



## EVALUATION DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES FEMMES GESTANTES À ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE<sup>i</sup>

Tieffi Hassan Guy Roger<sup>iii</sup>,

Kouassi N'Goran Edouard<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centre Ivoirien d'Etude et Recherche en Psychologie Appliquée (CIERPA),  
Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan Cocody, 22 BP 159,  
Abidjan 22, Côte d'Ivoire

<sup>2</sup>Département de Psychologie,  
Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan Cocody, 22 BP 1407  
Abidjan 22, Côte d'Ivoire

### Résumé

L'étude évalue la détresse psychologique des femmes en état de grossesse à Abidjan. L'échantillon est constitué de 100 femmes gestantes volontaires : 50 primipares et 50 multipares ne présentant pas de troubles psychiatriques. Elles fréquentent deux centres de santé communautaire de la commune de Yopougon. L'évaluation s'est faite à l'aide de l'Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) de Zidmond et Snaith (1983) qui explore les dimensions d'anxiété et de dépression ressenties par les femmes n'appartenant pas à une population psychiatrique. Les résultats indiquent globalement une détresse psychologique fréquente chez les femmes gestantes, qui se présente plus sous la forme d'anxiété qu'une manifestation dépressive. Devant ces difficultés d'ordre psychologiques diverses, une prise en charge efficiente faite par des spécialistes (psychologues, psychiatres...) est plus que nécessaire en vue d'aider les gestantes à vivre cette période éprouvante avec plus de sérénité.

**Mots clés :** gestantes, primipares, multipares, détresse, anxiété, dépression

### Abstract:

The study assesses the psychological distress of pregnant women in Abidjan. The sample consists of 100 voluntary pregnant women: 50 primiparous and 50 multiparous with no psychiatric disorders. They attend two community health centers in Yopougon. The evaluation was done using the Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) of Zidmond and Snaith (1983), which explores the dimensions of anxiety and depression experienced by women not belonging to a psychiatric population. The results indicate

---

<sup>i</sup> EVALUATION OF THE PSYCHOLOGICAL DISTRESS OF PREGNANT WOMEN IN ABIDJAN, COTE D'IVOIRE

<sup>ii</sup> Correspondence: email [thgrfr@yahoo.fr](mailto:thgrfr@yahoo.fr), [kouassine@yahoo.fr](mailto:kouassine@yahoo.fr)

overall psychological distress in pregnant women, which is more in the form of anxiety than a depressive manifestation. In the face of these various psychological difficulties, efficient care by specialists (psychologists, psychiatrists, etc.) is more than necessary to help pregnant women to live this testing period with more serenity.

**Keywords:** gestating, primiparous, multiparous, distress, anxiety, depression

## **Introduction**

La grossesse peut être considérée comme un état, mais aussi comme une période inhabituelle marquée par de nombreuses variations psychosomatiques chez la femme, qui lui font vivre différentes émotions parfois exceptionnelles. Ce moment singulier dans la vie de la femme peut être marqué par des problèmes liés à l'état de grossesse : fausse couche, grossesse extra-utérine, etc. C'est pourquoi l'amélioration de la santé de la future mère et de l'enfant reste un objectif prioritaire dans la plupart des pays. Ainsi, en Côte d'Ivoire, des programmes sont développés afin de mieux assister les gestantes tout au long de leurs grossesses. Les coûts des consultations prénatales, des examens complémentaires (examens d'échographie...) et des accouchements (voie basse ou césarienne) sont généralement subventionnés. Cette politique de santé de la reproduction prend aussi en compte les maladies les plus fréquentes des enfants âgés de 0 à 5 ans.

Cependant, les programmes d'appui à la mère et à l'enfant dans les pays en développement, occultent très souvent le bien-être mental de la gestante qui passe par une compréhension et une gestion efficace de son état psychologique lors de la grossesse. Des travaux réalisés dans des pays développés ont démontré que la période de la grossesse est éprouvante sur le plan psychologique, et se caractérise par des moments d'anxiété, d'irritabilité et un vécu dépressif, pas forcément pathologique (Connor-Smith & Flachsbart, 2007 ; Lagadec, 2015). La présente étude se propose d'évaluer dans un pays en développement comme la Côte d'Ivoire, la détresse psychologique des gestantes à Abidjan en quatre points : problématique, méthodologie, résultats et discussion.

## **1. Problématique**

Dans les sociétés traditionnelles africaines lorsqu'un couple est infertile, la femme est souvent tenue pour responsable, et subit de ce fait toutes sortes de vexation et d'humiliation. C'est pourquoi dans la vie de la femme africaine, la maternité apparaît comme un événement majeur dans le couple.

La femme a des caractéristiques physiologiques et une morphologie lui permettant de porter en son sein un fœtus qui évoluera jusqu'à la naissance d'un enfant. Ce processus de développement du fœtus qui intègre aussi la fécondation, est appelé la gestation ou la grossesse. Une femme peut porter durant sa vie une ou plusieurs grossesses. On parle de gestante primipare lorsque la femme est à sa première

expérience de la grossesse et de gestante multipare lorsqu'elle a contracté plus d'une grossesse. La grossesse dure généralement neuf mois, et s'accompagne de très importantes modifications de l'organisme. Le corps de la gestante se modifie pour accueillir le fœtus (Le Moigne & Foucrier, 2009). Il arrive que la transformation du corps engendre parfois quelques problèmes physiques et psychologiques dus aux bouleversements hormonaux (Laghzaoui et al., 2002 ; Vendittelli & Lachcar, 2002).

Des auteurs ont examiné le lien entre l'état de grossesse et les émotions que les gestantes pouvaient ressentir. Ces recherches ont mis en évidence la détresse psychologique qui se manifeste par l'existence chez une gestante de symptômes, généralement dépressif ou anxieux (Lagadec, 2015 ; Rofe, Blittner & Lewin, 1993). Ces auteurs ont utilisé des échelles pour évaluer "l'inquiétude spécifique" ou l'"anxiété relative" à la grossesse, et ont montré qu'un seuil élevé était significativement corrélé à un risque de complication obstétrical (Anderson, Dumont, Jacobs & Azzaria, 2007). Chez les femmes aux grossesses simples, un ensemble de travaux a montré que le niveau d'anxiété, mesuré par des échelles, est plus élevé autour du troisième mois de la grossesse, s'atténue au second trimestre, pour connaître à nouveau un pic avant l'accouchement (Dayan, Andro & Dugnat, 1999 ; Faure, Legras, Chocard & Duverger, 2008). Selon Dayan (2007), l'utilisation des questionnaires d'autoévaluation, contrairement à des entretiens cliniques, tend à surestimer la fréquence de la symptomatologie dépressive, particulièrement durant la grossesse. Toutefois, les études sont rares, et leurs résultats pour beaucoup, restent à confirmer sur des échantillons plus larges. La littérature consacrée à ce champ d'investigation montre que quatre troubles anxieux sont singulièrement étudiés : les troubles obsessionnels compulsifs (TOC), le trouble panique, l'anxiété généralisée et les syndromes de stress.

Par ailleurs, des auteurs comme Stewart (2005), montrent que des événements traumatisants durant l'enfance, tels que les mauvais traitements et la négligence parentale, sont aussi des facteurs prédisposant l'individu à des risques de souffrances psychologiques, notamment de dépression et d'anxiété face à une situation inhabituelle. Or, la dépression et l'anxiété sont deux troubles psychologiques qui peuvent s'observer dans le même contexte au sein d'un groupe de personnes. Concernant l'évolution de la grossesse, une étude auprès de 8323 femmes enceintes en Angleterre, a montré que 11% d'entre elles souffriraient d'anxiété et 13% de dépression (Glover, O'Connor, Heron & Golding, 2004).

D'autres auteurs ont étudié la relation entre la dépression maternelle et l'activité du fœtus. Ils ont observé que les fœtus des femmes dépressives étaient significativement plus actifs durant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse que ceux des mères non déprimées. Ces fœtus présentaient plus fréquemment des retards de croissance. De plus, 24% des bébés de mères déprimées sont nés prématurément, alors que seulement 7% des bébés de mères non déprimées avaient eu une naissance prématurée (Dieter, Field, Hernandez-Reif, Jones, Lecanuet, Salmam & Redzepi, 2001). Ces résultats indiquent que les syndromes anxieux et dépressifs sont prépondérants dans le vécu psychologique de la grossesse chez la femme gestante. La

détresse de ces femmes s'exprime essentiellement à travers les manifestations surtout anxieuses faites, notamment de stress. De plus, les conséquences pour la santé physique de la mère ainsi que pour celle du futur bébé sont également élevées. A la complexité de ces transformations psychiques, viennent parfois s'ajouter des événements ou conditions de vie stressantes qui augmentent le risque des troubles anxieux et/ou dépressifs : tension dans le couple, absence du partenaire, grossesse non désirée, décès du partenaire, précarité et condition sociale, abus d'alcool, violence conjugale, etc. (Berrewaerts & Noihomme-Renard, 2006 ; Lagadec, 2015 ; Tioté, 2002).

Dans une approche des grandes étapes émotionnelles de la grossesse, Thoulon (2005) synthétise le vécu des gestantes en trois moments : l'ambivalence, l'harmonie et l'échéance. Ceux-ci correspondent, selon cette conception, aux trois trimestres de la grossesse. Lors de l'étape de l'ambivalence, les modifications corporelles dues à l'implantation de l'embryon, font naître des sentiments contradictoires chez les gestantes ; ce qui pourrait avoir un effet sur leur état mental. Pendant l'harmonie, en général la mère s'est adaptée à son nouveau corps, et vit normalement en reprenant ses habitudes. Les bouleversements au niveau émotionnel tendent aussi se normaliser. Enfin, à l'échéance les mères sont de nouveau éprouvées émotionnellement face à l'imminence de l'accouchement. En somme, selon Thoulon (2005), la détresse psychologique des gestantes se manifestant essentiellement à travers des réactions anxieuses et dépressives seraient plus fréquentes lors du premier et du troisième trimestre.

Toutes ces difficultés associées à l'état de la femme gestante s'expriment différemment selon les pays et les agglomérations. En Côte d'Ivoire, pays en développement, notamment à Abidjan, la population de filles et de femmes gestantes croît continuellement. Pourtant, les centres de santé (Centres Hospitaliers Universitaires, centres de santé communautaires...) restent insuffisants et sous-équipés techniquement (plateaux techniques). Le personnel de prise en charge est en effectif réduit, avec très peu de spécialistes. Dans un tel contexte, des interrogations s'imposent. Quels sont concrètement les effets de la grossesse et de ses implications sur l'état mental des femmes gestantes à Abidjan ? Comment se manifeste la détresse psychologique chez les femmes gestantes à Abidjan ?

Pour répondre à ces interrogations, l'hypothèse générale est que la fréquence de la détresse psychologique des femmes gestantes à Abidjan se manifeste différemment par rapport à l'anxiété et à la dépression. Trois hypothèses opérationnelles sont déduites. Le nombre de gestantes qui présentent un trouble d'anxiété avéré est supérieur à celui de celles qui ont un trouble suspecté ou qui ne présentent pas de trouble d'anxiété (HO 1). Le nombre de gestantes qui présentent un trouble dépressif avéré est supérieur à celui de celles qui ont trouble suspecté ou qui ne présentent pas de trouble dépressif (HO 2). Le nombre de gestantes qui présentent un trouble anxio-dépressif avéré est supérieur à celui de celles qui ne présentent pas de trouble anxio-dépressif (HO 3).

## 2. Méthodologie

### 2.1. Participantes

Les participantes fréquentent différentes cliniques et les centres de santé communautaire des quartiers Maroc, Wassakara et Toit-Rouge de la commune de Yopougon dans le district d'Abidjan. 100 femmes gestantes volontaires, ne présentant pas de troubles psychiatriques, sont sélectionnées lors des visites prénatales dans deux centres de santé communautaires à Yopougon. Il s'agit de 50 primipares et 50 multipares à deux périodes distinctes de la grossesse : 25 primipares entre 0-3 mois (début de la grossesse) et 25 primipares entre 6-9 mois (fin de la grossesse) ; 25 multipares entre 0-3 mois (début de la grossesse) et 25 multipares entre 6-9 mois (fin de la grossesse).

### 2.2. Matériel

Un questionnaire et une échelle constituent le matériel de l'étude. Le questionnaire permet d'identifier les participantes et leurs caractéristiques sociodémographiques. L'Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) de Zidmond et Snaith (1983) mesure l'état de détresse psychologique des femmes gestantes. Cette échelle est un questionnaire auto-administré qui permet d'évaluer les dimensions d'anxiété et de dépression dans des populations non psychiatrique. L'HADS est constituée de deux sous-échelles de 07 items chacune, qui donnent deux scores mesurant, d'une part l'anxiété (HAD-A : peur, sentiment d'appréhension et d'inquiétude : « je me fais du souci »...) et d'autre part, la dépression (HAD-D : tristesse et chagrin, état mélancolique : « j'ai perdu l'intérêt pour mon apparence »...) à partir de la fréquence rapportée de différents états émotionnels (réponse sur des échelles de type Likert en 04 points). Les sous-échelles anxiété et dépression ont trois niveaux : de 0 à 7 -absences de troubles anxieux ou dépressifs ; de 8 à 10 -troubles anxieux ou dépressifs suspectés ; et de 11 à 21 -troubles anxieux ou dépressifs avérés. Quant à l'échelle globale HADS, elle possède deux niveaux : de 0 à 14 -pas de trouble anxio-dépressifs et de 15 à 42 -existence de troubles anxio-dépressifs.

## 3. Résultats

Le traitement des données s'est fait à l'aide du logiciel statistique SPSS 12.0. La significativité des écarts de fréquences d'apparition des réponses des groupes de femmes gestantes en présence est mise en évidence à l'aide du test statistique khi-deux de Pearson. Les résultats se présentent en trois points conformément aux hypothèses opérationnelles : HO 1, HO 2 et HO 3. Le premier point a trait à la détresse psychologique des femmes gestantes déterminée par la sous-échelle anxiété de l'HADS. Le second point présente cette détresse évaluée par la sous-échelle dépression de l'HADS. Et le troisième point se rapporte à la détresse psychologique mesurée par l'échelle globale HADS.

### 3.1. Anxiété mesurée par la sous-échelle A

Les résultats concernant l'HO 1 sont consignés dans le tableau 1. Il présente les effectifs des gestantes en fonction des dimensions d'anxiété observées.

**Tableau 1 : Anxiété des femmes gestantes**

|                  | Effectif observé | Effectif théorique | Résidu |
|------------------|------------------|--------------------|--------|
| Pas de problème  | 25               | 33,3               | 8,3    |
| Trouble suspecté | 27               | 33,3               | 14,7   |
| Trouble avéré    | 48               | 33,3               | -6,3   |
| Total            | 100              |                    |        |

( $\chi^2= 9,74$  ;  $p < .05$ )

La différence entre les effectifs des gestantes en présence est significative ( $\chi^2= 9,74$  ;  $p < .05$ ). L'HO 1 est confirmée. On constate donc qu'il y a plus de gestantes qui présentent un niveau d'anxiété avéré comparées à celles qui ont un trouble suspecté ou qui ne présentent pas de problème.

### 3.2. Dépression mesurée par la sous-échelle D

Les résultats portant sur l'HO 2 sont précisés dans le tableau 2. Il présente les effectifs des gestantes en fonction des dimensions de dépression observées.

**Tableau 2 : Dépression des femmes gestantes**

|                  | Effectif observé | Effectif théorique | Résidu |
|------------------|------------------|--------------------|--------|
| Pas de problème  | 26               | 33,3               | 7,3    |
| Trouble suspecté | 38               | 33,3               | 4,7    |
| Trouble avéré    | 36               | 33,3               | 2,7    |
| Total            | 100              |                    |        |

( $\chi^2= 2,48$  ;  $p > .05$ )

La différence entre les effectifs des femmes gestantes n'est pas significative ( $\chi^2=2,48$  ;  $p > .05$ ). L'HO 2 est infirmée. On observe que le nombre de gestantes présentant un trouble dépressif est quasiment similaire à l'effectif de celles qui ont un trouble suspecté ou qui ne présentent pas de problème.

### 3.3. Détresse psychologique mesurée par l'échelle globale HADS

Les résultats qui concernent l'HO 3 sont détaillés dans le tableau 3. Il présente les effectifs des gestantes selon les deux dimensions de l'échelle globale observées.

**Tableau 3 : Détresse psychologique des femmes gestantes**

|                 | Effectif observé | Effectif théorique | Résidu |
|-----------------|------------------|--------------------|--------|
| Pas de problème | 26               | 50,0               | 30,0   |
| Trouble avéré   | 36               | 50,0               | 30,0   |
| Total           | 100              |                    |        |

( $\chi^2= 36,00$  ;  $p < .05$ )

La mesure de l'échelle globale HADS montre une différence significative entre les effectifs des femmes gestantes en présence ( $\chi^2 = 36,00$  ;  $p < .05$ ). L'HO 3 est aussi confirmée. L'effectif des gestantes présentant un trouble anxio-dépressif est supérieur à celui de celles qui ne présentent pas de problème.

En définitive, il apparaît une détresse psychologique fréquente chez les femmes gestantes. Par ailleurs, la sous-échelle explorant l'anxiété montre un niveau élevé de ce trouble chez les gestantes. En revanche, la sous-échelle explorant la dépression n'indique pas une différence significative entre les effectifs observés.

#### 4. Discussion

L'étude évalue l'état psychologique des femmes gestantes à partir de L'Hospital Anxiety Depression Scale (HADS). Les résultats observés relativement à la première hypothèse opérationnelle, prouvent l'existence d'un trouble d'anxiété fréquente chez la majorité des gestantes. La théorie des manifestations psychologiques de la grossesse de Thoulon (2005) explique ces résultats. Selon cette approche, au cours du premier trimestre de la grossesse, la femme développe une réaction de défense face aux transformations évidentes dues à son état : augmentation du volume des seins, fréquente envie d'uriner, nausée, vomissement, prise de poids, etc. Ces changements sont des sources de stress, de craintes et de difficultés.

L'anxiété manifestée par les gestantes apparaît comme un effet d'adaptation à la situation nouvelle. C'est une réaction de défense aux perturbations quotidiennes occasionnées par l'état de grossesse. Chez les primipares, cette manifestation semble plus prononcée. Les représentations à l'égard de la grossesse et de la maternité, la peur d'une éventuelle fausse couche, etc., renforceraient cet état de fait lors du premier trimestre de gestation. En revanche, au cours du troisième trimestre appelée encore échéance, la question de l'accouchement devient une préoccupation permanente chez la gestante. Celle-ci s'interroge sur les conditions de son accouchement et l'état de santé de l'enfant. C'est donc l'imminence de l'événement qui serait probablement à l'origine de l'amplification de l'état d'anxiété.

Quant aux résultats en rapport avec la seconde hypothèse opérationnelle suggérant que le niveau de trouble dépressif observé chez les femmes gestantes n'est pas significativement élevé, ils pourraient s'expliquer par le fait que la majorité de ces femmes sont en attente d'un événement heureux qui ne devrait pas les mettre dans un état dépressif. L'état d'esprit de la future mère lors du deuxième trimestre de la grossesse aussi dénommé harmonie, montre que la gestante se sent mieux dans sa peau. C'est une période de stabilité émotionnelle dans laquelle les problèmes du début de la grossesse sont moins perturbants. Les pensées des futures mères sont plutôt tournées vers le nouvel être qui va naître. L'inquiétude manifestée au début de la grossesse ferait alors place à moins de stress ou d'angoisse. Une sensation de bien-être psychologique de la gestante est apparente en ce sens qu'elle supporte mieux sa situation, et elle appréhende dorénavant l'avenir avec plus de sérénité. Le corps de la gestante s'est

adapté, créant aussi une sensation de bien-être physique. Ainsi, l'instabilité émotionnelle et l'angoisse diminuent.

Cependant, même si ces résultats ne sont pas significatifs statistiquement, il importe de considérer la fréquence non moins importante de gestantes manifestant un sentiment de déprime. Selon des auteurs (Berrewaerts & Noihomme-Renard, 2006 ; Lagadec, 2015 ; Tioté, 2002), les conditions de vie de la gestante, notamment l'ambiance au sein du foyer (si elle n'est pas bonne) pourraient entraîner la dépression chez la femme. De toute évidence, la femme gestante a besoin de soutien moral, singulièrement de la part du futur père, son conjoint, qui lui permettrait de traverser aisément les difficultés qu'elle rencontrera. En revanche, un manque d'attention, un délaissement ou une relation conflictuelle pourrait considérablement perturber la gestante et fragiliser davantage son équilibre psychologique.

Les résultats en lien avec la troisième hypothèse opérationnelle, montre que l'état de grossesse apparaît déterminant dans la manifestation des troubles anxio-dépressifs chez les gestantes. Pour l'explication des faits observés, la théorie de Thoulon (op-cit.) nous permet de comprendre que plus le but (l'accouchement) est proche, plus le niveau d'anxiété est élevé. Ce conflit détermine en majeure partie la condition psychologique du dernier trimestre marqué par des niveaux d'anxiété et de dépression habituellement supérieurs à ceux des deux premiers trimestres de la grossesse. L'anxiété serait liée à la dépression en situation de grossesse. Au cours du troisième trimestre de la grossesse (l'échéance), la gestante semblerait isolée, mise à l'écart du groupe social d'appartenance. Ainsi, elle vivrait très mal la fin de la grossesse. L'on peut très bien comprendre les émotions manifestées dans ces conditions par les gestantes quelle que soit leur expérience de la grossesse. Au terme de la grossesse, les pensées des gestantes seraient envahies par des préoccupations diverses, notamment l'appréhension des conditions de l'accouchement et la santé du bébé. Cette période serait marquée par un mélange de culpabilité, de vulnérabilité et de sensation d'inadéquation au regard de leurs faiblesses émotionnelles. Les futures mères se sentiraient tristes et mal préparées à jouer le rôle de mère. Le soutien et l'accompagnement dont elles auraient le plus besoin dans cette épreuve ne seraient pas présents. Le moral peut être bas et la confiance en soi affaiblie. Ainsi, les troubles anxio-dépressifs seraient déterminés par deux éléments principaux : la peur de l'accouchement et la crainte de l'anormalité de l'enfant. Ces différentes réactions sont des réponses à l'état de fin de grossesse. Elles deviendraient pathologiques en raison de leur forte intensité.

Les femmes gestantes développeraient généralement des sentiments d'anxiété et de dépression liés très certainement à leur état de grossesse. D'une part, l'anxiété manifestée serait une réponse adaptative aux changements corporels et psychologiques brusques et inattendus observés chez ces gestantes. Ces transformations seraient plus fréquentes entre le premier et le troisième trimestre de la grossesse. D'autre part, la faible manifestation de la dépression peut être interprétée comme une certaine stabilité émotionnelle au regard de la disparition des souffrances physiques, notamment au deuxième trimestre de la grossesse. Par ailleurs, la forte détresse psychologique

manifestée par les troubles anxio-dépressifs lorsque la femme gestante se rapproche de la phase de l'accouchement avec la crainte de l'anormalité de l'enfant, est la preuve que le terme de la grossesse peut être très éprouvant pour elle sur le plan psychologique.

Les résultats observés en rapport avec la première hypothèse opérationnelle sont en accord ceux de Dayan, Andra et Dugnat (1999) et Faure, Legras, Chocard et Duverger (2008). Ces auteurs ont observé que le niveau d'anxiété mesuré avec des échelles est plus élevé aux environs du troisième mois de la grossesse, s'atténue au second trimestre pour s'accroître considérablement avant l'accouchement. C'est dire que les premier et troisième trimestres de la grossesse sont des périodes favorables au développement de l'anxiété chez la femme gestante. De manière spécifique, cette anxiété se traduit par des inquiétudes et des préoccupations liées au déroulement de la grossesse, à l'accouchement et à la santé du futur bébé.

Casoni et David (1991) et Thoulon (2005) identifient des facteurs tels que les modifications corporelles surprenantes, le manque de soutien, les troubles conjugaux, et les difficultés financières comme étant en étroite relation avec la survenue ou le vécu d'un état d'anxiété. En outre, une mauvaise adaptation à sa condition nouvelle pourrait emmener la gestante d'un état normal à un état pathologique, c'est-à-dire de l'anxiété normale, qui apparaît chez tout individu face une situation aversive, à l'anxiété pathologique non conforme à la situation réelle.

Cependant, dans ces travaux antérieurs, le trouble d'anxiété est examiné sous toutes ses dimensions, c'est-à-dire de ses caractéristiques globales aux troubles caractérisés, alors que dans la présente étude, seule la dimension adaptative de l'anxiété est étudiée suivant les critères de l'échelle d'évaluation utilisée.

Concernant la deuxième hypothèse opérationnelle, les résultats observés ne rejoignent pas les prédictions faites au départ. Cet état de fait s'expliquerait par la difficulté à détecter le trouble dépressif dans la mesure où bon nombre d'auteurs ont montré que les femmes gestantes ne présenteraient pas très souvent de dépression. En outre, ces travaux ne s'accordent pas sur la prévalence de ce trouble. Par exemple, selon Bennett, Einarson, Taddio, Koren et Einarson (2004), cette prévalence tournerait autour de 5 à 12% pour la dépression mineure, tandis que selon Gavin, Gaynes, Lorh, Meltzer-Brody, Gartlehner et Swinson, (2005), environ 20% des femmes gestantes sont susceptibles de développer un trouble dépressif à un moment donné de la grossesse. Ces divergences semblent mettre en évidence les difficultés à apprécier l'importance de ce trouble chez les femmes gestantes. Cependant, le faible écart non significatif observé chez les participantes en faveur des gestantes qui présentent un trouble dépressif dans la présente étude, suggérerait qu'il est tout à fait possible de rencontrer plus de femmes présentant des troubles dépressifs au cours de la grossesse sur des échantillons plus importants. Ce trouble est qualifié de trouble dépressif périnatal par Gaynes, Gavin et Meltzer-Brody (2005) pour définir tout épisode de dépression mineure ou majeure ayant lieu durant la grossesse ou au cours des douze mois suivant la naissance de l'enfant (Rossignol, Nanzer & Etter, 2010).

La dépression durant la grossesse semble peu connue et sous diagnostiquée en ce sens que beaucoup d'auteurs se sont plutôt intéressés aux dépressions post-natales et aux psychoses. Les travaux de Dieter et al. (2010) ont évalué le risque pour les femmes dépressives durant la grossesse d'avoir des nouveau-nés prématurés accusant un retard cognitif ou risquant la mort subite. Tous ces faits montrent les graves conséquences auxquelles les gestantes à l'étude manifestant un trouble dépressif et leur futur bébé sont exposés.

En ce qui concerne la troisième hypothèse opérationnelle, les résultats observés vont dans le sens des idées de Rofe, Blittner et Lewin (1993) qui font remarquer que l'anxiété manifestée semble normale à certains stades gestationnels : début et fin de la grossesse. Au début de la grossesse, cette anxiété survient en réaction aux modifications corporelles (prise de poids, nausées, vomissements, urines incessantes...) inhérentes à ce état, mais dont le caractère brusque et inattendu pourrait être difficile à vivre, notamment pour la primipare pour qui cette situation est tout à fait nouvelle. L'environnement social, singulièrement le futur père du bébé a donc un rôle important à jouer dans l'adaptation de la primipare durant cette période.

Au terme de la grossesse, l'approche de l'accouchement apparaît comme une source importante de stress. Pour la future mère, cette période est associée à des niveaux d'anxiété et de dépression particulièrement élevés (Thoulon, 2005). Cet auteur indique que deux questions essentielles focalisent l'attention des femmes gestantes. D'une part, elles se demanderaient dans quelles conditions va se passer l'accouchement? D'autre part, quel sera l'état de santé aussi bien mental que physique de l'enfant à venir? Ces préoccupations constantes seraient de nature à générer de fortes émotions anxieuses et dépressives. En conformité avec les travaux antérieurs, nos résultats mettent en relief un niveau élevé de trouble anxio-dépressif confirmant la présence d'une détresse psychologique fréquente chez les femmes gestantes. Toutefois, nos résultats ne mettent pas en évidence des troubles pathologiques ; il pourrait s'agir de simples difficultés d'adaptation à la grossesse d'où la nécessité de mener d'autres travaux pour examiner expressément cet aspect clinique.

## 5. Conclusion

Dans un pays en développement comme la Côte d'Ivoire, la population des femmes gestantes est en évolution constante. Les conditions de vie de ces femmes et de suivi des grossesses restent préoccupantes au regard de la paupérisation généralisée des populations, du nombre et des équipements insuffisants des infrastructures sanitaires à Abidjan. En outre, les programmes d'aides aux femmes gestantes mises en œuvre par les Gouvernants ne prennent pas en compte la dimension psychologique. C'est pourquoi, la question principale à l'étude ici, est d'évaluer les effets de la grossesse et de ses implications sur l'état psychologique des femmes gestantes à Abidjan.

Les résultats obtenus indiquent une détresse psychologique fréquente chez les femmes gestantes, notamment avec un niveau d'anxiété élevé, et un vécu dépressif, pas

nécessairement pathologique. Ces résultats permettent de comprendre que la grossesse est une période de vulnérabilité psychologique importante chez la femme. Ainsi, il serait souhaitable de mettre en place, dans les maternités et les structures sanitaires du pays, un dispositif d'accompagnement des femmes gestantes. Ce cadre de prise en charge psychologique contribuera à gérer les problèmes psychologiques liés à l'état de grossesse laissés en marge lors des consultations gynécologiques. La gestion de ces difficultés améliorera probablement le bon déroulement de la grossesse, avec certainement des influences positives sur la bonne santé physique et mentale de la mère et de celle de l'enfant en développement.

## Bibliographie

1. Anderson, D, Dumont, S, Jacobs, P, & Azzaria, L (2007). The personal costs of caring for a child with a disability: A review of the literature. *Public Health Reports*, 122(1), 3-16.
2. Bennett, HA, Einarson, A, Taddio, A, Koren, G, Einarson, T R (2004). Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstetrics Gynecology*, 103, 698-709.
3. Berrewaerts, J & Noihomme-Renard, F (2006). Les grossesses à l'adolescence : Quels sont les facteurs explicatifs identifiés dans la littérature ? Série de dossiers techniques. Ref. 06-46.
4. Casoni, D, & David, H (1991). L'adaptation psychologique à la grossesse : observations cliniques. *P.R.I.S.M.E*, 2, (1), 103-111.
5. Connor-Smith, J K, & Flachsbart, C (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107.
6. Dayan, J, Andro, G, & Dugnat, M (1999). *Psychopathologie de la périnatalité*. Paris : Masson.
7. Dayan, J (2007). Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèses. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, 36, 549-561.
8. Dieter, JN, Field, T, Hernandez-Reif, N, Jones, NA, Lecanuet, JP, Salmam, FA, Redzepi, M (2001). Maternal depression and increased fetal activity. *Journal of Obstetrics Gynaecology*, 21(5), 468-473.
9. Faure, K., Legras, M., Chocard, A-S., Duverger, P. (2008). Trouble psychique de la grossesse et du post-partum. *Revue du praticien*, 58(13), 1475-1482.
10. Gaynes, B.N., Gavin, N., & Meltzer-Brody, S. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report /Technology Assessment*, 119, 1-8.

11. Gavin, NI, Gaynes, BN, Lohr, K N, Meltzer-Brody, S, Gartlehner, G, Swinson, T (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics Gynecology*, 106, 107-183.
12. Glover, V, O'Connor, TG, Heron, J & Golding, J (2004). Antenatal maternal anxiety is linked with atypical handedness in the child. *Early Human Development*, 79(2), 107-18.
13. Lagadec, N (2015). Qualité de vie et bien-être des femmes enceintes : Revue de littérature. Thèse de doctorat en médecine générale. Université Pierre et Marie Curie (Paris 6).
14. Laghzaoui, B M, Bouhya, S, Bennani, O, Hermas, S, Soummami, A & Aderdour, M (2002). Grossesse et accouchement. *Maroc Médical*, 24, 182-185.
15. Le Moigne, A, & Foucrier, J (2009). *Biologie du développement*. Paris : Dunod.
16. Rofe, Y, Blittner, M, Lewin, I (1993). Emotional experiences during the three trimesters of pregnancy. *Journal of Clinic Psychology*, 49(1), 3-12.
17. Rossignol, A. S., Nanzer, N., & Etter, J-F. (2010). L'entretien prénatal : Un outil de prévention de la dépression périnatal et de soutien à la parentalité. *Rapport réalisé sur mandat du Département des Affaires Régionales, de l'Économie et de la Santé, dans le cadre de son programme Alliance genevoise contre la dépression*.
18. Stewart, D. (2005). La dépression durant la grossesse. *MFC*, 2 (1), 1-3.
19. Thoulon, J. M. (2005). Les petits maux de la grossesse. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale: Gynécologie-Obstétrique*, 2, 227-237.
20. Tioté, N (2002). Statut matrimonial et degré d'anxiété chez les parturientes. Mémoire de maîtrise, Département de psychologie, Université de Cocody-Abidjan.
21. Vendittelli, F., & Lachcar, P. (2002). Stress, social support, psychology for women undergoing perterm labor : a review. *Gynécologie obstétrique et fertilité*, 30, 503-513.
22. Zidmond, AS & Snaith, RP (1983). The Hospital Anxiety Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.

Creative Commons licensing terms

Author(s) will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Social Sciences Studies shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflicts of interest, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated into the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).