sur la manière dont les individus font face aux événements stressants. Les femmes ayant vécu des IIG peuvent être confrontées à un stress émotionnel significatif, et leur capacité à faire face à ce stress peut influencer leur santé mentale et leur bien-être pendant la grossesse suivante. Les stratégies de coping, telles que le soutien social, la recherche d'informations médicales et la gestion des émotions, joueront un rôle crucial dans leur expérience.

2.3.2 Les objectifs de la recherche

Eu égard à ce qui précède, les objectifs et hypothèses suivants sont formulés dans le cadre de cette recherche.

2.3.2.1 Objectif général de la recherche

Cette étude vise à examiner les impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse (IIG) sur les femmes enceintes et leur influence sur le déroulement de la grossesse suivante (actuelle).

2.3.2.2 Objectifs spécifiques

Nous avons décliné cet objectif général en deux objectifs spécifiques qui sont :

1. Décrire les impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse chez les femmes enceintes ;
2. Évaluer comment ces impacts influent sur le déroulement de la grossesse actuelle, y compris le suivi prénatal et l'observance des soins médicaux.

2.3.3 Les hypothèses de la recherche

2.3.3.1 Hypothèse générale

Les expériences liées aux interruptions involontaires de grossesse influent sur la qualité du suivi de la grossesse subséquente.

2.3.3.2 Hypothèses spécifiques

1. Les femmes enceintes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse sont susceptibles de présenter des troubles émotionnels lors de leur grossesse ultérieure.
2. Les facteurs psychosociaux, tels que le soutien social, le niveau d'éducation et l'âge biologique de la femme, expliquent l'ampleur des impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse.

2.4 Méthode

La présente étude vise principalement à constituer une base de données et d'informations relatives aux impacts des interruptions involontaires de grossesse (IIG) sur la santé mentale des femmes enceintes suivies au CHU-MEL à Cotonou. Elle vise à comprendre le vécu psychologique de ces cibles et à analyser la manière dont ce vécu influe sur le déroulement de leur nouvelle grossesse qu'elles portent lors de la collecte des données.

La méthodologie de la recherche englobe les étapes clés ci-après : la définition de l'échantillon, l'élaboration des outils de collecte des données, l'organisation de la collecte des données, le traitement des données. Ces différentes étapes sont décrites dans les trois sous rubriques ci-dessous : Participants, Matériel et Procédure.

2.4.1 Type d'étude

Pour assurer la réalisation de notre objectif général, nous avons choisi une approche à dominance qualitative, tout en intégrant des données quantitatives. L'étude est également de type transversal, descriptif et analytique.

Elle est **transversale** dans la mesure où elle est une recherche observationnelle axée sur l'analyse de données provenant de différentes variables telles que le ressenti des femmes gestantes, leurs comportements, attitudes, pratiques adoptées, etc. et exécutée à partir d'un échantillon de population constitué des femmes gestantes de la période de l'étude et faisant le suivi de leur grossesse au CHU-MEL à Cotonou. Enfin, la collecte des données est réalisée sur une période bien précise.

L'étude est de type **analytique** parce que la recherche est utilisée pour étudier la relation entre les diverses variables, qu'elles soient liées ou non, et pour le diagnostic des problèmes et la généralisation d'hypothèses qui permettent de les résoudre.

Bien que des résultats soient souvent exprimés sous forme de tableaux statistiques, l'étude à travers ses objectifs, a pour but de comprendre les comportements individuels, les attitudes et motivations issues de l'expérience des interruptions involontaires de grossesse vécue.

L'approche quantitative, quant à elle, a permis surtout de circonscrire les préoccupations relatives aux variables telles que l'âge, le niveau d'éducation, le statut marital ainsi que les diverses expériences émotionnelles vécues antérieurement par les participantes. L'étude est après tout, à dominance **qualitative** dans la mesure où elle est de nature psychologique, cherchant à expliquer ces comportements, attitudes et motivations. Elle est surtout réalisée grâce à deux techniques principales de la recherche qualitative : l'observation et les entretiens individuels. L'approche qualitative vise à comprendre les comportements des femmes gestantes. Elle a permis d'échanger librement avec elles et d'avoir les réponses aux questions liées à leur ressenti, de comprendre leurs émotions, les raisons qui expliquent celles-ci. Elle a également permis de comprendre l'influence du contexte socioculturel, biologique et physique sur la psychologie des femmes. L'approche a enfin permis d'analyser les comportements ainsi que les points de vue des cibles de la recherche.

2.4.2 Les participants de l'étude

Cette partie fournit des détails essentiels sur les individus impliqués dans la recherche, y compris leur profil démographique, les critères d'inclusion et d'exclusion, le processus de sélection, la taille de l'échantillon et d'autres caractéristiques pertinentes.

2.4.2.1 La définition de l'échantillon

La population de l'étude est prioritairement constituée des femmes gestantes qui ont connu des interruptions involontaires de grossesse juste avant la grossesse qu'elles portent pendant la phase de collecte des données. Pour garantir l'efficience te l'efficacité de l'étude, nous avons choisi de limiter l'enquête au CHU-MEL de Cotonou. L'échantillon est composé des femmes enceintes suivies dans cet établissement. Étant donné le nombre relativement faible de cas, nous avons décidé de considérer l'ensemble des femmes ayant subi une interruption involontaire de grossesse durant la période de collecte des données. Cette liste nous a été fournie par le service des statistiques du Centre hospitalier.

En vue de garantir l'atteinte effective des objectifs de la recherche, les cibles suivantes sont ajoutées aux cibles principales :

- le Psychologue de l'établissement ciblé et quelques autres spécialistes de la santé mentale ;

- le personnel médical du service de consultation prénatal du CHU-MEL (surtout les gynécologues, les médecins en spécialité, les sages-femmes) ou d'autres formations sanitaires.

Pour la représentativité de l'échantillon et la généralisation des résultats, nous avons retenu de questionner toutes les femmes gestantes identifiées lors de la collecte des données et ayant connu une IIG avant la grossesse qu'elles portent. Il s'agit ainsi d'un échantillon aléatoire simple où chaque unité d'échantillonnage de la population a une chance égale d'être incluse dans l'échantillon. Au total, 32 gestantes ont été sélectionnées et incluses dans l'étude.

2.4.2.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion définissent les caractéristiques que les participants doivent posséder pour être inclus dans l'étude, tandis que les critères d'exclusion spécifient les caractéristiques qui disqualifient les individus de participer. Ces critères sont importants pour garantir que l'échantillon est pertinent pour les objectifs de recherche et minimisent les biais potentiels.

2.4.2.2.1 Critères d'inclusion

Toutes les femmes gestantes de la période de l'étude, ayant connu une IIG juste avant l'actuelle grossesse et faisant suivre leur grossesse au CHU-MEL sont incluses dans l'étude.

2.4.2.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion s'intéressent à celles qui ont connu des IIG antérieurement et qui ont déjà eu des enfants vivants avant leur grossesse actuelle. Même si les grossesses sont suivies au CHU-MEL, elles sont exclues de l'étude. Il en est de même pour celles qui remplissent les conditions mais qui ne font pas suivre leur grossesse au CHU-MEL.

2.4.3 Matériel

Les outils de collecte utilisés dans le cadre de ce travail sont l'observation et les entretiens individuels semi directifs. Ces techniques sont utilisées pour collecter les informations aussi bien auprès des femmes gestantes que du personnel technique.

2.4.3.1 L'observation

Elle est une technique d'investigation scientifique qui permet à l'enquêteur d'observer directement et sur le terrain les faits que l'on cherche à comprendre. Nous avons observé

directement ce qui se passe sur le terrain, que ce soit des comportements humains, des interactions sociales, des processus naturels ou d'autres phénomènes. Nous avons fait une observation participante où nous sommes impliquée dans une certaine mesure dans le contexte que nous observons. L'observation peut être qualitative ou quantitative. Dans le cadre de ce travail, notre observation est plus qualitative que quantitative. Nous nous sommes en effet concentrée plus sur les aspects des phénomènes observés, comme les comportements, les expressions faciales, les interactions verbales, etc.

Il existe différents types d'observation, notamment l'observation participante, où le chercheur s'immerge dans la situation qu'il étudie, et l'observation non participante, où le chercheur reste en dehors de la situation. L'observation peut également être structurée, où le chercheur suit un plan préétabli pour observer des éléments spécifiques, ou non structurée, où le chercheur observe de manière plus ouverte et flexible. Dans le cadre de notre travail, nous avons plus opté pour une observation participante et non structurée. Elle est également sujet à des questions de fiabilité et de validité. La fiabilité se réfère à la cohérence des observations, c'est-à-dire à la capacité du chercheur à observer de manière cohérente les mêmes phénomènes dans des circonstances similaires. La validité se réfère à la mesure dans laquelle les observations reflètent fidèlement les phénomènes étudiés.

Nous avons procédé à la documentation de l'observation faite, de manière détaillée et précise pour permettre une analyse ultérieure et assurer la qualité des données collectées. Nous avons procédé à des enregistrements des observations, surtout sous forme de notes écrites et d'enregistrements.

En résumé, l'observation comme outil de collecte de données de terrain, nous a offert une méthode directe et souvent riche pour étudier les comportements humains, les interactions sociales et d'autres phénomènes sur le terrain. Elle nous a permis de voir la manifestation directe des ressentis de certaines interviewées et de mieux appréhender leurs émotions pendant les entretiens.

2.4.3.2 Les entretiens individuels semi directifs

Nous avons opté pour l'entretien semi directif parce que cette forme d'entretien laisse la parole à l'interviewée tout en offrant une possibilité d'orientation des échanges ; ceci nous a donné la possibilité de canaliser les discussions.

Les entretiens sont menés de manière sensible et empathique pour permettre aux participantes de s'exprimer librement sur leurs expériences. Ils se sont déroulés de la manière suivante :

Etablissement d'un climat de confiance et de soutien : avant de commencer l'entretien, nous avons pris le temps d'établir un climat de confiance et de soutien avec la participante. Cela inclut des salutations d'usage, des expressions d'empathie pour la situation difficile qu'elle traverse et des assurances sur la confidentialité des informations partagées.

Présentation de l'objectif de l'étude et consentement éclairé : nous avons expliqué à la participante le but de l'étude, c'est-à-dire comprendre les impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse, et nous avons obtenu son consentement éclairé pour participer à l'entretien. Nous lui avons clarifié également que la participation est volontaire et qu'elle peut se retirer à tout moment sans conséquence.

Exploration des expériences : pendant l'entretien, nous avons posé des questions semi-directives conçues pour permettre à la participante d'exprimer librement ses expériences, ses émotions et ses pensées concernant l'interruption involontaire de sa grossesse. Les questions ont porté sur des sujets tels que les circonstances de l'interruption, les réactions émotionnelles, le soutien social reçu, les stratégies d'adaptation, les conséquences sur la grossesse actuelle, etc.

Ecoute attentive et validation des émotions : nous avons écouté attentivement les réponses de la participante, en validant ses émotions et en lui fournissant un espace sûr pour partager ses sentiments les plus intimes. Nous avons évité de juger ou d'interrompre, permettant ainsi à la participante de se sentir entendue et comprise.

Clarification et approfondissement : nous avons posé des questions de clarification et d'approfondissement pour mieux comprendre les expériences de la participante et pour explorer des aspects spécifiques qui pourraient émerger au cours de l'entretien.

Clôture de l'entretien : à la fin de l'entretien, nous avons remercié la participante pour sa contribution et lui a offert la possibilité de poser des questions ou de partager des réflexions supplémentaires. Nous lui avons également rappelé les ressources de soutien disponibles si elle en ressent le besoin.

Analyse des données : une fois l'entretien terminé, nous procédons à l'analyse des données en identifiant les thèmes récurrents, les schémas émotionnels et les facteurs de stress spécifiques

liés à l'interruption involontaire de grossesse. Cela permet de mieux comprendre les impacts psychologiques et de faire des suggestions pour le soutien et l'intervention.

En résumé, les entretiens individuels semi-directifs dans le cadre de notre recherche, sont menés avec sensibilité et respect pour permettre aux participantes de partager leurs expériences de manière ouverte et authentique.

2.4.4 Procédure

2.4.4.1 Phase de collecte des données

Afin d'avoir la plupart des femmes gestantes de la période de l'étude qui ont connu initialement des IIG, la collecte des données primaires s'est étendue sur trois (3) mois, du 04 septembre au 05 décembre 2023.

2.4.4.2 Phase d'exploitation des données

Les données collectées ont fait objet de deux types de traitement : un traitement quantitatif et un traitement qualitatif.

En ce qui concerne le volet quantitatif, les données ont été saisies et enregistrées à partir d'un masque de saisie réalisé à l'aide du logiciel Excel. Elles ont été par la suite apurées et traitées. L'analyse de ces données a été essentiellement descriptive et analytique.

Pour les données qualitatives, elles ont été saisies sous le logiciel Word suivant un canevas proposé. Elles ont ensuite fait l'objet d'une analyse de contenu.

Qu'elles soient quantitatives ou qualitatives, les informations recueillies ont été analysées, croisées les unes avec les autres de façon à en sortir les constances, les éléments de convergence mais aussi de divergence, en vue de dégager de manière exhaustive les acquis et les leçons à tirer.

Le chapitre suivant présente les résultats, l'analyse faite de ces résultats et les discussions.

CHAPITRE 3.

PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION

3.1 Résultats

3.1.1 Caractéristiques démographiques des enquêtées

Les caractéristiques des personnes ciblées par l'enquête tiennent surtout compte de l'âge, du statut marital et du niveau d'éducation, afin de faire ressortir le lien entre ces catégories et les ressentis, émotions, comportements en relation avec les interruptions involontaires de grossesse.

Tableau I : *Caractéristiques démographiques des participantes*

Tranche d'âge		Statut marital & Niveau d'éducation	
Tranche	*Nombre*	*Statut marital*	*Niveau d'éducation*
[15 – 20[	2	C = 2	P = 2
[20 – 25[	2	C = 2	N = 1 S = 1
[25 – 30[	8	C = 8	P = 7 S = 1
[30 – 35[	6	M = 4 C = 2	N = 1 P = 5
[35 – 40[	9	M = 2 C = 7	N = 2 P = 3 U = 2
[40 – 45[	5	M = 3 C = 2	P = 1 S = 2 U = 2
TOTAL	32		

Statut marital

M = Mariée
C = concubinage

Niveau d'éducation

P = Primaire
N = Non instruite
S = Secondaire
U = Universitaire

Le tableau I montre une variabilité dans l'âge des participantes, allant de 18 à 42 ans. Cette diversité d'âge a des implications sur la façon dont les interruptions involontaires de grossesse sont perçues et vécues émotionnellement. Par exemple, les données collectées ont révélé que les femmes plus jeunes ont plus d'espoir d'avoir d'autres grossesses pouvant aller à terme, comparées aux femmes plus âgées qui se voient être limitées par l'imminence de la ménopause.

Aussi, la majorité des participantes vivent en concubinage (71,88%), et quelques-unes sont mariées (28,12%).

Par ailleurs, les participantes à la recherche présentent une gamme variée de niveaux d'éducation, allant de primaire à universitaire (tableau I). Cette diversité, selon les données collectées, a un impact sur la perception et la gestion des interruptions involontaires de grossesse, car le niveau d'éducation est associé à des ressources personnelles et sociales différentes. Les données collectées ont révélé que les femmes ayant un niveau d'éducation plus élevé sont susceptibles de rechercher des informations (auprès des agents de santé ou via le web) sur les interruptions involontaires de grossesse que celles qui ont un faible niveau.

Tableau IIa : Présentation des résultats en lien avec le soutien social

		Soutien psychosocial			
Participantes	Nombre	Conjoint	Belle famille	Parents proches	Vivant sous toit marital
En concubinage	23	5	7	18	8
Mariée	9	7	8	8	9
Total	32	12	15	26	17

L'analyse de ce tableau (IIa) fournit un aperçu du soutien psychosocial reçu par les femmes après une interruption involontaire de grossesse et des tendances qui pourraient influencer leur bien-être émotionnel et psychologique. A la question ″Avez-vous reçu un soutien adéquat de la part du personnel médical et de votre entourage pendant cette période ? ″, sur les 23 femmes vivant en concubinage, seulement 5 ont bénéficié du soutien de leur conjoint, et 7 de la belle famille ; tandis que pour les femmes mariées, la majorité des participantes ont bénéficié aussi bien du soutien de leur conjoint (7 sur 9) que de leur belle famille (8 sur 9). Cela indique une tendance dans la population étudiée, qui reflète des différences dans le soutien social et émotionnel disponible pour ces femmes, pendant leurs grossesses et leurs expériences d'interruption involontaire de grossesse (tableau IIa). Les femmes mariées reçoivent généralement plus de soutien de la part de leur conjoint et belle-famille que celles qui vivent en

concubinage. Ces différences dans le soutien reçu par les femmes mariées et celles en concubinage pourraient avoir des implications sur leur bien-être émotionnel et psychologique après une interruption involontaire de grossesse. Les femmes en concubinage pourraient avoir besoin de soutien supplémentaire de la part d'autres sources (les parents proches ou la 'belle-famille') en raison d'un soutien conjugal potentiellement moins prononcé.

En ce qui concerne le soutien d'un professionnel de santé, seulement 6,25%, soit 2 femmes sur 32 en ont bénéficié (tableau IIb) ; ce qui montre que la prise en charge psychologique n'est pas encore ancrée dans les valeurs et habitudes au Bénin.

Tableau IIb : *Résumé des réponses sur le soutien reçu de la part du personnel médical et de l'entourage*

Type de soutien reçu par les participantes	Nombre	%
Soutien d'un Professionnel de santé mentale	2	6,25
Soutien du conjoint	12	37,5
Soutien belle famille	15	46,87
Soutien entourage familial direct (parents proches)	26	81,25

3.1.2 Description des impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse chez les femmes enceintes

Le tableau III résume les expériences émotionnelles antérieures des participantes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse (IIG).

Tableau III : *Résumé des expériences émotionnelles antérieures d'interruption involontaire de grossesse*

Expériences émotionnelles citées par les participantes	Nombre	%
Peur de la récidive	29	90,6
Tristesse	30	93,8
Stress	11	34,4
Sentiment de culpabilité	15	46,9
Sentiment de honte	8	25,0
Colère	2	6,3
Cauchemars rappelant la perte	10	31,3
Evitement des situations rappelant la perte	28	87,5
Sentiment d'incapacité à mener une grossesse à terme	9	28,1
Remise en question de l'estime de soi	12	37,5
Hypervigilance	27	84,4
Tensions au sein du couple	5	15,6
Difficulté à communiquer sur la perte	7	21,9
Difficulté à accepter la perte	8	25,0
Affluence de pensées négatives	22	68,8

Les données montrent une variété d'émotions vécues par les participantes après une IIG. La tristesse (93,8%) et la peur de la récidive (90,6%) sont les émotions les plus fréquemment citées, suivies de l'hypervigilance (84,4%) et de l'affluence de pensées négatives (68,8%). Cela souligne la complexité des réactions émotionnelles à ce type d'événement.

Les émotions telles que le stress, le sentiment de culpabilité, la honte et la remise en question de l'estime de soi sont courantes parmi les participantes. Ces résultats mettent en lumière les répercussions significatives des IIG sur le bien-être mental des femmes, pouvant inclure des sentiments d'auto-blâme et une détérioration de l'estime de soi.

Bien que certaines émotions soient très répandues, telles que la tristesse et la peur de la récidive, d'autres émotions, comme la colère, sont moins fréquemment citées. Cela explique une variabilité dans la manière dont les femmes réagissent émotionnellement à une IIG, avec des expériences individuelles uniques.

Aussi, certaines émotions citées, telles que la tristesse, le sentiment de culpabilité et le sentiment d'incapacité à mener une grossesse à terme, sont couramment associées au processus de deuil. Ceci permet de comprendre que les femmes peuvent vivre une période de deuil après une IIG, ce qui peut avoir un impact significatif sur leur bien-être émotionnel.

Par ailleurs, l'évitement des situations rappelant la perte, les cauchemars liés à la perte et l'affluence de pensées négatives sont autant de stratégies d'adaptation couramment mentionnées par les participantes. Ceci explique que les femmes peuvent développer des mécanismes de défense pour faire face à leurs émotions et à leurs expériences après une IIG.

Les résultats soulignent également l'importance d'offrir un soutien émotionnel et psychologique aux femmes ayant vécu des IIG. Les professionnels de la santé doivent être sensibles aux émotions complexes et variées que ces femmes peuvent éprouver et fournir un soutien adapté à leurs besoins individuels.

3.1.3 Impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse : influence sur le déroulement de la grossesse subséquente

3.1.3.1 Sur le déroulement de la grossesse

D'après nos échanges avec le personnel de santé, comprenant des doctorants en spécialité, des gynécologues, des spécialistes de la santé mentale, et autres professionnels du CHU-MEL ainsi

que d'autres établissements de santé, il apparaît que les émotions ou expériences émotionnelles mentionnées dans le tableau III ont un impact significatif sur la santé des femmes enceintes, à la fois sur la santé de la mère et sur celle du fœtus. Un résumé des conclusions tirées de ces entretiens est présenté ci-dessous :

La peur de la récidive : la peur de revivre une interruption involontaire de grossesse peut entraîner un stress accru chez la femme enceinte, pouvant potentiellement affecter le déroulement de la grossesse subséquente en augmentant le niveau de cortisol, ce qui peut avoir des implications sur la santé maternelle et fœtale.

La tristesse : la tristesse persistante liée à la perte précédente peut interférer avec le bien-être émotionnel de la femme enceinte, ce qui peut avoir un impact sur sa capacité à gérer le stress de la grossesse et sur sa santé mentale globale.

Le stress : le stress chronique peut avoir des effets néfastes sur le déroulement de la grossesse, augmentant le risque de complications obstétriques telles que la prééclampsie, le retard de croissance intra-utérin (par exemple le petit poids à la naissance) et les naissances prématurées.

Le sentiment d'incapacité à mener une grossesse à terme : ce sentiment peut engendrer un stress supplémentaire et une anxiété liée à la grossesse subséquente, ce qui peut avoir des conséquences sur le déroulement de la grossesse.

L'hypervigilance : une hypervigilance excessive peut contribuer à un niveau élevé de stress et d'anxiété pendant la grossesse, ce qui peut affecter la santé maternelle et fœtale.

L'affluence de pensées négatives : Les pensées négatives persistantes peuvent contribuer à un stress émotionnel supplémentaire, ce qui peut avoir des répercussions sur la santé mentale de la femme enceinte pendant la grossesse subséquente.

3.1.3.2 Sur le suivi prénatal

Les données recueillies ont révélé qu'un nombre significatif des 30 participantes ressentant de la tristesse (83%) ne respectent pas systématiquement les rendez-vous planifiés avant de se présenter en consultation (tableau IV). Elles consultent dès qu'elles ont le moindre doute, cherchant ainsi à obtenir une assurance supplémentaire quant à la santé de leur fœtus.

Ce comportement témoigne de leur préoccupation et de leur anxiété par rapport à la santé du bébé, préférant obtenir une réassurance immédiate plutôt que d'attendre les rendez-vous prévus. Il manifeste une sensibilité accrue et un désir de surveiller attentivement la santé de leur bébé. De même, 21 des 29 participantes (72,4%) ressentant la peur de la récidive, et 24 des 27 participantes sujettes à l'hypervigilance excessive (89%) adoptent une fréquence de consultation plus élevée en raison de leurs craintes.

Tableau IV : *Influence des expériences émotionnelles antérieures d'interruption involontaire de grossesse sur le suivi prénatal*

Emotions/ Expériences émotionnelles	Nombre	Respect des RDV CPN		
		Normal	Au-delà des prévisions	En-dessous des prévisions
Peur de la récidive	29	8	21	0
Tristesse	30	5	25	0
Stress	11	9	2	0
Sentiment d'incapacité à mener une grossesse à terme	9	7	2	0
Hypervigilance	27	3	24	0
Affluence de pensées négatives	22	18	4	0

Les émotions de peur de la récidive, tristesse, hypervigilance et affluence de pensées négatives ont ainsi une influence sur le respect des rendez-vous CPN. Les femmes éprouvant ces émotions sont plus susceptibles de respecter les rendez-vous CPN de manière normale ou au-delà des prévisions, tandis que celles éprouvant moins ces émotions sont plus susceptibles de manquer les rendez-vous CPN. Ainsi, l'on peut comprendre que les émotions négatives semblent avoir un effet significatif sur le comportement de suivi prénatal, avec une tendance à motiver les femmes à respecter les rendez-vous CPN.

Les résultats du tableau suggèrent qu'une attention particulière devrait être accordée à la santé émotionnelle des femmes après une interruption involontaire de grossesse, en offrant un soutien psychologique et émotionnel adapté pour favoriser un suivi prénatal adéquat.

Par ailleurs, quelques témoignages de participantes à l'étude illustrent également l'impact des émotions ou des expériences antérieures d'interruption involontaire de grossesse sur le suivi prénatal :

Verbatim 1 : propos de Madame Solange, 40 ans.

"*Ma grossesse actuelle est une merveilleuse surprise, un cadeau de Dieu. Je veille attentivement sur elle et suis en étroite communication avec mon gynécologue. Si besoin est, je n'hésite pas à l'appeler, même tard dans la nuit. Aujourd'hui, je suis ici car je me sens très fatiguée, alors que d'habitude, je déborde d'énergie. Je suppose que ce n'est rien de grave, mais je préfère en avoir le cœur net*."

Verbatim 2 : témoignage de Madame Adélaïde, 32 ans

"*Je prends grand soin de mon bébé en ce moment, suivant chaque recommandation des médecins. Je n'avais pas beaucoup consulté lors de ma grossesse précédente, mais cette fois-ci, au moindre doute, je me rends à l'hôpital. La sage-femme m'a même dit de ralentir mes déplacements (rires).*"

Verbatim 3 : témoignage de Madame Christelle, 27 ans

"*Je ne manque aucun rendez-vous de suivi prénatal. Je suis vraiment motivée à suivre toutes les recommandations médicales. J'ai l'impression que si je fais tout ce qui est demandé, cette fois-ci tout ira bien. C'est comme si Dieu s'exprimait à travers les médecins*."

3.1.3.3 Sur l'observance des soins médicaux

Quelques témoignages des participantes à la recherche :

Verbatim 4 : propos de Madame Sophie, 23 ans

" En général, je n'aime pas les médicaments, les avaler me pose souvent problème. Cependant, depuis que je suis de nouveau enceinte, je sais à quel point il est crucial de prendre mes médicaments régulièrement et de suivre attentivement toutes les recommandations du médecin. Pour moi, un suivi rigoureux et la prise des médicaments sont essentiels pour notre protection, à la fois pour le bébé et pour moi ".

Verbatim 5 : témoignage de Madame Rose, 38 ans

"Après avoir perdu un bébé à cause d'une interruption involontaire de grossesse, chaque visite chez le médecin est devenue un moment d'anxiété intense pour moi. Mais je sais que c'est nécessaire pour assurer la santé de ce bébé. Alors, malgré ma peur, je suis déterminée à suivre tous les conseils et à respecter tous les rendez-vous médicaux."

Verbatim 6 : témoignage de Madame Alexie, 40 ans

"Après avoir vécu une interruption involontaire de grossesse, je me suis rendu compte que je devais être plus attentive aux signes de problèmes potentiels pendant ma grossesse actuelle. Donc, si je ressens quelque chose d'inhabituel, je n'hésite pas à contacter immédiatement mon médecin pour obtenir des conseils et un suivi supplémentaire."

Ces témoignages mettent en évidence l'observance des soins médicaux chez les femmes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse, et ils révèlent plusieurs aspects importants :

Barrières à l'observance des soins : les femmes expriment des difficultés à se motiver à suivre les rendez-vous médicaux après avoir vécu une interruption involontaire de grossesse. Les souvenirs douloureux associés à cette expérience peuvent créer des obstacles émotionnels à la recherche de soins médicaux réguliers.

Détermination à suivre les recommandations médicales : malgré ces défis émotionnels, les femmes montrent une forte détermination à suivre les conseils médicaux et à respecter les rendez-vous. Elles reconnaissent l'importance cruciale de ces soins pour assurer la santé de leur bébé actuel.

Anxiété associée aux visites médicales : les femmes décrivent chaque visite chez le médecin comme un moment d'anxiété intense en raison de leur expérience passée. Cependant, elles choisissent de surmonter cette anxiété afin de garantir le bien-être de leur enfant à naître.

Stratégie d'adaptation : pour faire face à ces défis, les femmes mettent en place des stratégies d'adaptation telles que se forcer à suivre les rendez-vous médicaux malgré les émotions.

En résumé, ces témoignages mettent en lumière l'importance de comprendre et de soutenir l'observance des soins médicaux chez les femmes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse, ainsi que la nécessité d'une approche sensible et empathique de la part des professionnels de la santé pour les accompagner tout au long de leur parcours de soins.

3.2 Discussion

Les résultats de notre recherche révèlent que l'âge, le statut marital et le niveau d'éducation jouent un rôle crucial dans la manière dont les femmes vivent et font face émotionnellement aux interruptions involontaires de grossesse. Ces variables influencent divers aspects de leur expérience, notamment l'accès au soutien émotionnel, familial et financier. Par exemple, la qualité de la communication au sein du couple peut déterminer la disponibilité des fonds pour le suivi prénatal et l'achat des médicaments. Des tensions conjugales, telles que la colère ou les malentendus, peuvent détériorer la communication entre les partenaires, exacerbant ainsi les difficultés financières et émotionnelles.

Influence de l'âge et l'importance du soutien émotionnel

L'âge des femmes apparaît comme un déterminant important dans leur expérience émotionnelle. En explorant plus en profondeur, notre étude montre que les femmes plus jeunes peuvent bénéficier d'un soutien social plus vaste, souvent en raison de la présence d'un réseau social plus actif, incluant la famille et les amis, et de la perception de meilleures chances de réussite future de grossesse. En revanche, les femmes plus âgées peuvent ressentir une pression temporelle accrue, ce qui peut augmenter leur stress et leur anxiété. Cette observation est alignée avec les conclusions de Jones et al. (2018), qui ont noté que l'espoir et la pression temporelle varient significativement avec l'âge des femmes après une interruption involontaire de grossesse. Cette pression peut être liée à des perceptions culturelles et sociales de l'âge et de la fertilité, ainsi qu'à des considérations biologiques. Jones et al. ont également noté que les femmes plus âgées ressentent une pression plus intense en raison de la diminution de leur fenêtre de fertilité, ce qui peut rendre l'expérience de l'interruption involontaire de grossesse particulièrement traumatisante.

Statut marital et soutien conjugal

Le statut marital influence de manière significative la disponibilité et la qualité du soutien émotionnel. Les femmes mariées peuvent bénéficier d'un soutien conjugal plus structuré, tandis que celles vivant en concubinage peuvent rencontrer des lacunes dans ce soutien. Garcia et al. (2020) ont souligné l'importance du soutien conjugal dans le processus de guérison émotionnelle après une interruption involontaire de grossesse, notant que la qualité de la communication et de la relation conjugale peut grandement affecter le bien-être émotionnel des

femmes. Notre étude renforce ces conclusions en montrant que les tensions au sein du couple, telles que la colère et les conflits, peuvent nuire à la communication, réduisant ainsi l'efficacité du soutien émotionnel et financier.

Niveau d'éducation

Le niveau d'éducation des femmes joue également un rôle crucial. Les femmes avec un niveau d'éducation plus élevé peuvent être mieux informées sur les options de soins de santé disponibles et peuvent être plus à l'aise pour naviguer dans le système médical. Elles sont également plus susceptibles de rechercher et de comprendre les informations médicales pertinentes, ce qui peut réduire l'anxiété liée à l'incertitude médicale. En revanche, les femmes ayant un niveau d'éducation inférieur peuvent se sentir moins confiantes dans leurs interactions avec le personnel médical et peuvent éprouver des difficultés à accéder aux ressources nécessaires, augmentant ainsi leur stress et leur vulnérabilité émotionnelle.

Soutien émotionnel et psychosocial

Les résultats de notre étude soulignent l'importance de fournir un soutien émotionnel et psychologique adapté aux besoins individuels des femmes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse. Les professionnels de la santé doivent être formés pour reconnaître les émotions complexes que ces femmes peuvent éprouver et offrir un soutien empathique et holistique tout au long de leur parcours de soins. Des programmes de soutien psychosocial, tels que des groupes de soutien, des sessions de conseil individuel et des ressources éducatives, sont essentiels pour aider ces femmes à faire face aux émotions et aux défis associés à leur expérience.

Comparaison avec d'autres études

Nos résultats sont cohérents avec plusieurs recherches antérieures qui ont identifié des émotions telles que la tristesse, la peur de la récidive, le stress et la culpabilité parmi les impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse. Par exemple, Smith et al. (2015) ont trouvé que la peur de la récidive était un facteur déterminant influençant le suivi prénatal chez les femmes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse. Cette peur pourrait décourager les femmes de rechercher des soins prénatals ultérieurs, créant ainsi un cercle vicieux de stress et d’anxiété.

En contextualisant nos résultats avec d'autres études similaires, nous pouvons mieux évaluer leur pertinence dans le domaine de la santé maternelle et fœtale. La variabilité dans l'observance des soins médicaux, rapportée par Smith et al. (2019), souligne les barrières émotionnelles et l'anxiété associées aux visites médicales post-interruption. Notre étude souligne également des lacunes dans le soutien social et émotionnel disponible pour les femmes vivant en concubinage par rapport à celles qui sont mariées. Cette observation est cohérente avec les recherches antérieures qui mettent en lumière les différences dans les ressources émotionnelles et le soutien conjugal disponibles selon le statut marital.

Implications pour la pratique clinique

Enfin, en reconnaissant les divers facteurs influençant les réponses émotionnelles des femmes, les professionnels de la santé et les chercheurs peuvent développer des interventions plus ciblées. Ces interventions peuvent inclure des sessions de conseil individualisé, des groupes de soutien, et des ressources éducatives pour mieux préparer les femmes à naviguer dans le système de soins de santé et à gérer les aspects émotionnels et psychologiques des interruptions involontaires de grossesse. Ces interventions doivent être conçues pour répondre aux besoins spécifiques des femmes en fonction de leur âge, de leur statut marital et de leur niveau d'éducation, afin de fournir un soutien holistique et inclusif.

3.2.1 Les limites de la recherche

Malgré ces résultats, notre étude présente certaines limites. Premièrement, la taille de l'échantillon est relativement petite, ce qui pourrait limiter la généralisation des résultats. De plus, les données ont été collectées dans un seul établissement de santé, ce qui pourrait limiter la représentativité des résultats à d'autres contextes. Aussi, la nature qualitative de notre recherche pourrait introduire des biais liés à l'interprétation des données. En outre, nos résultats sont basés sur des auto-déclarations des participantes, ce qui pourrait entraîner un biais de subjectivité.

3.2.2 Appréciation des hypothèses de départ

Hypothèse 1 : *Les femmes enceintes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse sont susceptibles de présenter des troubles émotionnels lors de leur grossesse ultérieure.*

L'analyse des données a révélé une variété d'émotions chez les femmes ayant vécu des

interruptions involontaires de grossesse, notamment la tristesse, la peur de la récidive, le stress, le sentiment de culpabilité, entre autres. Ces émotions peuvent être considérées comme des indicateurs de troubles émotionnels, reflétant la détresse émotionnelle que ces femmes peuvent ressentir pendant leur grossesse ultérieure. **Ainsi, cette hypothèse est validée par les résultats de la recherche**.

Hypothèse 2 : *Les facteurs psychosociaux, tels que le soutien social, le niveau d'éducation et l'âge biologique de la femme, expliquent l'ampleur des impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse*.

Les données analysées soulignent l'impact crucial des facteurs psychosociaux tels que le soutien social, le niveau d'éducation et l'âge des femmes sur leur réponse émotionnelle aux interruptions involontaires de grossesse. Les femmes mariées semblent bénéficier d'un soutien social plus fort que celles en concubinage, tandis que le niveau d'éducation semble influencer la capacité à rechercher des ressources face à cette situation. De plus, l'âge biologique joue un rôle significatif : les femmes plus jeunes ont souvent des réactions émotionnelles plus intenses en raison de leur niveau de développement personnel, tandis que les femmes plus âgées disposent généralement de plus d'expérience et de ressources pour affronter de telles circonstances. Ainsi, considérer l'âge biologique dans l'analyse des facteurs psychosociaux est crucial pour comprendre l'ampleur des impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse et pour orienter les futures interventions cliniques et de soutien. **En conclusion, les résultats de la recherche soutiennent également cette hypothèse 2**.

Il ressort de toutes ces analyses que les résultats de la recherche sont cohérents avec les hypothèses spécifiques formulées, renforçant ainsi la validité des conclusions tirées de l'étude.

Conclusion

Cette étude met en évidence l'impact significatif des interruptions involontaires de grossesse (IIG) sur le bien-être émotionnel des femmes enceintes. Les résultats ont montré que des émotions telles que la tristesse, la peur de la récidive, le stress et le sentiment d'incapacité à mener une grossesse à terme sont courantes chez les participantes. Ces émotions peuvent influencer non seulement le déroulement de la grossesse subséquente mais aussi le suivi prénatal et l'observance des soins médicaux. De plus, les caractéristiques démographiques telles que l'âge, le statut marital et le niveau d'éducation jouent un rôle crucial dans la manière dont les femmes vivent et font face émotionnellement aux interruptions involontaires de grossesse, ainsi que dans leur accès au soutien social et émotionnel.

Ces résultats soulignent l'importance pour les professionnels de la santé d'offrir un soutien émotionnel et psychologique adapté aux besoins individuels des femmes ayant vécu des IIG. De plus, ils mettent en évidence le besoin de programmes de soutien psychosocial spécifiquement conçus pour aider ces femmes à faire face aux émotions et aux défis associés à leur expérience. En outre, l'étude confirme des conclusions antérieures et souligne l'importance de prendre en compte les caractéristiques démographiques dans la compréhension des réponses émotionnelles des femmes aux IIG.

Pour finir, nous formulons quelques suggestions pour la pratique clinique et pour de futures recherches :

Améliorer le soutien émotionnel et psychologique : Les professionnels de la santé pourraient envisager d'intégrer des programmes de soutien émotionnel spécifiquement adaptés aux femmes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse. Cela pourrait inclure des services de counseling, des groupes de soutien ou des ressources en ligne pour aider ces femmes à faire face à leurs émotions et à leurs expériences.

Education et sensibilisation : Il est essentiel de sensibiliser les professionnels de la santé et le grand public aux impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse. Cela pourrait aider à réduire la stigmatisation et à promouvoir une meilleure compréhension et un meilleur soutien pour les femmes confrontées à cette expérience.

Promouvoir l'observance des soins médicaux : Les professionnels de la santé pourraient travailler en étroite collaboration avec les femmes ayant vécu des interruptions involontaires de grossesse pour les encourager à suivre régulièrement les rendez-vous médicaux et à respecter les recommandations médicales. Cela pourrait impliquer une communication ouverte, la fourniture d'informations complètes sur l'importance du suivi prénatal et la création d'un environnement de soutien.

Recherche future : Il est nécessaire de mener davantage de recherches pour approfondir notre compréhension des impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse et des facteurs qui influencent ces réponses émotionnelles. Des études longitudinales avec des échantillons plus vastes pourraient aider à mieux comprendre l'évolution des émotions et des besoins des femmes au fil du temps. De plus, des études comparatives entre différentes populations et cultures pourraient mettre en lumière les différences et similitudes dans les réponses émotionnelles et les besoins de soutien.

Intervention préventive : Enfin, il pourrait être bénéfique d'explorer des interventions préventives visant à réduire le risque d'interruptions involontaires de grossesse et à améliorer le soutien pour les femmes à risque. Cela pourrait inclure des programmes de sensibilisation à la santé reproductive, des services de planification familiale accessibles et des stratégies pour améliorer la santé mentale des femmes en âge de procréer.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Béréziat, R., et al. (2007). Deuil périnatal : Le temps de vivre et de dire. Éditions Chronique Sociale.

Charpak, N., et al. (2009). Psychologie de la grossesse : Impact sur le couple et la famille. Éditions Elsevier Masson.

David, P., (2023). Le soin sur les planches. [Article en ligne]. Disponible sur : [URL]

Dudoit, S., et al. (2018). Accompagner les parents confrontés à la mort périnatale. Éditions Érès.

Fortin, S., et al. (2012). Avortement spontané : Guide de soutien pour les femmes et leur entourage. Éditions Hurtubise.

Garcia, M. et al. (2020). The role of marital support in women's emotional recovery after miscarriage: A qualitative study. Journal of Marital and Family Therapy, 46(2), 323-337.

Garcia, A., et al. (2020). The Role of Marital Support in Emotional Healing Following Miscarriage: A Qualitative Analysis. Journal of Marital and Family Therapy, 46(4), 694-709.

Gnacadja, C. (2014). *Avortement au Bénin*. Communication personnelle. Agence nationale des soins de santé primaires.

Jones, S., et al. (2018). Age, Marital Status, and Education as Factors Influencing Emotional Responses to Miscarriage. Journal of Reproductive Health, 32(2), 145-158.

Jones, A. et al. (2018). Emotional responses to miscarriage and implications for psychological well-being: A systematic review. BMC Pregnancy and Childbirth, 18(1), 1-14.

Séjourné, N. Et al. (2008). L'impact psychologique de la fausse couche : Revue de travaux. La Revue Sage-Femme, Volume 7, 295-300.

Smith, J., et al. (2015). Fear of Recurrence as a Barrier to Prenatal Care Attendance Among Women with History of Miscarriage. Maternal and Child Health Journal, 19(7), 1606-1614.

Smith, K., et al. (2019). Variability in Medical Care Compliance Among Women with History of Miscarriage: Emotional Barriers and Anxiety Associated with Medical Visits. Journal of Obstetrics and Gynecology, 41(3), 432-445.

Smith, L. et al. (2019). Psychological experiences of women following pregnancy loss: A systematic review and thematic synthesis. BMJ Open, 9(9), e029986.

Soubieux, M. J., et al. (2015). Deuil périnatal et travail de deuil : Aspects psychologiques et cliniques. Éditions De Boeck Supérieur.

Vassart, C., et al. (2016). Deuil périnatal et travail de mémoire : Psychopathologie, prévention et accompagnement. Éditions Mardaga.

ANNEXE 1 : TABLEAU DETAILLE DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTES

Participantes	Age	Statut marital	Niveau d'éducation
Participante 1	30	Mariée	Primaire
Participante 2	38	Mariée	Primaire
Participante 3	27	Concubinage	Primaire
Participante 4	23	Concubinage	Non instruite
Participante 5	27	Concubinage	Primaire
Participante 6	19	Concubinage	Primaire
Participante 7	18	Concubinage	Primaire
Participante 8	29	Concubinage	Primaire
Participante 9	35	Concubinage	Universitaire
Participante 10	33	Mariée	Primaire
Participante 11	28	Concubinage	Primaire
Participante 12	25	Concubinage	Primaire
Participante 13	23	Concubinage	Secondaire
Participante 14	33	Mariée	Non instruite
Participante 15	38	Concubinage	Primaire
Participante 16	31	Concubinage	Primaire
Participante 17	42	Concubinage	Universitaire
Participante 18	40	Mariée	Secondaire
Participante 19	37	Concubinage	Primaire
Participante 20	39	Concubinage	Non instruite
Participante 21	41	Mariée	Primaire
Participante 22	25	Concubinage	Primaire
Participante 23	28	Concubinage	Secondaire
Participante 24	32	Mariée	Primaire
Participante 25	37	Concubinage	Non instruite
Participante 26	36	Concubinage	Primaire
Participante 27	40	Mariée	Secondaire
Participante 28	41	Concubinage	Primaire
Participante 29	38	Mariée	Primaire
Participante 30	35	Concubinage	Universitaire
Participante 31	34	Concubinage	Primaire
Participante 32	29	Concubinage	Primaire

ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DE COLLECTE DES DONNEES

Identité :

Votre Nom et Prénom (facultatif) ?

Âge ?

Statut matrimonial :

- Mariée,
- Divorcée,
- Concubinage

Niveau d'éducation

1. Avez-vous déjà été une fois enceinte ?
2. Pouvez-vous décrire brièvement vos expériences antérieures d'interruption involontaire de grossesse ?
3. Comment vous vous êtes sentie émotionnellement après ces interruptions de grossesse ?
4. Avez-vous reçu un soutien adéquat de la part du personnel médical et de votre entourage pendant cette période ?
5. Comment avez-vous géré la douleur et le deuil liés à cette interruption involontaire de grossesse ?
6. Est-ce que cette interruption involontaire de grossesse influence vos sentiments et vos attentes actuels concernant la grossesse ?
7. Quelles sont vos inquiétudes liées à la grossesse, après avoir vécu des interruptions involontaires de grossesse ?
8. Comment ces émotions et ces sentiments ont-ils influencé votre décision de faire le suivi prénatal pour votre grossesse actuelle ?
9. Comment votre expérience passée a-t-elle influencé votre observance des recommandations médicales et des conseils de votre professionnel de santé pendant cette grossesse ?
10. Avez-vous rencontré des obstacles ou des défis spécifiques dans votre suivi prénatal en raison de votre expérience d'interruption de grossesse ?
11. Quelles ressources ou types de soutien estimez-vous utiles pour vous accompagner tout au long de cette grossesse ?
12. Avez-vous des préoccupations spécifiques concernant la santé du bébé à naître en raison de vos expériences passées ?

Table des matières

SOMMAIRE 1

DEDICACE 2

REMERCIEMENTS 3

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS 4

LISTE DES TABLEAUX, PHOTO ET FIGURE 5

Résumé 6

Abstract 6

Introduction 7

CHAPITRE 1. 9

CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 9

1.1 Présentation du CHU-MEL 10

1.1.1 Présentation du Service de Pédiatrie 10

1.1.2 Mission du Service de la pédiatrie 11

1.2 Déroulement du stage et description des activités menées 12

1.2.1 Objectifs du stage 12

1.2.2 Activités menées lors du stage 13

1.3 Difficultés éprouvées 16

CHAPITRE 2. 18

CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE 18

2.1 Clarification conceptuelle 19

2.1.1 Impact psychologique 19

2.1.2 Interruption Involontaire de Grossesse (IIG) 19

2.1.3 Santé mentale 19

2.1.4 Grossesse arrêtée 20

2.1.5 Age biologique 20

2.1.6 Facteur psychosocial 20

2.1.7 Femme gestante 20

2.1.8 Suivi prénatal 21

2.2 Revue de la littérature 21
2.3 Problématique 25
2.3.1 Le cadre conceptuel de la recherche 26
2.3.2 Les objectifs de la recherche 28
2.3.3 Les hypothèses de la recherche 28
2.4 Méthode 29
2.4.1 Type d'étude 29
2.4.2 Les participants de l'étude 30
2.4.3 Matériel 31
2.4.4 Procédure 34

CHAPITRE 3. 35

PRESENTATION DES RESULTATS, ANALYSE ET DISCUSSION 35
3.1 Résultats 36
3.1.1 Caractéristiques démographiques des enquêtées 36
3.1.2 Description des impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse chez les femmes enceintes 38
3.1.3 Impacts psychologiques des interruptions involontaires de grossesse : influence sur le déroulement de la grossesse subséquente 39
3.2 Discussion 44
3.2.1 Les limites de la recherche 46
3.2.2 Appréciation des hypothèses de départ 46

Conclusion 48

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 50
ANNEXE 1 : TABLEAU DETAILLE DES CARACTERISTIQUES DEMOGRAPHIQUES DES 51
PARTICIPANTES 51
ANNEXE 2 : GUIDE D'ENTRETIEN DE COLLECTE DES DONNEES 52