



HAL
open science

Prise en charge psychologique de l'interruption volontaire de grossesse : qu'en pensent les patientes ?

Mélanie Champion Delefortrie

► To cite this version:

Mélanie Champion Delefortrie. Prise en charge psychologique de l'interruption volontaire de grossesse : qu'en pensent les patientes ?. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02283431

HAL Id: dumas-02283431

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02283431>

Submitted on 10 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
U.F.R DE MEDECINE



Année 2019
N° 2019 - 37

Thèse d'Etat de Docteur en Médecine
Spécialité : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement
Le 29 avril 2019

Par
Mélanie CHAMPION épouse DELEFORTRIE

Prise en charge psychologique de
l'interruption volontaire de grossesse :
Qu'en pensent les patientes ?

Président du Jury : Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Membres du Jury : Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI
Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE
Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Pascal GARGATTE

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Remerciements

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Fabrice SERGENT

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Gynécologie Obstétrique)

Vous avez accepté de présider mon jury de soutenance, c'est un immense honneur pour moi. Je vous suis reconnaissante d'avoir porté un intérêt particulier à mon travail. Je vous prie de bien vouloir accepter mes plus sincères remerciements et mon plus grand respect.

Aux membres du jury,

Madame le Professeur Marie-Antoinette SEVESTRE-PIETRI

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Médecine Vasculaire)
Chef du Service de Médecine Vasculaire

Je vous remercie de l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de juger mon travail. Soyez assurée de ma profonde gratitude.

Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier
(Pédopsychiatrie)
Coordonnateur du DES de Psychiatrie

Je suis très honorée de vous compter parmi les membres de mon jury. Je vous prie de croire en l'assurance de ma respectueuse considération.

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Je vous remercie de me faire l'honneur d'être membre de mon jury. Pour l'enseignement que vous m'avez donné en stage d'internat et l'intérêt que vous avez porté à mon travail, soyez assurée de mon estime et de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Pascal GARGATTE

Spécialiste en Médecine Générale

Maître de Stage des Universités

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Je vous remercie pour l'aide que vous m'avez apportée dans son élaboration et pour ce que vous m'avez appris en stage d'internat. Veuillez trouver ici, l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Quentin, mon époux, merci pour l'amour et le soutien précieux que tu m'apportes. La vie est belle à tes côtés.

A ma mamie, Mauricette, tu es toujours là pour moi, je t'en serai éternellement reconnaissante.

A ma tante Catherine et mon oncle Jean-Michel, un grand merci pour tout ce que vous faites pour moi.

A Elodie, ma cousine, tu as toujours été un exemple de réussite pour moi. Merci pour tes conseils. A Fabien, j'apprécie ta gentillesse et ta bonne humeur.

A ma maman Isabelle et mon papy Georges, j'ai chaque jour qui passe une pensée pour vous. J'espère que vous êtes fiers de moi.

Aux autres membres de ma famille, nous avons passé de bons moments, je souhaite que l'avenir nous en réserve plein d'autres.

A ma belle-famille, je vous remercie de m'avoir intégrée dans votre famille. C'est un réel plaisir de passer des moments avec vous.

A Céline, mon amie rencontrée grâce aux études de médecine. Nous avons déjà partagé tant de choses et j'espère qu'il y en aura beaucoup d'autres. Merci pour ton écoute et tes conseils.

A Anne-Sophie, mon amie depuis l'école primaire. Nous avons tant de souvenirs en commun et bien d'autres à se créer. Tu m'as toujours soutenue et je t'en remercie.

A Camille, mon amie d'enfance. Malgré la distance qui nous sépare notre amitié est toujours aussi forte.

A Emeline, mon amie depuis le collège. A notre amitié qui dure malgré la distance, aux moments mémorables passés et à venir.

A mes amis de fac, avec qui j'ai partagé le stress des examens et l'euphorie des soirées. Je sais que je peux compter sur vous.

A mes amis du lycée, c'est toujours un plaisir de passer du temps avec vous.

Aux médecins et autres personnes qui ont participé à l'élaboration de cette thèse, merci pour votre aide.

Merci aux médecins qui m'ont transmis leur savoir pendant mes années d'études.

Je remercie également les quatorze femmes qui ont apporté leurs précieux témoignages.

Table des matières

INTRODUCTION	8
MATERIEL ET METHODE	10
A. Recherche bibliographique	10
1. Recherche bibliographique sur le thème	10
2. Recherche bibliographique sur la méthode	10
B. La méthode	10
1. Définition de la question de recherche	10
2. Type d'étude	10
3. Le guide d'entretien	11
a) Le premier guide d'entretien	11
b) Les modifications du guide d'entretien	11
c) Confidentialité des données	12
4. Population cible et recrutement	12
a) Population cible	12
b) Mode de recrutement	12
c) Difficultés de recrutement	13
5. Organisation et réalisation des entretiens	13
6. Retranscription	14
7. Analyse des données	14
RESULTATS	15
A. La population étudiée	15
B. Analyse thématique des entretiens	15
1. Le vécu de l'IVG	15
a) Le vécu avant l'IVG	15
b) Le vécu pendant l'IVG	17
c) Le vécu après l'IVG	18
d) Les motivations pour l'IVG	21
2. La prise en charge psychologique	22
a) Que propose-t-on ?	22
b) L'avis des femmes	25
c) Le rôle du médecin traitant	29
3. Idées des participantes pour améliorer la prise en charge psychologique	31
DISCUSSION	35
A. Forces de l'étude	35
1. Une méthode adaptée	35
2. Les critères de validité	35
B. Limites de l'étude	35
1. Limites liées à l'enquêteur	35
2. Limites liées au recrutement	36
3. Limites liées aux conditions d'entretien	36
C. Discussion autour des résultats	37
1. Le vécu de l'IVG	37

a) Une réponse émotionnelle variée	37
b) La douleur physique	38
2. Les facteurs pouvant influencer le vécu	39
a) L'IVG à domicile	39
b) Le choix de la méthode	39
c) L'attitude du personnel soignant	40
d) La stigmatisation	40
e) La vision du fœtus	41
f) L'information	41
g) La discrétion	41
h) L'échographie	42
i) L'accès à l'IVG	42
3. La prise en charge psychologique	42
a) L'intérêt d'un entretien pré-IVG	42
b) Intervention du médecin traitant	43
c) Le suivi post-IVG	44
d) Cas particulier des femmes jeunes	44
e) Freins à la prise en charge psychologique	45
CONCLUSION	46
BIBLIOGRAPHIE	48
ANNEXES	51
Annexe 1 : Guide d'entretien	51
Annexe 2 : Lettre d'information et formulaire de consentement	52
Annexe 3 : Tableau récapitulatif des informations concernant les participantes	54
Annexe 4 : CD-Rom-Transcriptions	55

INTRODUCTION

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est autorisée en France depuis la loi Veil de 1975 (1).

Elle permet à toute femme enceinte, majeure ou mineure, qui ne veut pas poursuivre une grossesse de demander à un médecin ou à une sage-femme son interruption avant la fin de la douzième semaine de grossesse (2).

Deux techniques sont proposées et dépendent du stade de la grossesse, de l'offre de soins disponible et des préférences de la femme :

- L'IVG chirurgicale, sous anesthésie générale ou locale, repose sur la dilatation du col et l'évacuation du contenu utérin par aspiration. Elle peut être proposée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

- L'IVG médicamenteuse, repose sur l'association d'une anti-progestérone et d'une prostaglandine selon un protocole précis. Elle peut être réalisée dans un établissement de santé jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée, ou dans un cabinet de ville, centre de planification ou centre de santé jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée (3).

La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande qu'à l'occasion ou préalablement à la première consultation médicale, un entretien d'information, de soutien et d'écoute soit proposé systématiquement et réalisé pour les femmes qui souhaiteraient en bénéficier. L'entretien doit dans ce cas être confié à des professionnels qualifiés pour cet accompagnement et l'identification de difficultés psychosociales (4).

L'IVG concerne chaque année entre 215 000 et 230 000 femmes en France depuis 2001 (5).

Les conséquences psychologiques à la suite d'une IVG varient d'une femme à l'autre. Elles peuvent être positives comme négatives. Elles peuvent survenir dans les suites immédiates de l'IVG ou au fil du temps. Les sentiments négatifs peuvent être tellement importants qu'ils finissent par être occultés et refont surface lors d'un événement fort tel qu'une maternité, un deuil ou la maladie (6).

Selon la HAS, un accompagnement spécifique doit être proposé et disponible (4).

La définition de cet accompagnement dépend du point de vue subjectif des professionnels : il est constaté selon les endroits des situations variables allant de la dramatisation avec tendance à la psychologisation systématique et à un maternage parfois excessif, à une négligence qui frise l'abandon (7).

Il existe peu d'études s'intéressant à la qualité de la prise en charge psychologique.

L'existence d'un vécu post-IVG négatif chez certaines femmes fait prendre conscience de l'intérêt d'en évaluer les signes et d'évaluer le besoin d'écoute de ces femmes (8).

L'objectif de mon travail est de connaître le point de vue des femmes ayant eu recours à une IVG sur leur prise en charge psychologique. Cette étude pourrait permettre d'identifier les aspects négatifs de la prise en charge psychologique actuellement proposée et d'obtenir des pistes pour l'améliorer.

MATERIEL ET METHODE

A. Recherche bibliographique

1. Recherche bibliographique sur le thème

J'ai effectué ma recherche bibliographique à partir de bases de données et des moteurs de recherche francophones et anglo-saxons comme Pub-med, Science-direct, Cairn, Pascal et Francis en utilisant les mots suivants :

- En français : prise en charge psychologique, interruption volontaire de grossesse, vécu, avis, femmes
- En anglais : psychological care, abortion induced, experience, view, women.

2. Recherche bibliographique sur la méthode

J'ai effectué la même démarche pour la recherche sur la méthodologie qualitative. J'ai utilisé des ressources disponibles sur internet portant sur la recherche qualitative.

B. La méthode

1. Définition de la question de recherche

Suite à une revue de la littérature, la question peu étudiée de la prise en charge psychologique des femmes ayant eu recours à une IVG m'a semblé pertinente. La question de recherche est la suivante : Que pensent les femmes ayant eu recours à une IVG de la prise en charge psychologique qui leur a été proposée ?

2. Type d'étude

J'ai réalisé une étude qualitative auprès de femmes ayant eu recours à une IVG. Le recueil des données a été fait par entretiens semi-dirigés individuels et anonymes pour garantir la liberté d'expression des participantes.

3. Le guide d'entretien

Le guide d'entretien est un support reprenant les questions ouvertes et neutres à aborder lors de la discussion permettant d'explorer plusieurs grands thèmes définis à partir de la recherche bibliographique. Il comporte un questionnaire quantitatif permettant de caractériser l'échantillon (9).

Le guide d'entretien a évolué au fil de la réalisation des entretiens.

a) Le premier guide d'entretien

Le premier guide d'entretien s'articulait autour de huit questions.

- Le vécu avant et après l'IVG.
- La prise en charge psychologique proposée.
- Les motivations pour l'accepter ou la refuser.
- L'opinion de la femme sur la prise en charge psychologique.
- L'évaluation de la prise en charge par rapport aux besoins individuels.
- La place du médecin généraliste dans la prise en charge psychologique.
- Les propositions d'amélioration.

Ce guide d'entretien a été porté à l'évaluation puis validé par mon directeur de thèse le Dr Gargatte.

Il a été ensuite soumis à l'avis de deux chefs de clinique du département de médecine générale et modifié à partir de leurs commentaires avant d'être définitivement validé.

b) Les modifications du guide d'entretien

A la suite du premier entretien, il m'a semblé pertinent d'ajouter une question concernant l'opinion de la participante sur la prise en charge psychologique émanant de son médecin généraliste.

La version complète du guide est disponible en annexe 1.

c) Confidentialités des données

Chaque participante a reçu une lettre d'information expliquant les tenants de l'étude et un formulaire de consentement (annexe 2) qu'elles m'ont retourné signés.

Il était indispensable d'assurer une confidentialité des données et que les participantes aient la garantie que les informations recueillies étaient rendues anonymes.

4. Population cible et recrutement

a) Population cible

Je me suis adressée aux femmes ayant eu recours à une IVG médicamenteuse ou chirurgicale. Le recrutement a été effectué de façon à obtenir un échantillon varié sur des facteurs tels que l'âge, le niveau socio-économique et le lieu où a été réalisée l'IVG.

L'échantillon a été sélectionné et non tiré au sort. La méthode utilisée est celle de l'échantillonnage raisonné afin d'obtenir le maximum de données.

J'ai synthétisé les informations concernant les participantes en un tableau récapitulatif (annexe 3).

b) Mode de recrutement

Au cours de mon quatrième semestre d'internat, j'ai réalisé un stage en gynécologie au Centre Hospitalier d'Abbeville. J'ai pu assister aux consultations pré-IVG au Centre de Planification Familiale et ainsi recruter des patientes volontaires pour participer à mon étude. Je les ai contactées un mois après afin de fixer une date pour réaliser l'entretien.

Ensuite, j'ai réalisé un stage lors de mon SASPAS¹ chez un médecin généraliste de l'Oise qui pratique les IVG médicamenteuses, j'ai ainsi pu recruter certaines de ces patientes de la même façon que précédemment.

Ce médecin m'a transmis les coordonnées d'autres médecins de l'Oise pratiquant des IVG. Je les ai contactés par téléphone en expliquant l'objet de mon étude. Certains m'ont transmis des coordonnées de patientes avec leur accord.

¹ Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

Par la suite, j'ai contacté les Centres de Planification d'Abbeville, d'Amiens, de Doullens, de Compiègne et de Beauvais, les médecins généralistes faisant partie du Département de Médecine Générale (DMG) d'Amiens et des médecins généralistes de mes connaissances soit par mail soit par téléphone. Je leur ai expliqué le sujet de ma thèse en leur demandant de me transmettre les coordonnées de patientes acceptant de participer à l'étude.

Au cours de mes autres stages, j'ai rencontré des femmes ayant eu recours à une IVG que j'ai également pu inclure dans mon étude.

c) Difficultés de recrutement

Premièrement, certaines patientes ont d'emblée refusé que je les contacte par la suite. D'autres n'ont pas répondu au téléphone, certaines ont refusé qu'on se rencontre et d'autres ont reporté le rendez-vous parfois à plusieurs reprises, certaines ont annulé et quelques-unes ne se sont pas présentées au rendez-vous.

Deuxièmement, je n'ai pas eu de réponse de tous les médecins et certains médecins ne se souvenaient plus du nom de leurs patientes qui avaient eu recours à une IVG.

Dernièrement, les emplois du temps incompatibles et la distance à parcourir ont été des freins pour la réalisation d'un entretien physique. J'ai donc décidé de faire quatre entretiens par téléphone.

5. Organisation et réalisation des entretiens

J'ai réalisé les entretiens dans la majorité des cas dans une salle de consultation d'un cabinet médical ou d'un centre hospitalier, deux participantes sont venues à mon domicile et quatre ont eu un entretien par téléphone, le jour de leur convenance.

Différentes techniques de communication d'une interview ont été utilisées : la reformulation², la relance³, le recentrage⁴, le recadrage⁵.

Les données ont été enregistrées à l'aide de mon téléphone portable.

² Action de formuler à nouveau.

³ La relance consiste à reprendre par répétitions la fin d'une phrase d'un interlocuteur sur un ton de questionnement non appuyé.

⁴ Processus rhétorique qui a pour but de faire revenir l'interlocuteur sur lui-même.

⁵ Procédé qui consiste à ramener les personnes sur le propos qui constitue le cœur de l'échange.

Le recueil des données a été réalisé lors de quatorze entretiens entre le 16 novembre 2017 et le 18 décembre 2018. Mon objectif était d'arriver à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce que les données recueillies et leur analyse ne donnent plus d'éléments nouveaux.

6. Retranscription

J'ai retranscrit mot à mot les entretiens qui sont disponibles en annexe 4.

Tous les éléments de la ponctuation usuelle ont été utilisés pour retranscrire la parole des participantes en discours écrit. Les manifestations non verbales sont entre crochets. Les noms propres et les lieux ont été rendus anonymes.

Les différentes conditions de réalisation de l'entretien ont toutes été précisément relevées afin d'en tenir compte dans l'analyse. J'ai effectué ces retranscriptions dans les jours suivants l'entretien, avec le souci d'être le plus exhaustif possible tant sur les verbatim que sur les intonations et le non verbal.

7. Analyse des données

A l'aide du logiciel N'Vivo 11®, j'ai réalisé un codage axial⁶ des verbatim selon la méthode de la théorisation ancrée. Chaque partie du verbatim a été classée dans une catégorie représentant l'idée qu'elle véhicule. Certaines catégories ont été regroupées en thèmes plus généraux et parfois déclinées en sous-catégories plus détaillées. Cette analyse a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens. Les catégories n'ont pas été définies au départ mais identifiées a posteriori à partir des verbatim. Une triangulation a été réalisée par une tierce personne sachant utiliser le logiciel N'Vivo 11® pour les trois premiers entretiens. Ensuite chaque catégorie a fait l'objet d'une synthèse descriptive.

⁶ Codage de phénomènes de manière à la fois isolée et avec des relations.

RESULTATS

A. La population étudiée

J'ai interrogé quatorze femmes âgées de 21 à 47 ans, issues de catégories socio-professionnelles variées. L'âge moyen était de 30,5 ans. Vous trouverez en annexe un résumé des caractéristiques de la population étudiée. Le délai entre l'IVG et l'entretien allait de deux semaines à sept ans. Dix d'entre elles ont eu recours à une IVG par méthode médicamenteuse, trois à une IVG par méthode chirurgicale sous anesthésie générale et une par méthode chirurgicale sous anesthésie locale. Dix participantes ont été prises en charge en établissement de santé ou en centre de planification et quatre par un médecin généraliste en cabinet de ville.

La durée des entretiens allait de 8 minutes 50 secondes à 33 minutes 19 secondes avec une moyenne de 15 minutes 30 secondes.

La saturation des données est arrivée au treizième entretien, j'en ai réalisé un quatorzième pour la confirmer.

Les résultats sont illustrés par les Verbatim en gris dans le texte. Les sigles P1 à P14 renvoient aux entretiens des participantes 1 à 14.

B. Analyse thématique des entretiens

1. Le vécu de l'IVG

a) Le vécu avant l'IVG

Dix femmes sur quatorze se sont senties perdues

« Oui, vraiment perdue, perdue et sachant qu'il faudrait prendre une décision qui ne me plairait pas » (P2),

« Je savais pas trop quoi faire ni comment le prendre » (P8).

La moitié des femmes avaient la certitude de faire le bon choix

« J'étais sûre de ce que je voulais faire » (P11),

« J'étais sûre de mon choix » (P14)

Et quatre d'entre elles ont souligné le fait que c'était en accord avec leur conjoint

« Et c'était en accord avec mon conjoint » (P13),

« Pour moi et pour mon conjoint c'est clair, on était d'accord tous les deux, il n'y avait pas débat » (P11).

Plusieurs femmes ont ressenti de la tristesse

« J'étais vraiment très mal, tous les soirs je pleurais » (P5),

« J'étais triste parce que j'imaginai qu'une grossesse c'était quelque chose d'heureux » (P13),

Du stress concernant l'IVG en elle-même et ses conséquences

« J'étais un peu stressée en fait, me dire : "Est-ce que tu vas pas regretter après ?" » (P7),

« Par l'intervention, de comment ça allait se passer au réveil, c'était plus ça qui me stressait » (P8)

Et de l'impatience

« Il fallait que ça se passe au plus vite pour moi, il fallait que vite que ça parte » (P4),

« Je sais pas si j'aurai accepté sur le coup parce que je voulais que ce soit le plus vite possible » (P13).

Des femmes ont décrit un moment difficile à traverser

« Ça reste quand même un enfant dans nous... donc c'est pas facile » (P14),

« Je suis quand même quelqu'un d'assez forte psychologiquement en général et je m'attendais pas du tout à du coup que ce soit si difficile » (P5).

Quelques femmes ont eu un sentiment de culpabilité

« Je pense qu'on culpabilise déjà le fait d'ôter quand même la vie » (P12),

« Culpabilité parce que je suis une grande, je suis tout à fait au courant de la contraception et du fonctionnement du corps humain, je n'ai pas cette excuse, pour autant ce n'est pas si facile. » (P9)

De solitude

« Je me suis sentie extrêmement seule face à moi-même » (P2),

« Malgré que j'ai un conjoint, j'étais toute seule dans tout » (P4).

Certaines ont décrit également la surprise voire le choc d'être enceinte

« C'était inattendu » (P3),

« On a un choc vachement brutal » (P5)

Et l'interdiction d'y penser

« Parce que finalement moi je ne me suis pas autorisée à y penser » (P13),
« Je m'étais mise une barrière pour pas que ça m'atteigne psychologiquement » (P4).

Une participante pense que le terme avancé de sa grossesse a rendu l'IVG plus difficile

« Ça aurait été sûrement difficile mais beaucoup moins si j'avais été enceinte d'une semaine ou deux » (P5)

Et que la grossesse entraîne une sensibilité accrue

« J'avais jamais eu de grossesse et au niveau hormonal on est hyper à fleur de peau » (P5).

L'échographie avec l'audition des bruits du cœur lui a également paru douloureuse

« Là par contre il m'a fait mal au cœur, je me suis mise à pleurer directement parce qu'en fait l'image ça ne m'a pas fait réaliser mais le cœur [...] on se rend compte comme si c'était un humain quoi » (P5).

Une autre a rencontré des difficultés dans les démarches

« En fait le problème aussi c'est que le planning familial, c'est l'hôpital, c'est public et c'est pas du tout facile pour les gens qui travaillent » (P13).

b) Le vécu pendant l'IVG

Quelques femmes ont ressenti une douleur physique pendant l'IVG qu'elle ait été médicamenteuse ou chirurgicale

« L'IVG est en lui-même est douloureux quand même par médicament » (P14),

« Et le fait que le curetage bah... ils donnent rien pour la douleur quoi ça fait quand même mal » (P12)

Et de la solitude

« Je suis restée toute seule dans ma chambre sans aucune visite jusqu'à temps que je perde euh... que je perde c'est tout. » (P12),

« Même le jour, les derniers médicaments j'étais toute seule encore une fois. » (P4).

Une participante a décrit du stress à la suite de la prise des médicaments

« Déjà juste après la prise du médicament [rires] c'est un gros stress » (P2),

Une autre de l'impatience

« Et après c'est l'attente, l'attente qui est longue et le fait qu'on ne nous explique pas, qu'on nous laisse dans la chambre jusqu'à temps qu'on expulse. » (P12)

Et un sentiment de culpabilité

« J'ai dû reprendre le traitement à plusieurs reprises, ben en réalité j'avais l'impression d'être punie » (P12).

Une dernière a décrit : « un moment difficile à passer » (P4).

Deux éléments rassurants ont été décrits par une participante :

- l'IVG à domicile

« Ça me semblait moins pénible d'être chez moi, pouvoir être dans mon canapé, bêtement mais voilà. » (P2)

- L'existence d'une grossesse antérieure

« J'ai déjà accouché donc je savais ce que c'était qu'une contraction donc j'ai pas eu ... le côté un peu douleur ne m'a pas fait peur » (P2).

Une autre participante a montré un désinvestissement pendant l'IVG

« J'essayais de pas trop m'investir dans la situation en fait, je prenais les médicaments et basta quoi, je ne préférais pas trop y penser et voilà me concentrer sur autre chose. » (P10).

c) Le vécu après l'IVG

Un nombre important de participantes ont évoqué l'envie d'aller de l'avant

« J'essaie de pas revenir sur le sujet et d'avancer. » (P4),

« Pressée d'avoir un enfant pour dire bon bah cette page elle est vraiment tournée à 100 % »
(P5).

La moitié des participantes ont ressenti un soulagement

« Je me suis sentie soulagée que ce soit passé, que l'épreuve entre guillemets soit passée »
(P3),

« J'avais plus à me tourmenter [...] il était plus là » (P7).

Plusieurs participantes n'affichent aucun regret

« Je pense que j'ai pris une bonne décision et je ne regrette pas » (P10),

« Sentiment de regret non parce que concrètement je ne me sentais pas capable d'avoir un autre enfant » (P12).

Certaines ont ressenti de la tristesse

« Je me sens un petit peu triste de me dire là en ce moment ça faisait deux mois, trois mois... »
(P4),

« Après, de la tristesse, d'autant que le médicament perturbe beaucoup » (P9)

Et certaines de l'anxiété

« Il y avait toujours un peu l'angoisse que ce soit pas complètement fini » (P13),

« J'ai eu des gros pics d'anxiété avec des réveils nocturnes » (P2).

Quelques participantes soulignent le fait qu'elles y repensent

« C'est vrai qu'il m'arrive encore d'y penser de temps en temps » (P12),

« J'y repense, je ne le cache pas » (P14).

Quelques-unes évoquent l'étrangeté de la situation

« Ça fait bizarre de se dire qu'on avait un enfant et puis bah là, on l'a plus quoi » (P8),

« Ça fait bizarre de se dire, voilà j'ai attendu un enfant » (P3).

D'autres expriment leur hypersensibilité

« J'étais à fleur de peau » (P2),

« Je pleurais assez facilement » (P14)

Leur fatigue

« Après j'étais fatiguée, le contrecoup de ce qui s'est passé » (P11),

« J'étais quand même quelqu'un qui était un peu sensible je pense avec la fatigue » (P14).

Certaines l'ont vécu comme un moment difficile

« Une étape assez compliquée » (P14),

« Un moment vraiment trash » (P9)

Avec pour une participante des difficultés à en parler

« Je peux en parler aujourd'hui parce qu'à l'époque ça aurait été plus compliqué » (P5).

Une participante a particulièrement mal vécu son IVG :

Sentiment d'incompréhension

« La sensation de pas être comprise » (P2),

Rancune envers son conjoint

« Il y a un moment où je lui en ai voulu » (P2),

Culpabilité

« Assez honteuse avec dans ma tête me dire que j'avais [...] un peu tué mon bébé » (P2),

Dépression

« J'ai vraiment d'un seul coup descendu bien bas » (P2),

Idées suicidaires

« Il y a eu un moment où je me suis dit mais c'est les médicaments ou la corde » (P2)

Nécessitant l'introduction d'anti-dépresseurs

« Ça fait deux mois et je suis sous anti-dépresseur » (P2).

Amélioration thymique progressive

« Je vais mieux après voilà je pense prendre mes traitements quand même plusieurs temps pour dire de stabiliser et pouvoir voilà faire... ben ce deuil » (P2).

D'autres participantes ont ressenti de la culpabilité à la vision du fœtus

« Je n'aurai pas dû voir [...] j'ai pas regretté mais j'ai culpabilisé » (P6),

« Le sentiment de culpabilité et en plus j'ai vu ce que j'avais perdu [...] de voir à quoi ça ressemblait, j'étais très contrariée » (P12)

Et cette image leur revient en mémoire

« C'est vrai que ça m'arrive encore d'y penser de temps en temps quoi. C'est surtout cette image, ben l'image de la perte » (P12),

« Je focalise tout le temps sur l'image au niveau de l'évacuation, tout le temps » (P6).

Certaines s'interrogent sur leur fertilité future

« J'étais très fertile a priori mais je me dis : "Est-ce qu'on le sera encore après ?" » (P5),

« Je me suis dit : "Fin, est-ce que j'ai fait le bon choix de faire ça, de faire l'IVG ? Est-ce que j'arriverai un jour à avoir un autre enfant ? " » (P8).

Elles se questionnent sur leur choix

« Est-ce que j'ai fait le bon choix de faire ça, de faire l'IVG ? » (P8),

« On se demande si on a fait les bons choix » (P6).

On observe une amélioration thymique

« Ça va mieux en allant mais c'est dur » (P1).

Pour d'autres aucune perturbation

« Après je me suis sentie bien » (P7),

« Ça m'a pas vraiment perturbée » (P11).

On observe une dédramatisation chez certaines participantes

« Je reste assez lucide sur le fait que de toute façon j'étais pas prête et que je préférerais avoir des enfants plus tard quand je serai prête » (P3),

« Après voilà c'est parti ce sera mieux la prochaine fois » (P4).

L'IVG a été perçue par une participante comme une leçon

« Je pense que maintenant je prends vraiment bien mes précautions » (P6).

d) Les motivations pour l'IVG

Spontanément, les participantes ont expliqué ce qui a motivé leur choix d'avoir recours à l'IVG.

L'absence de désir de grossesse

« C'était pas un bébé voulu » (P10),

Un âge trop jeune

« Je savais que j'étais trop jeune » (P3),

Une cause médicale associée

« Je me suis fait opérer en fait en avril d'une hernie ombilicale avec déchirure et début d'éventration » (P2),

Un mariage programmé

« Je me mariaï le 11 août, j'avais déjà ma robe, donc je me suis dit si... avec un gros ventre ça aurait pas été possible » (P10),

Le sentiment de ne pas être prête

« J'étais pas prête pour une deuxième fois être maman » (P7),

Une relation amoureuse trop récente

« Mon compagnon de cette époque-là ça faisait très peu de temps qu'on se connaissait » (P6)

Ou encore, et pour une majorité de participantes, une situation incompatible avec une grossesse

« Je vis avec mon conjoint qui lui a deux enfants, ce qui nous en fait cinq à gérer et c'est beaucoup de travail les triplets de 6 ans » (P9),

« J'étais dans les études, lui aussi, donc j'envisageais pas d'être maman alors que j'étais encore étudiante » (P5).

2. La prise en charge psychologique

a) Que propose-t-on ?

Une prise en charge psychologique avant l'IVG a été proposée à plusieurs participantes

« Avant on m'a proposé de rencontrer un psychologue » (P7),

« Elle m'a donné le numéro et le nom du psychologue » (P8).

Pour d'autres, c'était inclus dans la procédure de l'IVG

« Je devais rencontrer la psychologue » (P5),

« On m'a pas dit que j'étais obligée mais c'était dans le parcours » (P3).

Une participante s'est vue proposer un entretien le jour de la prise des médicaments à condition de repousser l'IVG d'une semaine, elle a refusé

« On m'a proposé de voir un psychologue avant de prendre le médicament [...] "ça veut dire que vous n'êtes pas sûre, ça veut dire que je vous fais revenir la semaine prochaine" [...] du coup j'ai dit : "beh non" [rires] et j'ai vu personne » (P2).

Pour une autre, l'entretien a été proposé bien que jugé non nécessaire par l'intervenant

« Ils m'ont demandé, savoir comment je le prenais tout ça et donc ils en ont déduit que j'avais pas besoin d'un psychologue mais que si je voulais je pouvais. » (P8).

Un suivi post-IVG a été proposé à certaines participantes

« Après ils proposent de revoir cette conseillère si on a besoin de parler » (P11),

« Je sais que je pouvais... je pouvais aller les voir, qu'ils m'orienteraient vers des centres de discussion » (P3).

Pour d'autres aucun suivi n'a été proposé

« - Moi (enquêteur) : Donc une consultation et...

- Participante 5 : Et c'est tout. » (P5).

Quelques participantes ont refusé la prise en charge psychologique

« On m'a proposé de rencontrer un psychologue pour être sûre de la décision que je prenais tout ça. Ce que j'ai refusé » (P7).

Leurs motivations étaient la distance et l'absence de nécessité

« Je me voyais pas faire de la route » (P7),

« J'aurai été voir un psychologue si je me sentais pas bien » (P8).

Pour près de la moitié des participantes aucune prise en charge psychologique n'a été proposée

« On ne m'a rien proposé du tout » (P10),

« A aucun moment je pense qu'on ne m'a proposé un soutien » (P13).

Parmi elles, certaines pensent que leur attitude ou leurs propos ont influencé l'absence de proposition de prise en charge psychologique

« Je pense qu'après ça dépend les circonstances ils proposent mais moi j'étais sûre de mon choix donc je pense qu'ils ne le proposent pas du coup » (P14),

« Peut-être qu'ils n'ont pas proposé parce que j'ai clairement affirmé que c'était une formalité un peu pour moi je sais pas. » (P13).

Deux participantes ont décidé d'entreprendre les démarches elles-mêmes. La première à qui on avait proposé une prise en charge :

« Je pratique déjà plusieurs thérapies, des thérapies énergétiques liées au psychisme et au corps. » (P9),

La seconde à qui cela n'a pas été proposé :

« Je suis quand même quelqu'un de voilà de stressé, j'angoisse souvent bref. Et normalement, je vois un psychologue là, mi-janvier. » (P14).

Un soutien psychologique a été identifié parmi les intervenants

« Et je trouve qu'il (le gynécologue) a eu un rôle de soutien psychologique [...] il ne m'a pas jugée » (P13),

« Elle (la gynécologue) m'a vraiment aidée fin voilà rassurée » (P2).

b) L'avis des femmes

La plupart des femmes qui se sont vues proposer une prise en charge psychologique en ont été satisfaites, quels que soient les besoins exprimés

« Je ne suis pas sûre que ça m'ait été utile, néanmoins je trouve ça quand même bien » (P11),

« Pour moi c'était très bien, et je pense que pour les autres aussi puisqu'il y a une suite » (P3).

Une participante avait un avis partagé

« Je trouve que des moments c'est peut-être retourné la tête des gens » (P7).

Certaines l'ont jugée insuffisante

« J'étais hyper déçue et choquée que ce soit si peu » (P5),

Avec des entretiens trop courts

« C'est un peu expéditif » (P5),

« - Moi : Qu'auriez-vous aimé en plus pour qu'elle soit suffisante ?

- Participante 1 : que je passe plus de temps avec elle (la conseillère conjugale) » (P1).

Points positifs de la prise en charge psychologique qui ont été soulignés par les participantes :

- Une aide pour faire leur choix

« C'est quelque chose qui débloque, qui permet de voir ce qu'on a envie de faire » (P3)

- La discussion

« On a parlé un petit moment, elle m'a plutôt bien expliqué les choses » (P11)

- La réassurance

« Elle (la conseillère conjugale) est rassurante » (P3)

- L'écoute

« Elle est là pour m'écouter, ça m'a fait du bien quelqu'un qui m'écoute » (P1).

Une participante a apprécié pouvoir être accompagnée par son conjoint pendant l'entretien

« C'est bien les conjoints peuvent accompagner » (P11).

La prise en charge psychologique a été jugée nécessaire par plusieurs participantes (qu'elle ait été proposée ou non)

« Je pense qu'on en a besoin au fond de nous, même si on est d'accord avec notre choix » (P14),

« Il fallait que j'en parle sinon ça me travaillait un peu de trop » (P1).

Des participantes pensent qu'une prise en charge psychologique pourrait être nécessaire à d'autres femmes

« Je pense qu'il y a d'autres personnes qui en ont besoin » (P3),

« Ça pourrait aider certaines personnes, parce que y en a qui le vivent mal » (P7).

D'autres ne l'ont pas trouvé nécessaire

« Vu que c'était ma décision et que je sais qu'elle est bonne, j'ai besoin de personne. » (P10),

« Je n'avais pas de doute ni rien donc je n'avais pas eu besoin d'un soutien psychologique particulier » (P11).

Qu'elles aient jugé nécessaire une prise en charge psychologique ou non, les participantes ont éprouvé des sentiments allant de la culpabilité au soulagement en passant par le stress, la tristesse, l'absence de regrets, l'envie d'aller de l'avant.

Parmi celles à qui la prise en charge psychologique n'a pas été proposée, certaines l'auraient souhaité

« J'aurais pas dit non si on m'avait proposé quelqu'un qui me suivait psychologiquement » (P4).

Plus de la moitié des participantes qui n'ont pas eu de prise en charge psychologique ont pensé que ce n'était pas nécessaire

« J'en avais pas besoin de toute façon » (P10),

« J'aurai été voir un psychologue, ben j'aurai rien eu à lui dire en fait » (P8).

Parmi elles certaines ont changé d'avis

« Ça aurait été quand même bien de discuter avec quelqu'un même si j'ai pas de regret. » (P13).

Certaines auraient souhaité qu'on leur propose une prise en charge psychologique même si elles l'auraient peut-être refusée

« Je sais pas si j'aurai accepté parce qu'après faut quand même l'assumer d'être pas bien fin j'ai un peu de pudeur là-dessus mais au moins proposer » (P5),

« Peut-être que je l'aurai refusé mais en y réfléchissant maintenant je pense que ça aurait été bien d'avoir un temps pour discuter de ça. » (P13).

Les femmes ont mis l'accent sur l'attitude du personnel soignant qu'elles ont rencontré tout au long du parcours.

Des attitudes ont été appréciées par les participantes telles que :

La gentillesse

« Le planning était super, les gens étaient très sympas » (P11),

L'absence de jugement

« L'équipe fin franchement ils étaient super parce que du coup ils ne nous ont pas jugés en fait » (P7),

L'apport d'explications/La réassurance

« L'anesthésiste elle m'avait un peu expliqué comment ça allait se passer tout ça donc ça m'a rassurée quand même un petit peu » (P8)

Et une attitude prévenante

« Il a été très prévenant, j'ai beaucoup apprécié ce médecin et sa prise en charge à tout point de vue. » (P9).

A contrario, certaines participantes n'ont pas apprécié des attitudes comme :

La maladresse

« Il m'explique : "Alors ça c'est la tête, ça c'est le cœur tout ça", j'avais envie de dire : "Ouais je veux voir l'image mais peut-être pas non plus le détail du détail" » (P5),

La culpabilisation

« Je suis partie aux urgences ils font culpabiliser. » (P6),

Le manque de soutien

« J'ai même dit à l'infirmière que ça m'avait fait vraiment bizarre et que j'étais pas bien quoi.

Je vous dis elle a banalisé le truc "ben habillez-vous, vous allez voir, en sortant..." » (P6),

« A côté de moi il y avait quelqu'un d'autre voilà, bon elle, elle avait pu venir avec sa maman.

Elle était en angoisse et il y a personne qui est là » (P11),

Le jugement

« Votre premier rendez-vous est en milieu hospitalier et on vous fait comprendre que c'est pas bien... [rires] c'est pas terrible. » (P9).

Une participante a insisté sur son regret de ne pouvoir être accompagnée par son conjoint le jour de l'intervention chirurgicale

« Vraiment mon regret c'est de ne pas avoir pu être avec mon conjoint cette journée-là » (P11)

Et son ressenti de la discrétion imposée

« On dérange personne, il faut rentrer la tête baissée et partir la tête baissée » (P11).

Importance de l'entourage en tant que soutien psychologique

« Bah après j'en ai beaucoup parlé autour de moi fin à certaines personnes donc en fait ça m'a rassurée. » (P8).

Quand l'entourage était présent pour certaines participantes, une prise en charge psychologique ne semblait pas nécessaire

« Ben moi j'ai eu ma famille donc ça a été pour moi j'en ai pas eu besoin non, personnellement non. Parce que j'avais des gens à qui parler et qui m'écoutaient surtout. »

(P4),

« - Moi : vous n'en aviez pas spécialement besoin.

- Participante 6 : Non. Non après c'est parce que aussi après il y a des amis, il y a l'entourage, on en parle, je pense que ça a aidé aussi. » (P6).

Deux participantes n'en ont pas parlé à leur famille

« C'est un peu tabou quand même dans les familles » (P2),

« J'ai personne qui l'a vécu pi je vous l'ai dit tout à l'heure ma famille j'en ai pas trop parlé » (P5).

Des participantes en ont parlé à leur conjoint mais ne se sont pas senties comprises

« Même si j'en parle à mon conjoint il va pas me comprendre » (P14),
« J'ai pu lui en parler c'est juste qu'un homme ça ne pense pas comme une femme [rires] on s'en aperçoit. » (P2).

c) Le rôle du médecin traitant

Pour quasiment la moitié des participantes le médecin traitant n'a eu aucun rôle dans la prise en charge de l'IVG. Dans la majorité des cas la raison était qu'il n'avait pas été consulté

« J'avais pas besoin de le consulter puisque j'étais déjà suivie » (P5),
« J'avais pas vu avec mon médecin généraliste » (P12).

Pour une participante, il ne savait pas comment répondre à la demande

« Elle était un peu perdue hein, elle ne savait pas trop quoi me dire, elle ne savait pas vers qui m'orienter, elle n'était pas tellement au courant de la prise en charge pour ce genre de choses » (P9)

Et une autre n'avait pas de médecin traitant

« J'ai pas de médecin fin j'ai plus de suivi avec un médecin généraliste. » (P13).

Parmi celles qui ont vu leur médecin traitant, certaines participantes reconnaissent ne pas avoir eu de soutien psychologique de leur part

« Du coup j'ai été la voir pour avoir un arrêt maladie et bon après elle m'a pas posé plus de questions donc du coup je lui en ai pas parlé. » (P14),

« Je le connais pas spécialement très bien. Donc pas du tout, ouais zéro. Le soutien psychologique non moi j'en ai pas eu » (P11).

Elles justifient cela par le fait qu'elles n'en avaient pas besoin et elles n'en demandaient pas plus

« J'ai pas eu besoin de toute façon de mon médecin, si j'avais eu besoin je l'aurai appelé moi. » (P10),

« Elle aurait peut-être été plus prévenante avec une patiente un peu plus fragile psychologiquement après je surmonte plutôt bien, elle me connaît depuis des années. Elle sait que ça va et que je suis entourée » (P9).

Une participante aurait aimé davantage de soutien par son médecin traitant

« C'est quand même mon médecin traitant j'aurais bien aimé qu'il s'intéresse un petit peu plus à mon problème quoi, qu'il soit plus dans le truc, j'aurais bien aimé être plus suivie j'en ai

besoin » (P1).

Une autre aurait aimé que son médecin la contacte après l'IVG pour prendre de ses nouvelles
« Peut-être un coup de fil du médecin peut-être après, en disant "voilà est-ce que au final ça s'est bien passé ?" » (P6).

Quelques médecins traitants ont eu un rôle de soutien psychologique par :

La discussion

« Il m'a demandé ce que je voulais faire, et donc je lui ai dit que je voulais pas le garder parce que je pouvais pas et puis après il m'a dit de bien réfléchir à ce que je faisais tout ça donc c'est vrai qu'on a pas mal parlé. » (P8),

L'écoute

« Il m'a beaucoup écoutée, il a pris le temps » (P2),

La dédramatisation

« Il m'a proposé à nouveau : "on peut en rediscuter, vous n'avez pas à culpabiliser, vous avez trois beaux enfants" » (P2),

La réassurance

« Ça m'a rassurée qu'il s'implique » (P2),

L'absence de jugement

« En tout cas s'il est contre il me l'a pas du tout montré et je trouve que c'est le rôle d'un médecin, c'est quand même d'être neutre et de ne pas montrer son avis là-dessus. » (P5),

La disponibilité

« Il m'avait même donné son numéro de portable pour que je l'appelle si j'avais des doutes ou quoi que ce soit. » (P6).

Les participantes en étaient satisfaites

« C'est vrai que oui il a été attentif sur ça quoi, donc ça c'est bien. » (P8),

« Je trouve ça bien qu'on puisse parler à son médecin généraliste sans barrière » (P3).

Les autres rôles des médecins traitants dans l'IVG constatés, appréciés ou souhaités par les participantes :

Une aide dans l'orientation

« Il m'a aidée dans le sens où il m'a tout de suite guidée partout » (P3),

« J'aurais aimé qu'on m'oriente mieux » (P11),

La prescription des examens complémentaires

« Elle m'a fait l'ordonnance pour faire déjà la prise de sang et ensuite elle m'a refait une

ordonnance pour faire une échographie à l'hôpital » (P10),

La délivrance d'informations médicales

« Il m'a informée sur le médicament ou le curetage, toutes les informations on va dire médicales » (P2),

« Ça m'a travaillée pendant ce temps-là... pour un médecin j'aurais bien aimé qu'il m'explique un peu plus » (P1),

La prescription d'un arrêt de travail

« J'avais besoin d'un arrêt maladie suite au... En fait je voulais qu'elle m'arrête parce que on rentre le jour même et puis on sort le jour même » (P5).

Une participante a trouvé inutile de voir son médecin traitant

« J'aurais très bien pu ne pas aller le voir en fait finalement ça a été une étape, un peu un coup pour rien quoi, si j'avais su j'aurais été directement au planning » (P11)

Et pour elle, l'implication du médecin traitant dans la prise en charge psychologique dépend de la relation avec sa patiente

« Quand il y a un médecin de famille c'est plus simple parce qu'on discute plus » (P11).

3. Les idées des participantes pour améliorer la prise en charge psychologique

Pour plus de la moitié des participantes, une prise en charge psychologique devrait être proposée systématiquement

« Je pense qu'ils devraient automatiquement proposer quand même le psychologue » (P14)

Avec la possibilité de refuser

« Qu'on nous propose une prise en charge qui parte de zéro si on ne veut pas du tout être prise en charge mais qui va par exemple jusque trois mois » (P5).

Pour une participante, le premier rendez-vous devrait être prévu sans pour autant être obligatoire

« Quelque chose de prévu, de compris dans le pack [...] Obligatoire non parce que de toute façon une femme qui voudra pas parler ne parlera pas » (P13).

Quelques femmes pensent que la prise en charge psychologique devrait être obligatoire, surtout la première consultation

« Je pense même bien de l'imposer sur le premier rendez-vous » (P11).

Concernant le suivi psychologique après l'IVG, certaines participantes suggèrent qu'il soit proposé systématiquement

« Ils devraient quand même proposer un suivi quand même derrière pour savoir comment les personnes se sentent tout ça » (P7),

Tout en laissant le choix à la patiente d'y participer

« Juste la première séance obligatoire et puis après la suite c'est le patient qui décide. Mais vraiment lui proposer » (P5).

Quelques femmes suggèrent qu'il y ait « un meilleur accompagnement » (P6),

Plus d'accompagnement pour les femmes jeunes

« Je me mets à la place de quelqu'un de plus jeune, qui n'a pas d'enfant et qui se fait avorter peut-être que oui il aurait peut-être fallu peut-être plus d'accompagnement » (P10)

Et pendant l'IVG

« Pendant ce serait bien oui, qu'il y ait des passages d'infirmière pour savoir, pas qu'on nous laisse toute seule » (P12).

La prise en charge psychologique idéale pour quelques participantes serait composée de deux entretiens,

« Une rencontre avant et une rencontre après. » (P2)

Et pour une autre d'« au moins une consultation » (P3).

L'entretien pourrait être plus long et plus approfondi

« Qu'elle creuse et que ça dure plus longtemps parce que là c'était un peu expéditif. » (P5)

Ou en tout cas modulable en fonction des besoins

« Ça m'a convenu je ne suis pas restée très longtemps comme je l'ai dit je suis assez timide j'aime pas trop parler de mes problèmes mais oui c'est bien de... je pense que si j'avais voulu rester plus longtemps avec elle j'aurais pu » (P3).

Les femmes souhaitent qu'on leur explique davantage ce par quoi elles vont passer

« Qu'on nous explique le déroulement, parce que ça c'est pareil quoi on m'avait pas trop expliqué comment ça allait se passer. » (P12),

« Qu'ils puissent dire voilà vous allez peut-être en passer par là, vous allez ressentir ça, vous allez en plus avec les chutes hormonales vous allez vous sentir comme ceci, peut-être que vous éprouverez cela » (P2).

Elles attendent des consultations psychologiques de pouvoir discuter

« Rien qu'en parler je pense que ça aide et puis ça fait du bien aussi » (P14)

Notamment de leur choix

« En parler avant pour être sûre de son choix pour ne pas regretter après je pense que c'est important » (P3),

Ou non selon leur souhait

« Pas sur le sujet de ma décision ça c'est sûr parce que j'aurais pas accepté que quelqu'un me dise que c'était pas bien » (P4)

Et qu'on les rassure

« Qu'on nous fasse déculpabiliser » (P12).

Une participante a eu l'idée d'un questionnaire écrit à compléter avant la consultation psychologique pour pouvoir se livrer plus facilement sur son ressenti

« Qu'il y ait même limite un questionnaire tout fait déjà un petit peu pour tout le monde qui permet... peut-être même par écrit parce que des fois par écrit c'est plus facile qu'à l'oral de dire les choses » (P5),

Elle propose également que la prise en charge psychologique soit prise en charge à 100% pour faciliter l'accès

« Le mieux ce serait qu'on nous propose une prise en charge à 100% pour pouvoir consulter un psychologue peut-être une fois par semaine » (P5).

Une autre participante suggère la délivrance de supports avec les noms et numéros de psychologues

« Qu'ils donnent des petits flyers avec des numéros, fin des noms de psy tout ça parce que c'est vrai que dans le coin y en a pas forcément beaucoup » (P7).

Les intervenants que les femmes souhaitent avoir pour leur prise en charge psychologique sont quelqu'un de « spécialisé » (P12), un « psychologue » (P7), « une conseillère conjugale » (P13), « un infirmier » (P2) ou « un médecin accompagné d'un psychologue » (P2). Pour une participante « C'est bien de voir une personne » (P3) sous-entendant une seule personne « compétente » et « gentille » (P3).

Une participante a souligné la difficulté d'accès à l'IVG

« Je trouve que c'est très difficile d'accès et vraiment je comprends le nombre d'accidents de femmes qui veulent faire ça chez elles » (P9).

Des femmes ont suggéré :

Une meilleure formation des soignants intervenants dans l'IVG

« Il faudrait limite que ce soit quelqu'un qui fasse que des IVG dans la matinée et du coup que la personne (échographiste) soit formée » (P5),

La possibilité d'être accompagnée pendant la durée d'hospitalisation

« C'est toujours bien quand il y a quelqu'un quand on se réveille, on est pas perdue voilà toute seule » (P11),

Le choix de l'anonymat

« Que ce soit anonyme je peux comprendre mais peut-être pas pour... fin faut que ce soit peut-être un choix pas une obligation. » (P11).

Pour les IVG pratiquées en ville, une participante pense que le médecin doit assurer un soutien psychologique

« Je pense que les patientes qui font ça en ville, il faut que ce soit un bon médecin généraliste qui n'a pas qu'une attitude de médecin mais une prise en charge globale » (P13),

Cette même participante trouve que le médecin traitant peut apporter le soutien psychologique nécessaire à certaines femmes

« Certaines femmes ont un peu peur du psychologue et de la conseillère conjugale, elles disent qu'elles en ont pas besoin mais je pense qu'en parler même avec le généraliste ça me paraît une bonne alternative. » (P13).

DISCUSSION

A. Forces de l'étude

1. Une méthode adaptée

J'ai choisi d'utiliser la recherche qualitative pour étudier l'avis des femmes ayant eu recours à une IVG sur leur prise en charge psychologique car cette méthode est particulièrement appropriée lorsque les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer. Elle vise à explorer les sentiments, les comportements et les expériences personnelles.

Elle permet une meilleure compréhension du problème considéré (10) (11).

L'objectif étant d'étudier un point de vue, l'entretien semi-dirigé semblait être le meilleur moyen. Il consiste à collecter des données par la discussion, les intervenantes pouvant ainsi parler librement sans être orientées. De plus le sujet étant intime, l'entretien individuel était plus approprié.

2. Les critères de validité

La retranscription a été réalisée de façon précise, sans omission de mots (en verbatim) pour empêcher la perte d'information. La triangulation lors du travail d'analyse a permis de diminuer le biais d'interprétation.

L'obtention de la saturation des données a renforcé la validité externe de l'étude.

B. Limites de l'étude

1. Limites liées à l'enquêteur

C'était la première fois que je réalisais une étude qualitative, ceci a pu entraîner un biais lors de la réalisation des entretiens. Malgré les recherches que j'ai faites pour m'y former, la qualité des données recueillies et leur analyse ont pu être altérées.

L'intérêt que je porte au sujet a également pu engendrer un biais de subjectivité.

2.Limites liées au recrutement

Les femmes étaient recrutées par moi-même ou par un médecin me présentant comme interne en médecine, ceci a pu influencer leur participation à l'étude.

Le sujet de l'étude, tabou dans notre société, a également pu influencer la participation.

Les femmes ayant participé à l'étude étaient toutes volontaires.

Certaines femmes ont refusé de participer à l'étude car c'était trop difficile de parler de leur IVG. Je n'ai pas d'autres données concernant le nombre et les motifs de refus des femmes que les autres médecins ont tenté de recruter suite à ma demande. On peut imaginer que certaines ont refusé de participer car cela les affectait trop, qu'elles avaient honte ou au contraire que cela les laissait indifférentes.

Le recrutement dépendait également de l'investissement des personnes que j'ai contactées.

J'ai voulu varier l'échantillon en recrutant des femmes qui ont eu recours à une IVG médicamenteuse par un médecin généraliste en cabinet de ville ou en centre hospitalier. Six centres hospitaliers sont représentés et un seul médecin pratiquant les IVG en cabinet de ville. Davantage de femmes dans l'étude ont eu recours à une IVG médicamenteuse que chirurgicale.

Si la diversification de l'échantillon de population ne semble pas maximale, la saturation théorique des données semble atteinte.

3. Limites liées aux conditions d'entretien

Le délai entre l'IVG et l'entretien variait entre deux semaines et sept ans. Les souvenirs des femmes ont pu être altérés avec le temps. L'enregistrement des données a pu être un frein au témoignage des participantes. Il en est de même pour les entretiens téléphoniques, cependant les participantes ont pu se livrer davantage n'étant pas face à leur interlocuteur. Les coupures de réseaux, en altérant les communications, ont pu gêner la transcription des verbatim.

Connaissant le sujet au préalable, les participantes ont pu préparer l'entretien avec pour conséquence de diminuer la spontanéité des réponses.

Elles ont pu se sentir jugées, ce qui a pu également être un frein au témoignage.

C. Discussion autour des résultats

1. Le vécu des femmes

Il m'a semblé important d'étudier le vécu des femmes ayant eu recours à une IVG afin de mieux comprendre leur avis sur leur prise en charge psychologique.

a) Une réponse émotionnelle variée

Les témoignages nous ont montré que plusieurs réponses émotionnelles pouvaient être intriquées et étaient différentes d'une femme à l'autre. On constate par exemple un soulagement, l'absence de regret, ou à l'inverse de la culpabilité, du stress et de la tristesse. Certaines personnes parlent de syndrome post avortement mais cette appellation n'est pas validée (12).

Il est recommandé d'utiliser l'appellation « Conséquences psychologiques de l'avortement ». Les conséquences psychiques et physiques d'un avortement sont variées, personnelles et difficiles à décrire avec précision (6).

Dans la littérature, l'idée que l'avortement est responsable de troubles de la santé mentale est controversée. La santé mentale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (13).

Plusieurs études dont celle de Steinberg et al. en 2014 montrent que l'IVG seule n'est pas responsable de dépression ou d'autre trouble de la santé mentale (14). Une des participantes a fait une dépression suite à l'IVG, cependant nous ne connaissons pas tout de sa personnalité, de ses antécédents ni du contexte socio-culturel dans lequel elle évolue. Une revue de la littérature de 2018 montre que malgré les divergences d'opinion, il existe un terrain d'entente sur le fait que certaines femmes ont eu secondairement à l'avortement des troubles de la santé mentale. Les facteurs de risque tels que les antécédents psychiatriques,

d'abus sexuels, des facteurs de stress concomitants sont à prendre en compte dans la prévention des troubles de santé mentale secondaires à l'avortement (15).

Des facteurs personnels, sociaux et culturels influencent le vécu notamment de stress post-IVG (14). Des facteurs de risque de dépression post-IVG ont été identifiés dans une autre étude, comme par exemple, le recours à l'IVG au deuxième trimestre de grossesse (16). Une des participantes a d'ailleurs souligné qu'elle aurait mieux vécu l'IVG si elle avait eu lieu plus précocement.

Plusieurs participantes ont signalé leur impatience consécutive au délai de l'IVG, pendant lequel elles se sont posées des questions engendrant doute et anxiété. La suppression du délai de réflexion d'une semaine en 2016 (17) peut être une solution. De ce fait il est important que le diagnostic soit précoce et la prise en charge rapide. Il faut néanmoins pouvoir proposer un temps de réflexion supplémentaire en cas de nécessité. Par exemple, une demande d'IVG proche du délai légal d'avortement peut être un symptôme révélateur de problèmes plus profonds (ambivalence, peur de devenir mère, déni...) (18).

Pour chaque participante une diminution de la souffrance psychologique a été observée avec le temps, elle surviendrait selon une étude dans les deux semaines suivant l'IVG (18), là encore chaque femme réagit différemment (12).

b) La douleur physique

La douleur physique ressentie par certaines femmes au cours de l'IVG est responsable d'un vécu psychologique difficile et doit toujours être prise en considération. Après quantification⁷, il existe plusieurs méthodes pour la contrôler : les médicaments antalgiques de palier 1 et 2, les anti-spasmodiques pour l'IVG chirurgicale et médicamenteuse, l'anesthésie loco-régionale, le MEOPA⁸ et les méthodes non médicamenteuses telles que l'hypnose et la musicothérapie (12) pour l'IVG chirurgicale. En 2009, une étude montrait l'efficacité de l'hypnose à réduire la douleur et l'anxiété au cours des IVG chirurgicales, augmentant ainsi la satisfaction des femmes et la diminution de la demande de médicaments antalgiques (19). Une étude de 2012 suggère que l'écoute de musique pendant l'IVG chirurgicale associée à une anesthésie locale réduirait l'anxiété (20). De plus, la proximité

⁷ Exemples d'échelles de quantification de la douleur : Echelle Visuelle Analogique, Echelle Numérique, Echelle Verbale Simple

⁸ Mélange Equimolaire Oxygène Protoxyde d'Azote

d'un soignant lors du passage en salle d'intervention, qui écoute, rassure et explique comment les choses vont se dérouler et la bonne attitude à adopter apporte un bénéfice à la patiente (12). C'est d'ailleurs le rôle de la Doula⁹ qui entraîne une satisfaction chez les patientes qui en bénéficient pendant leur IVG (21). Elle permet également au médecin et au personnel de se consacrer aux aspects techniques (22).

2. Les facteurs influençant le vécu

a) L'IVG à domicile

Bien qu'une participante ait trouvé rassurant d'être à domicile au moment de l'expulsion, les femmes ayant recours à une IVG médicamenteuse au domicile sont exposées au stress et à la solitude. L'envoi de SMS pendant la durée de l'IVG pourrait être une solution pour les atténuer. Un essai contrôlé randomisé en Afrique du Sud a prouvé que l'envoi de SMS, après la prise de Mifépristone, destinés à préparer les patientes aux symptômes possibles de l'avortement, réduit le stress et augmente l'acceptabilité des symptômes (23).

b) Le choix de la méthode

Dans notre étude, quelques femmes ont signalé avoir choisi la méthode d'IVG. Selon les recommandations, les femmes doivent avoir le choix de la méthode utilisée, après une information détaillée, jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (4) (24). Cela entraîne une meilleure satisfaction à l'égard des soins et une perception moins stressante de la procédure (25). De même elles doivent avoir le choix entre une anesthésie générale ou locale, ce qui n'est malheureusement pas toujours possible. L'anesthésie générale est pourtant recommandée lorsqu'il existe des facteurs de risque de douleurs intenses : jeune âge, peur de l'acte, utérus fortement rétroversé, antécédents de dysménorrhée majeure, grossesses précoces ou avancées, hypoplasie cervicale et antécédents de conisation (4).

⁹ Personne formée pour apporter un soutien émotionnel, des stratégies d'adaptation et des techniques de relaxation

c) L'attitude du personnel soignant

Plusieurs participantes ont porté un intérêt particulier à l'attitude du personnel intervenant lors de la procédure d'IVG. On peut penser qu'elle influence leur vécu. Des participantes ne se sont pas senties soutenues lors de leur hospitalisation : peu de passages infirmiers, absence de réponses à leurs questions, indifférence du personnel soignant. Le regret d'une participante de ne pas avoir pu être accompagnée par son conjoint renforce l'idée que l'accompagnement est insuffisant. Il a été montré que la courtoisie du personnel, l'information et des réponses à leurs questions contribuent à la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur expérience d'IVG, de même le temps d'attente est mieux vécu (26) (27). D'autres attitudes ont été décrites par les participantes comme la maladresse, le jugement et la culpabilisation qu'il convient d'éviter.

Il est recommandé de sensibiliser le personnel à l'importance d'adapter son comportement et son discours à chaque patiente (24). Les participantes de cette étude ont évidemment apprécié que l'équipe médicale et paramédicale fasse preuve de gentillesse, de réassurance et adopte une attitude prévenante et sans jugement.

d) La stigmatisation

La peur du jugement ressentie par quelques participantes est issue de la stigmatisation de l'avortement. Une étude de 2016 a recherché les facteurs psycho-sociaux impliqués dans le stress et les symptômes dépressifs avant l'IVG. Il a été remarqué que la stigmatisation augmentait le stress et les symptômes dépressifs avant l'IVG davantage que d'autres facteurs. Une réduction de la stigmatisation liée à l'avortement améliorerait le vécu pré-IVG et les conséquences psychologiques qui en découlent (28).

Cette stigmatisation est également un frein à la discussion autour de l'IVG de la femme avec son entourage (famille et amis). Deux participantes nous ont fait remarquer qu'il s'agissait d'un sujet tabou. Les femmes n'en parlent pas non plus pour des raisons de discrétion, de crainte d'être influencée et d'absence de nécessité face à une décision certaine. La plupart des femmes en parlent pour obtenir des informations sur la procédure, pour les aider dans leur choix et avoir un soutien. La réaction de l'entourage est le plus souvent positive. Elle peut être parfois négative ou mixte (29). Parmi les participantes qui ont pu en parler avec leur entourage, certaines ont semblé satisfaites et n'ont pas trouvé nécessaire d'en parler à un professionnel. L'entourage est donc un élément important qu'il convient de

prendre en compte afin de proposer une prise en charge psychologique adaptée. Dans notre activité de soignant, il est bien entendu souhaitable de lutter contre la stigmatisation de l'avortement dont nous avons montré l'influence délétère.

e) La vision du fœtus

Quelques participantes ont été marquées par la vision du fœtus. Selon une étude datant de 2001, 20% des femmes l'ont vécu difficilement. Une voie d'amélioration consiste à bien les informer en amont sur cette possibilité (26).

Il est recommandé de leur laisser le choix sur la façon d'expulser (par exemple dans un bassin) et d'adapter les mots utilisés pour définir le produit d'expulsion en fonction de la patiente (24).

f) L'information

D'après les participantes, l'apport d'informations est un élément important de la prise en charge. Il était parfois insuffisant. Plusieurs participantes auraient souhaité avoir des explications sur les réponses émotionnelles possibles. Une étude montre que cela fait partie des attentes des femmes ayant recours à une IVG (20).

Quelques participantes se sont questionnées sur le risque de fertilité secondaire à l'IVG. C'est pour toutes ces raisons que l'information délivrée se doit d'être la plus exhaustive possible et que toutes les femmes puissent en bénéficier.

g) La discrétion

Parmi les facteurs influençant le vécu, la question de la discrétion a été soulevée par une participante. Certaines femmes préfèrent que l'établissement qui les reçoit soit structuré de manière à ce que le motif de consultation soit inapparent, d'autres apprécient pouvoir discuter de leurs expériences avec d'autres femmes, dans les salles d'attente communes. Il faudrait pouvoir adapter les services aux besoins individuels pour contribuer à une meilleure expérience de l'IVG (30).

h) L'échographie

Une participante a particulièrement mal vécu l'audition des bruits du cœur au moment de l'échographie contrairement à la vision des images. Les autres n'en ont pas parlé. On peut penser que la visualisation des images échographiques induit des difficultés émotionnelles chez les femmes. Une étude de 2012 montre que les femmes ayant recours à une IVG pensent qu'on devrait leur proposer de visualiser les images, sans qu'elles y soient contraintes. Malgré le faible nombre de participantes non représentatif de la population générale, il a été observé que la visualisation des images échographiques a entraîné des difficultés émotionnelles chez certaines participantes, et une meilleure expérience de l'IVG chez d'autres qui désiraient les voir. Cela dépend également du contexte dans lequel a lieu l'IVG. Il n'y a donc pas d'effet singulier de la visualisation des images échographiques (31).

A ma connaissance aucune étude n'a été réalisée sur l'influence de l'audition des bruits du cœur sur le vécu de l'IVG.

i) L'accès à l'IVG

Une participante à l'IVG rapporte que l'accès à un médecin généraliste pratiquant l'IVG en cabinet de ville est rendu difficile par leur faible nombre. Une des solutions serait d'encourager la formation des médecins généralistes à l'IVG médicamenteuse.

3. La prise en charge psychologique

a) L'intérêt d'un entretien pré-IVG

Une prise en charge psychologique n'a pas été proposée à toutes les participantes, pourtant la Haute Autorité de Santé recommande qu'un entretien d'information, d'écoute et de soutien soit systématiquement proposé (4). Plusieurs participantes pensent que cet entretien est nécessaire et certaines suggèrent qu'il soit obligatoire. Cela montre un réel besoin d'accompagnement de ces femmes.

Par le passé, cet entretien avait pour objectif de dissuader les femmes d'avorter (20). Il se peut que certaines personnes pensent que la dissuasion fait toujours partie des objectifs de cet entretien. C'est ce que nous a fait remarquer une participante en disant : « c'est peut-être retourné la tête des gens » (P7). Cela peut donc être un frein à la participation à l'entretien.

Certaines femmes ne jugent pas nécessaire un entretien psychologique pré-IVG. La plupart ont pour raison qu'elles sont sûres de leur décision et rendre cet entretien obligatoire irait à l'encontre de leurs désirs (32). Cependant, nous avons pu observer que cette certitude pouvait être associée à d'autres sentiments tels que l'anxiété, la tristesse et la culpabilité, rendant paradoxalement utile l'entretien pré-IVG.

Il est impératif de les informer clairement sur les objectifs de cet entretien.

Il ne doit pas retarder l'IVG car cela peut générer du stress (32) et peut entraîner un refus comme on l'a vu chez une participante.

Il arrive souvent que les femmes ayant eu recours à une IVG occultent leurs sentiments et arborent une attitude défensive, orchestrée par un sentiment de honte ou de culpabilité, au moment de la consultation de demande d'IVG (33), (34).

Cela fait résonance à l'opinion de certaines participantes qui pensent qu'une prise en charge psychologique ne leur a pas été proposée devant l'absence apparente de perturbations psychologiques. Pour encourager les patientes à se livrer, une participante suggère de proposer un questionnaire écrit à remplir avant l'entretien.

Pour identifier ces femmes, l'interlocuteur doit laisser à la patiente l'opportunité de s'exprimer sur son ressenti. C'est notamment le rôle du médecin sollicité, celui pratiquant l'IVG ou le médecin traitant, lorsqu'une prise en charge psychologique n'est pas systématique : il doit écouter (34). Lorsque les intervenants ont fait preuve d'écoute, plusieurs participantes étaient satisfaites. Certaines participantes ont regretté ne pas être davantage écoutées. Le manque de temps dont disposent les médecins peut être un argument pour demander une prise en charge psychologique par un autre intervenant.

Les participantes ont suggéré qu'elle pourrait être réalisée au choix par un médecin, un psychologue, une conseillère conjugale, un infirmier, du moment qu'ils leur permettent de discuter, de les rassurer, de faire leur choix si nécessaire. L'entretien doit être approfondi et adapté à la patiente.

b) Intervention du médecin traitant

Le médecin traitant a été peu sollicité par nos participantes. En France métropolitaine, selon une enquête de la DREES¹⁰ en 2007, trois femmes sur dix en demande d'IVG s'adressent à leur médecin traitant (35). Cela peut s'expliquer par la possibilité d'un accès

¹⁰ Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

direct à l'IVG en centre de planification familiale, centre hospitalier ou chez les médecins pratiquant l'IVG médicamenteuse en cabinet de ville. D'autres femmes s'adressent à leur gynécologue.

Lorsque le médecin est sollicité, la femme est en demande d'information, d'orientation voire de soutien psychologique. Il est important qu'il puisse répondre à sa demande, soit par lui-même soit en orientant. Il doit rechercher la présence de perturbations psychologiques afin de les prendre en charge efficacement selon ses capacités.

c) Le suivi post-IVG

La consultation de contrôle obligatoire 14 à 21 jours après l'IVG peut être le moment de déceler des conséquences psychologiques, mais peu de femmes y assistent (36). On pourrait croire de ce fait qu'elles n'assisteraient pas non plus à une consultation psychologique post-IVG. Pourtant certaines femmes pensent qu'un suivi psychologique adapté doit être systématiquement proposé. Il semble donc nécessaire de continuer à le proposer.

Les participantes ont apprécié que leur médecin traitant soit disponible, notamment en leur transmettant leur numéro de téléphone portable. Une participante aurait souhaité que son médecin la contacte après l'IVG ce qui montre encore une fois le besoin de soutien de ces femmes. Il est recommandé de mettre en place une assistance téléphonique pour les femmes ayant des préoccupations secondaires à l'IVG (24).

d) Cas particulier des femmes jeunes

Quelques participantes pensent que l'accompagnement des femmes jeunes doit être plus important, notamment s'il s'agit de leur première grossesse. En effet, une participante a souligné le caractère rassurant du vécu d'un précédent accouchement. La seule différence dans la prise en charge des femmes jeunes est l'obligation de l'entretien psychologique pré-IVG pour les femmes mineures (37). Lors de l'entretien pré-IVG, elles choisissent un accompagnant majeur, qui peut être un parent ou le représentant légal, voire un accompagnant de leur choix. Ce choix peut être conseillé lors de cet entretien. A l'issue elles obtiennent une attestation d'entretien. Il est important d'expliquer que l'attestation n'est pas l'objectif premier de la consultation afin d'éviter un stress supplémentaire et un discours vide d'affects (38).

Une étude de 2011 a mis en évidence qu'il n'y avait pas de morbidité psychiatrique à court terme après une IVG médicamenteuse plus importante chez les femmes mineures que chez les femmes plus âgées (39). Une autre étude de 2001 a montré que les femmes mineures ne rencontraient pas plus de difficultés psychologiques après un avortement que les femmes âgées de 18 à 21 ans. L'âge légal de la majorité ne représente pas un seuil significatif de réponse psychologique après l'avortement. Les réponses émotionnelles de ces femmes étaient similaires à celles de femmes adultes retrouvées dans d'autres études à la différence près que les femmes mineures étaient moins à l'aise avec la décision d'avorter (40).

Au vu de ces éléments il ne semble donc pas nécessaire d'adapter la prise en charge psychologique spécifiquement à une tranche d'âge particulière.

e) Freins au suivi psychologique

Une participante n'a pas accepté l'entretien pré-IVG car il avait lieu trop loin de son domicile. Une solution serait de prévoir cet entretien le jour de la consultation de demande d'IVG comme l'a suggéré une autre participante, ce qui existe déjà dans certains centres. Pour faciliter l'accès à un suivi psychologique après l'IVG, cette même participante propose de délivrer les coordonnées de plusieurs psychologues.

Un autre frein au suivi psychologique a été soulevé, celui de l'aspect financier. Une participante a suggéré sa prise en charge à 100% par la sécurité sociale, ce qui est déjà le cas en Centre de Planification Familiale.

CONCLUSION

Les conséquences psychologiques à la suite d'une interruption volontaire de grossesse sont diverses et parfois négatives. Un accompagnement psychologique adapté doit être proposé. Sa définition repose sur le point de vue subjectif des professionnels de santé.

L'objectif de ce travail était de connaître l'opinion des femmes ayant eu recours à une IVG sur leur prise en charge psychologique. L'objectif secondaire était de trouver des pistes pour l'améliorer.

Mon travail s'appuie sur une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de quatorze femmes.

Les résultats ont montré que l'IVG entraîne des réponses émotionnelles pouvant être intriquées et différentes d'une femme à l'autre. Associée à d'autres facteurs personnels et contextuels, elle peut entraîner des troubles de la santé mentale tels que la dépression.

Plusieurs facteurs pouvant influencer négativement le vécu de l'IVG ont été identifiés et ont permis d'élaborer des pistes d'amélioration de la prise en charge.

L'accompagnement des patientes pendant l'IVG semble parfois insuffisant et nécessiterait d'être renforcé. L'attitude du personnel intervenant dans le processus d'IVG a parfois été inadaptée. Une solution serait de le faire participer à une formation spécifique afin d'éviter tout comportement pouvant entraîner malaise ou culpabilité chez les patientes.

Pour certaines patientes, les informations reçues semblaient incomplètes. Par exemple, les réponses émotionnelles possibles et le risque de voir le fœtus sont des informations attendues par les patientes. Elles doivent pouvoir bénéficier d'une information claire, adaptée et exhaustive. Pour améliorer leur vécu de l'IVG, le respect de leurs choix est primordial, tels que celui de la méthode, de la discrétion et de la visualisation des images échographiques.

L'attente avant l'IVG peut paraître longue et être source d'anxiété. La prise en charge doit être la plus rapide possible en respectant le délai de réflexion nécessaire. L'accès à l'IVG en cabinet de ville n'est pas encore aisé. Pour le faciliter, la formation des médecins généralistes à la pratique d'IVG médicamenteuses pourrait être davantage encouragée.

Une prise en charge psychologique avant l'IVG a été proposée à plusieurs participantes et la plupart en était satisfaite. Une majorité de participantes pensent qu'elle devrait être systématiquement proposée. Lors de la demande d'IVG, les sentiments apparents de la patiente ne sont pas toujours le reflet de ses sentiments réels. Il semble nécessaire de proposer un entretien psychologique en amont et en aval de l'IVG. Il convient d'informer les patientes de ses objectifs car certaines en ont une idée erronée.

Le médecin traitant semble peu consulté par les patientes ayant recours à une IVG. Pourtant, il a le privilège de les connaître et l'opportunité d'assurer un suivi. En tant que médecins généralistes, nous devons faire preuve d'écoute à l'égard de ces femmes et faire en sorte qu'elles aient le meilleur accompagnement possible. La formation des médecins généralistes gagnerait à être enrichie par des cours de psychologie pendant leur cursus universitaire ou par la réalisation d'un DU (Diplôme Universitaire).

BIBLIOGRAPHIE

1. Loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de la grossesse. (Consultable sur le site legifrance.gouv.fr)
2. Code de la santé publique - Article L2212-1. Code de la santé publique.
3. Haute Autorité de Santé - IVG médicamenteuse : les protocoles à respecter [Internet]. [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2857715/fr/ivg-medicamenteuse-les-protocoles-a-respecter
4. Haute autorité de santé. ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011 [Internet]. [cité 7 nov 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_2001_-_recommandations_revues_2010_2011-04-28_15-29-11_241.pdf
5. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. 216 700 IVG en 2018. [Internet]. 2018 [cité 21 nov 2018]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1081.pdf>
6. L'institut européen de bioéthique. Les conséquences psychologiques de l'avortement. 2011.
7. Inspection des affaires sociales. La prise en charge de l'interruption volontaire de grossesse. 2009.
8. Mainguy A. Synthèse de la littérature qualitative francophone en psychologie depuis l'année 2000 sur le vécu psychique de la femme après l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG). Thèse de médecine générale. 2013.
9. CNGE de Nice. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative [Internet]. 2013 [cité 8 janv 2019]. Disponible sur: <https://nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf>
10. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
11. Kohn L, Christiaens W. Les méthodes de recherches qualitatives dans la recherche en soins de santé : apports et croyances. Reflets Perspect Vie Econ. 2014;Tome LIII(4):67-82.
12. Francis Collier¹, Florian Sanz², Benoît Cousyn³. Place de l'accompagnement psychologique des femmes et prise en charge de la douleur [Internet]. 2012 [cité 15 janv 2019]. Disponible sur: https://www.jle.com/en/revues/mtg/e-docs/place_de_laccompagnement_psychologique_des_femmes_et_prise_en_charge_de_la_douleur_292568/article.phtml
13. La santé mentale: renforcer notre action [Internet]. [cité 17 janv 2019]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

14. Steinberg JR, Rubin LR. Psychological Aspects of Contraception, Unintended Pregnancy, and Abortion. Fiske ST, éditeur. *Policy Insights Behav Brain Sci.* oct 2014;1(1):239-47.
15. Reardon DC. The abortion and mental health controversy: A comprehensive literature review of common ground agreements, disagreements, actionable recommendations, and research opportunities. *SAGE Open Med* [Internet]. 29 oct 2018 [cité 15 janv 2019];6. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6207970/>
16. Sharma, R., Radhakrishnan, G., Bhatia, M. S., Gupta, R., & Mehdiratta, A. Satisfaction and psychological after effects of legal abortion at a tertiary care teaching hospital of North India. 2018.
17. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
18. Lowenstein L, Deutch M, Gruberg R, Solt I, Yagil Y, Nevo O, et al. Psychological distress symptoms in women undergoing medical vs. surgical termination of pregnancy. *Gen Hosp Psychiatry.* janv 2006;28(1):43-7.
19. Marc I, Rainville P, Masse B, Dufresne A, Verreault R, Vaillancourt L, et al. Women's Views Regarding Hypnosis for the Control of Surgical Pain in the Context of a Randomized Clinical Trial. *J Womens Health.* sept 2009;18(9):1441-7.
20. Wu J, Chaplin W, Amico J, Butler M, Ojie MJ, Hennedy D, et al. Music for surgical abortion care study: a randomized controlled pilot study. *Contraception.* mai 2012;85(5):496-502.
21. Wilson SF, Gurney EP, Sammel MD, Schreiber CA. Doulas for surgical management of miscarriage and abortion: a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol.* janv 2017;216(1):44.e1-44.e6.
22. Chor J, Lyman P, Ruth J, Patel A, Gilliam M. Integrating Doulas Into First-Trimester Abortion Care: Physician, Clinic Staff, and Doula Experiences. *J Midwifery Womens Health.* janv 2018;63(1):53-7.
23. Constant D, de Tolly K, Harries J, Myer L. Mobile phone messages to provide support to women during the home phase of medical abortion in South Africa: a randomised controlled trial. *Contraception.* sept 2014;90(3):226-33.
24. Attali L. Aspects psychologiques de l'IVG. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* déc 2016;45(10):1552-67.
25. Heath J, Mitchell N, Fletcher J. A comparison of termination of pregnancy procedures: Patient choice, emotional impact and satisfaction with care. *Sex Reprod Healthc.* 1 mars 2019;19:42-9.
26. Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. Termination of pregnancy: Patients' perceptions of care. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 1 avr 2001;27(2):72-6.
27. Tilles C, Denny A, Cansino C, Creinin MD. Factors influencing women's satisfaction with surgical abortion. *Contraception.* févr 2016;93(2):164-9.

28. Steinberg JR, Tschann JM, Furgerson D, Harper CC. Psychosocial factors and pre-abortion psychological health: The significance of stigma. *Soc Sci Med.* févr 2016;150:67-75.
29. Chor J, Tusken M, Young D, Lyman P, Gilliam M. Factors Shaping Women's Pre-abortion Communication with Members of Their Social Network. *J Community Health* [Internet]. 10 oct 2018 [cité 22 janv 2019]; Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s10900-018-0582-1>
30. Altshuler AL, Ojanen-Goldsmith A, Blumenthal PD, Freedman LR. A good abortion experience: A qualitative exploration of women's needs and preferences in clinical care. *Soc Sci Med.* oct 2017;191:109-16.
31. Kimport K, Preskill F, Cockrill K, Weitz TA. Women's Perspectives on Ultrasound Viewing in the Abortion Care Context. *Womens Health Issues.* nov 2012;22(6):e513-7.
32. Baron C, Cameron S, Johnstone A. Do women seeking termination of pregnancy need pre-abortion counselling? *J Fam Plann Reprod Health Care.* juill 2015;41(3):181-5.
33. Whitney DK. Emotional Sequelae of Elective Abortion: The Role of Guilt and Shame. *J Pastor Care Couns Adv Theory Prof Pract Sch Reflective Publ.* juin 2017;71(2):98-105.
34. DUPONT S. La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* 2004;33(2):125-30.
35. DREES. Le recours à l'IVG à la Réunion [Internet]. [cité 23 janv 2019]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ivg60_pages.pdf
36. Nisand I, Araújo-Attali L, Schillinger-Decker A-L. L'après-ivg : cicatrice et construction. *Que Sais-Je.* 12 juin 2012;113-22.
37. Haute autorité de santé. IVG par methode medicamenteuse, recommandations [Internet]. 2010 [cité 22 janv 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_argumentaire_-_mel_2011-04-28_11-39-33_198.pdf
38. Mortureux A. La place de la parole dans l'entretien pré-IVG. *Laennec.* 2010;Tome 58(2):6-17.
39. Niinimäki M, Suhonen S, Mentula M, Hemminki E, Heikinheimo O, Gissler M. Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: population register based study. *The BMJ* [Internet]. 19 avr 2011 [cité 22 janv 2019];342. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3079960/>
40. Pope LM. Postabortion Psychological Adjustment: Are Minors at Increased Risk? *2001;29(1):10.*

ANNEXES

A. Annexe 1 : Guide d'entretien

Guide d'entretien :

Je réalise une étude qualitative sur la prise en charge psychologique des femmes ayant eu recours à une IVG. Le but étant d'avoir leur avis sur celle-ci et de trouver des pistes pour l'améliorer.

Il s'agit d'un entretien semi-dirigé, je vais vous poser quelques questions auxquelles vous devrez répondre en toute honnêteté, cela doit être un témoignage personnel sachant que vos propos seront anonymisés et que je ne porterai aucun jugement. Êtes-vous d'accord pour participer à cet entretien qui sera enregistré par audio ?

Questionnaire quantitatif pour caractériser l'échantillon :

- 1) Quel âge avez-vous ?
- 2) Quelle est votre profession ?
- 3) Quelle est votre situation familiale ?
- 4) Où et quand avez-vous réalisé votre IVG ?
- 5) Quelle a été la méthode utilisée ?

Questions ouvertes :

- 1) Qu'avez-vous ressenti avant l'IVG ?
- 2) Et après ?
- 3) Quelle prise en charge psychologique vous a-t-on proposée ?
- 4) Quelles ont été vos motivations pour l'accepter ou la refuser ?
- 5) Que pensez-vous personnellement de cette prise en charge psychologique ?
- 6) Comment la jugez-vous par rapport à vos besoins ?
- 7) Quelle a été la place de votre médecin généraliste ?
- 8) Qu'en pensez-vous ?
- 9) Qu'auriez-vous à proposer pour l'améliorer ?

Je vous remercie d'avoir participé à cette étude. Je peux, si vous le souhaitez, vous faire parvenir les résultats.

B. Annexe 2 : Lettre d'information et formulaire de consentement

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

N° d'identification du participant :

Titre du projet

RECHERCHE QUALITATIVE auprès de femmes ayant eu recours à une IVG.

Introduction :

Il existe peu de données sur le retentissement psychologique de l'IVG, un accompagnement spécifique doit être proposé et disponible.

En l'absence de bases objectives, la définition de cet accompagnement s'avère toutefois délicate et reflète plutôt le point de vue subjectif des professionnels : on constate selon les endroits et les partis pris des situations très variables, qui vont d'une certaine dramatisation avec tendance à la psychologisation systématique et à un maternage parfois excessif, à une négligence qui frise l'abandon.

L'existence d'un vécu post-IVG négatif de certaines femmes fait prendre conscience de l'intérêt d'en évaluer les signes et d'évaluer le besoin d'écoute de ces femmes.

Les objectifs de ce projet sont de :

- Connaître le point de vue des femmes ayant eu recours à une IVG sur leur prise en charge psychologique.**
- Obtenir des pistes pour l'améliorer.**

Réalisation de l'entretien :

Cet entretien sera réalisé par Mélanie CHAMPION, interne en médecine générale, suivant vos disponibilités, (lieu de l'entretien).

Il durera entre 15 et 45 minutes et sera enregistré de façon anonyme.

Qu'est ce qui se passe si je participe ?

Vous participerez à un entretien individuel où l'on vous posera des questions concernant votre vécu et la prise en charge psychologique de votre IVG.

Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Comment sera traitée l'information recueillie ?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle.

Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée.

L'analyse des données sera réalisée par Mélanie CHAMPION.

Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse de médecine générale de Mélanie CHAMPION et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales à la fin de chaque phrase numérotée :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien.
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans une thèse ou dans une publication.
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant)

Signature (investigateur)

Date

Date

Nom

Nom

C. Annexe 3 : Tableau récapitulatif des informations concernant les participantes

<u>Participante</u>	<u>Age</u>	<u>Profession</u>	<u>Situation familiale</u>	<u>Lieu de l'IVG</u>	<u>Délai par rapport à l'IVG</u>	<u>Méthode utilisée</u>	<u>Lieu de l'entretien</u>	<u>Durée de l'entretien</u>
1	26	Ouvrière	Concubinage, sans enfant	Planning familial de B.	3 semaines	Médicamenteuse	Centre Hospitalier (CH) de B.	19 min 30
2	35	Cadre médico-social	Mariée, 3 enfants	CH de M.	2 mois	Médicamenteuse	CH de B.	29 min 56
3	21	Etudiante en BTS opticien	Célibataire, sans enfant	Planning familial de B.	1 mois et demi	Médicamenteuse	Cabinet médical d'U.	21 min 38
4	25	Magasinière	Pacsée, sans enfant	Cabinet médical de S.	1 mois	Médicamenteuse	Cabinet médical de S.	17 min 48
5	27	Assistante en ressources humaines	Fiancée, sans enfant	CH de M.	4 ans	Chirurgicale, sous Anesthésie Générale (AG)	A mon domicile	33 min 19
6	38	Chef d'entreprise	Divorcée, 2 enfants	Cabinet médical de S.	1 an	Médicamenteuse	Cabinet médical de S.	17 min 10
7	22	Factrice	Célibataire, 1 enfant	CH d'E.	2 mois	Chirurgicale sous AG	Cabinet médical d'U.	12 min 48
8	25	Employée de libre-service	Célibataire, sans enfant	CH de T.	1 mois	Chirurgicale sous AG	Cabinet médical d'A.	12 min 17
9	33	Kinésithérapeute	Concubinage, avec 3 enfants	Cabinet médical de S.	7 mois	Médicamenteuse	Par téléphone	17 min 25
10	29	Auxiliaire de vie	Mariée, avec 3 enfants	Cabinet médical de S.	7 mois	Médicamenteuse	Par téléphone	8 min 50
11	37	Gérante d'un gîte	Concubinage, avec 1 enfant	Planning familial de B.	1 mois et demi	Chirurgicale sous Anesthésie Locale (AL)	Par téléphone	19 min 30
12	47	Secrétaire	Divorcée, 3 enfants	CH de R.	7 ans	Médicamenteuse	Cabinet médical d'I	9 min 7
13	27	Médecin	Pacsée, sans enfant	CH de M.	2 ans	Médicamenteuse	A mon domicile	13 min 12
14	33	Employée commerciale	Pacsée, 2 enfants	CH d'O.	2 semaines	Médicamenteuse	Par téléphone	14 min 20

D. Annexe 4 : CD-Rom-Transcriptions

Prise en charge psychologique de l'interruption volontaire de grossesse :

Qu'en pensent les patientes ?

INTRODUCTION Les conséquences psychologiques à la suite d'une IVG varient d'une femme à l'autre. Elles peuvent être positives comme négatives. La définition de l'accompagnement repose sur le point de vue subjectif des professionnels. L'objectif de mon travail était de connaître l'opinion des femmes ayant eu recours à une IVG sur leur prise en charge psychologique. L'objectif secondaire était de trouver des pistes pour l'améliorer.

MATERIEL ET METHODE Une étude qualitative a été réalisée par entretiens semi-dirigés auprès de 14 femmes ayant eu recours à une IVG.

RESULTATS On a constaté que l'IVG entraînait de nombreuses réponses émotionnelles différentes d'une femme à l'autre pouvant être influencées par plusieurs facteurs. Une prise en charge psychologique avant l'IVG a été proposée à plusieurs participantes et la plupart en étaient satisfaites. Pour près de la moitié des participantes, aucune prise en charge psychologique n'a été proposée. Les opinions concernant sa nécessité étaient partagées. Plus de la moitié des participantes pensent qu'une prise en charge psychologique devrait être proposée.

DISCUSSION Certaines femmes ont eu secondairement à l'IVG des troubles de la santé mentale. Des facteurs de risque sont à prendre en compte. Des facteurs pouvant influencer le vécu ont été identifiés. Il est possible de les améliorer. Les femmes ont parfois une idée erronée de l'entretien pré-IVG, il convient de leur expliquer ses objectifs. Certaines occultent leurs sentiments, faire preuve d'écoute est indispensable pour les repérer.

CONCLUSION Il semble nécessaire de continuer à proposer une prise en charge psychologique et d'agir sur les facteurs pouvant influencer le vécu.

MOTS CLES Avortement provoqué/gestion des soins/assistance psychologique/opinion des patientes/étude qualitative

Psychological care of the voluntary termination of pregnancy:

What do the patients think?

INTRODUCTION After a voluntary termination of pregnancy (VTP), psychological consequences vary for each woman: they can be positive as negative. The question of how to support these women depends on professionals' subjective point of view. The first goal of my work was to find out the women's opinion about their psychological care. The second one was to find other solutions to improve it.

MATERIAL AND METHOD A qualitative study was conducted by semi-directed interviews with 14 women who had used an abortion.

RESULTS The results found the VTP can generate many emotional responses that are different for each woman. This emotional response could be influenced by several factors. Before the abortion, a psychological care was offered to some participants and most of them were satisfied. The other participants (almost half of them) didn't receive a psychological care. Opinions regarding the necessity of this psychological care were divided. More than half of the participants think that it should be offered.

DISCUSSION After the VTP, some women had mental health disorders. Risk factors need to be considerate. Some factors than can influence the patient's experience were identified but it is possible to improve it. Sometime women have a wrong idea of the pre-abortion interview so it is necessary to explain them the goals. Some women denied their feelings so it is essential to listen them for identifying it.

CONCLUSION It seems necessary to continue to offer psychological care and to act on the factors that can influence the experience.

KEYWORDS Abortion induced/patient care/counseling/patient opinion/qualitative research