

Abord psychologique des IVG

M. LACHOWSKY *
(Paris)

Résumé

Dans la vie des femmes et des couples, la possibilité de l'IVG a heureusement changé la donne. Mais la contraception aurait dû la rendre de plus en plus rare, en faire le tout dernier recours. Or les grossesses involontaires, non désirées ou non acceptées, existent toujours, au grand dam d'une société qui, faute de comprendre, essaie de minimiser leur impact. Certes cela se passe bien pour la majorité des femmes, avec des suites sans histoires. Mais pas toujours. L'histoire de certaines en reste marquée, avec des résurgences douloureuses, parfois inattendues, lors d'autres événements de vie, infertilité, maladies graves ou deuils. De toute manière, une IVG n'est pas chose banale, et même souhaitée et apparemment bien tolérée, elle peut laisser des cicatrices psychologiques. À nous gynécologues de savoir les accepter, les repérer, en écoutant avec empathie ce que nous disent les mots et les corps de ces femmes, nos patientes.

Mots clés : IVG, suites, troubles psychologiques, contraceptions difficiles

* Gynécologue, consultante en psychosomatique
17 rue Carducci - 75019 Paris

Correspondance : lachowsky@orange.fr

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur ne déclare aucun conflit d'intérêt en rapport avec cette publication.

Tout essai d'aborder l'approche psychologique des IVG passe par une réflexion sur l'amont, autrement dit sur ce qui amène une femme au XXI^e siècle à se trouver dans cette situation, autrement dit « pourquoi », en sachant bien qu'il ne suffira pas d'un « parce que » pour y répondre et y faire face.

Une interruption volontaire de grossesse (IVG), ce n'est jamais banal, encore moins toujours volontaire. Cela ne signifie pas non plus une grossesse involontaire, mais cela a quasiment toujours un sens dans le parcours de vie [2] d'une femme ou d'un couple, jamais totalement négligeable malgré un fréquent désir d'occulter l'évènement. Combien d'IVG non encore signalées, soi-disant oubliées, viennent au cours d'une consultation pour infertilité aviver regrets et remords, avec sous-jacents des sentiments de culpabilité, voire de punition méritée, et parfois la petite phrase murmurée, à peine audible : « j'aurais un enfant de 9 ans maintenant, si... ».

Il s'ensuit que, paradoxalement ou non, la première question que pose une IVG, c'est celle de la contraception, encore moins banale !

La contraception, quoi de plus simple à définir aujourd'hui me direz-vous ? [6] Une femme souhaite ne pas être enceinte à un moment de sa vie, elle se sent en droit d'exercer sa sexualité à d'autres fins que la reproduction, deux manières d'exprimer la même idée. Une troisième serait encore possible : la contraception évitant la peur d'une grossesse non désirée comme le risque d'avortement est le chemin tout tracé vers une qualité de vie sexuelle harmonieuse, et surtout sans problème ni état d'âme [7]. Sans problème, impossible car nous savons

bien que rien en médecine n'est efficace à 100 % et pour tous les individus concernés, mais dans l'ensemble ces difficultés ou ces intolérances physiques sont connues et répertoriées et nous avons plus ou moins les moyens de les prévenir ou d'y faire face. Sans état d'âme, sûrement pas, et ces intolérances psychologiques sont peut-être de plus en plus fréquentes, sans être pour cela plus aisées à dépister ou à traiter. Traiter n'est d'ailleurs pas le bon terme, les décoder serait plus apte, car il ne s'agit pas de lutter contre elles comme nous luttons contre la maladie ou la douleur pour les éradiquer mais bien d'aider la patiente à en prendre conscience. Cette reconnaissance par le médecin et la femme, cette ouverture sont un important jalon vers une contraception voulue et efficace ou son abandon volontaire et conscient, dans les deux cas une réussite et non un échec, en admettant toutefois que toute IVG soit la conséquence d'une méconnaissance consciente ou inconsciente.

Mais que faut-il entendre par intolérance psychologique ? La nôtre, face à des patientes qui ne font pas ce que nous leur disons, ou ce que nous croyons leur avoir dit ? La leur, face à un praticien certes savant mais aussi peu compréhensible que compréhensif, face à leur compagnon, face à leur environnement, face à leur ambivalence, face à leurs angoisses conscientes et inconscientes ? Peut-être vaudrait-il mieux parler de contraceptions difficiles, difficiles à prescrire comme à suivre, où l'observance comme la compliance dépendent autant de la tolérance psychologique que de la tolérance organique.

En schématisant, on retrouve des **situations** sur ou sous lesquelles planent toujours une angoisse réelle, plus ou moins consciente, mais cachée, voilée par des « bons » prétextes, qu'il faut se garder de qualifier de « faux » prétextes :

- le choix impossible, d'où refus de tout mode de contraception ;
- le danger, risque imaginé pour soi-même (cancer, infertilité) et/ou pour l'éventuel enfant ;
- essais itératifs et preuve de l'intolérance tout aussi répétitive ;
- échec : erreurs ou abandon amenant alors à ce qui nous intéresse ici, à une grossesse :

- **non désirée,**
- **désirée mais considérée comme impossible,**

cas de figure plus fréquent qu'on ne le pense. La voie est tracée vers ce qui ne porte plus ce vilain nom d'avortement pour madame Tout-le-monde, ni de fausse couche provoquée pour la gent médicale, donc vers l'IVG, quelque chose de médical et d'aseptisé à la fois, dont on peut même oublier ce que les initiales recouvrent. N'entend-on pas souvent demander **un** IVG ? [1].

Il convient aussi de réfléchir à ces contraceptions paraissant sans histoire, qui subitement ne le sont plus. Oublis ou intolérances de toutes sortes, il y a sans doute une autre histoire, une nouvelle, et c'est soit le mode de contraception soit la contraception elle-même qui ne cadrent plus avec les besoins, les désirs de notre patiente. La quarantaine avec la question du premier ou du dernier enfant, la cinquantaine avec le couperet de la ménopause, le tic-tac de l'horloge biologique renforcé parfois par l'image de l'enfant sauveur du couple, toutes ces étapes peuvent contribuer à faire sauter le barrage de la contraception jusqu'alors aussi raisonnée que raisonnable... si raisonnable que la seule issue à ce débordement est l'IVG, même chez cette femme qui se disait (et le croyait) totalement opposée à l'avortement.

Les conflits sous-jacents liés à l'environnement personnel, familial et socioprofessionnel sont bien entendu différents selon la période de la vie : en simplifiant, la très jeune fille avec les parents, la jeune femme avec le compagnon, avec le quotidien trop harassant, toutes avec des difficultés d'habitat et de cohabitation, les unes et les autres n'auront parfois d'autre manière d'exprimer leur mal-être que ces refus maquillés en intolérances. Cela aura l'avantage supplémentaire de mettre leur médecin aussi en échec surtout si cela va jusqu'à l'IVG, et cette agressivité plus ou moins dominée n'en pourra que mieux se laisser aller. Cette espèce d'alliance dans le malheur est encore un bonus.

L'adolescente

Nous connaissons tous de ces adolescentes traînées plutôt qu'amenées avant un départ en vacances, en colonie, par une mère inquiète qui veut tout prévoir. À l'inverse, la prise d'une pilule en cachette de parents jugés imperméables à toute confiance risquera d'être irrégulière et mal interprétée, d'où échec aboutissant de gré ou de force pour la jeune fille à une IVG. Sur un autre plan, les admonestations sur le danger de la contraception, autres intolérances parentales à la sexualité de leur fille, sont autant de freins à la tolérance de celle-ci. Enfin, avoir besoin de se rassurer sur sa normalité, sa capacité à devenir femme et mère peut aboutir à ces erreurs/échecs de contraception qui souvent ne chagrinent que nous : en effet, si la jeune fille qui après une erreur ou un oubli de pilule ne se retrouve pas enceinte n'en est pas soulagée, cela doit nous inciter à la vigilance. Elle n'a toujours pas la preuve qu'elle recherchait inconsciemment. Et si elle était stérile, comme son entourage l'en a menacée ? Quel autre recours

alors devant l'évidence presque rassurante d'une grossesse, vouée dès le début à l'interruption ? Mais la grossesse impossible, c'est aussi le cri et la violence manifestée à la famille, surtout aux parents, pour s'affirmer de façon éclatante et dangereuse, avec ce goût de l'opposition et du risque propre aux adolescents. Ce clin d'œil à la vie des filles, par ce comportement à risque, serait-il du même ordre que le fréquent clin d'œil à la mort des garçons ?

Toutes ces difficultés demandent à être décodées, repérées le plus tôt possible. La première consultation, « Docteur, je viens pour la pilule », peut se révéler décisive. Elle l'est toujours dans la mesure où de l'assurance de confidentialité et de neutralité découlera un climat de confiance, garant de l'observance de nos prescriptions. Ne pas négliger, même une première fois, de tordre le cou à certains mythes, comme l'absence de risque de grossesse au premier rapport, ou l'idée que la pilule du lendemain rend caduque la prise régulière d'un contraceptif est sans doute une utile prévention des IVG.

La femme

L'entourage, le compagnon, les enfants, le patron, les collègues de travail... la vie, à quoi imputer ces saignements, cette nervosité, ces troubles gastro-intestinaux dont on vous affirme qu'ils ne peuvent découler que de ce stérilet, de cette pilule, de cette contraception en fait demandée et tolérée avant ? Avant quoi donc ? Avant ce nouveau programme informatique imposé au bureau, avant les doutes sur la fidélité du mari, avant les problèmes sociaux de l'aîné, avant le désir de cet enfant dont le conjoint ne veut pas ou plus, avant le besoin de démontrer sa jeunesse par une grossesse, avant... tous ces désaccords avec soi-même et avec les proches, avant la peur de l'âge ou celle du désamour. Et si l'IVG était là encore plus le fruit d'un désir que d'un non-désir, une preuve mais plus par 9... ?

La libération par la contraception est sans doute un acquis dont on ne saurait négliger la face cachée : la contrainte, inimaginable dans les temps historiques des débuts, est maintenant plus à l'ordre du jour, contrainte féminine ne faisant que s'ajouter aux autres, celles du sang et de la douleur, de la double vie au foyer et au travail. Contrainte de prise d'une pilule, de saignements d'un stérilet ou d'aménorrhée mal vécue, d'implants palpables mais non vérifiables, contrainte qui équivaut sans doute à une demande toujours insatisfaite de prescription magique, ce que paraît à certaines la « pilule du lendemain », surtout aux plus jeunes. Contrainte aussi, disent certaines, que cette perpétuelle disponibilité

sexuelle où elles se retrouveraient prises au piège de leur libération, face à un homme libéré, lui, de la participation à la contraception. D'où une tentation de « mise à l'abri » par l'absence de contraception, puisqu'elle est si mal tolérée... et « de toutes façons, cela n'arrive qu'aux autres, moi je me connais bien et je sens mon ovulation, d'ailleurs je ne tombe pas facilement enceinte, ça ne prend pas vite chez moi ! » assortis d'un « mais je suis contre l'avortement... ».

Bien entendu, on se doit de garder à l'esprit l'importance de la singularité de chaque femme face à ces considérations générales pour ne pas négliger le risque de trop simplifier, et surtout d'enfermer les patientes dans un profil et les médecins dans une modélisation de leur réponse. Il n'y a pas de brevet officiel de décodage, ce qui a paru clair dans cette consultation le sera moins dans une autre, et les étiquettes d'hystérique ou d'obsessionnelle ne doivent plus avoir droit de cité, même dans notre for intérieur et notre intime conviction. D'ailleurs nous aident-elles toujours, ces catégories, ou nous rassurent-elles seulement sur notre capacité à comprendre, à faire la part des choses ? [3].

Intolérances provisoires ou permanentes, contraceptions difficiles voire impossibles, IVG surprenantes voire à répétition, elles mettent en jeu l'ambivalence des femmes [5] face au couple féminité/fécondité, face aussi aux multiples facettes de leur désir vis-à-vis des hommes. La peur des MST et de la mort s'est greffée sur ce terreau, nous rendant la tâche encore plus ardue. Quant aux adolescentes, sans doute ne savons-nous pas leur transmettre quelque chose de plus qu'une information de base, ou une instruction type jeunes recrues. À ces jeunes recrues dans la vie de femmes et de futures mères, quel message faire passer pour éviter la répétition soit de demande de pilule du lendemain qui affole le pharmacien, soit d'IVG répétées et rapprochées qui affolent les services ? Peut-être aussi ne devons-nous pas nous faire d'illusions sur notre puissance, nous ne sommes pas les seuls acteurs en jeu, parents et média ont un rôle important et se reposent sur la médecine pour prendre tous les relais et combler les carences, autrement dit pour réparer en aval la crue prévisible en amont.

Il est vrai que ne pas vouloir, ne pas pouvoir, c'est toujours la problématique du temps des femmes qui s'inscrit là, leur « insoutenable légèreté de l'être » et sans doute celle de leurs hommes aussi. Alors vous l'aurez compris, l'abord psychologique des IVG, c'est celui que nous pratiquons en n'étant ni juge, ni partie, ni parent, ni guérisseur, mais bien le thérapeute, le docteur selon Hippocrate et Maïmonide, celui qui prévient, soigne et soulage ou plutôt qui le tente, sans nuire et en acceptant de ne pas toujours guérir, malgré le progrès.

Mais après l'amont, voici l'aval. Certes Simone Veil a mis une fin au drame des avortements illicites qui grevaient si lourdement la vie des femmes et des couples, l'évolution des mœurs a mis fin à la condition de parias des « filles-mères », celles qui avaient « fauté ». Ce verbe ne concernait d'ailleurs que les femmes...

Est-ce à dire que tout est parfait, sans l'ombre d'un retentissement a posteriori ? L'IVG, un geste banal ? Quelque chose en trop, un soupçon d'indésirable... dont il est si facile de se débarrasser, serait-ce tout simplement cela ? Peut-être même pour certains un rite d'initiation, passage obligé dans le parcours de vie de la plupart des femmes [8] ?

Non, hélas !... ou heureusement ? En effet aucune femme n'en ressort parfaitement indemne, ou plutôt aucune ne dit l'avoir totalement oublié. Épisode rarement évoqué avec légèreté, même si le soulagement immédiat n'est pas nié, l'IVG marque durablement [9].

La décision, la demande d'interruption de grossesse sont déjà un moment capital.

Comme l'écrit Hassoun [3], les femmes, au décours de ces demandes d'IVG ne souhaitent pas toujours parler avec le médecin de la décision prise ou à prendre et des circonstances de survenue de cette grossesse. Il ne s'agit pas de banaliser l'IVG en traitant cette demande avec légèreté, mais les femmes n'ont pas au cours de la consultation ou de l'entretien social à se justifier puisque les législateurs les ont estimées seules juges de leur détresse. Décider d'interrompre une grossesse est une démarche personnelle. On peut cependant les encourager à en discuter avec leurs proches même si la décision est déjà prise, afin de leur éviter dans ces circonstances une trop grande solitude. Si l'entretien social auprès d'une conseillère conjugale ou d'une assistante sociale a perdu son caractère obligatoire (sauf pour les mineures), il gagne cependant à être systématiquement proposé. Librement choisi, cet entretien informatif n'a pas de caractère dissuasif selon la loi. Il trouve tout son intérêt pour celles qui sont dans une hésitation douloureuse et souhaitent en parler. Il peut alors aider à mettre au clair la décision et l'acceptation de cette décision. Il peut être également l'occasion d'une orientation vers une prise en charge psychologique. Est-il utile de préciser qu'il n'y a là aucune psychiatrisation des femmes lors de la demande d'IVG, mais simplement l'offre d'un soutien au cours d'un évènement de vie important, l'offre d'une écoute empathique ?

Dans les suites immédiates, tout va dépendre des raisons qui ont motivé la décision, comme de l'entourage (aidant, culpabilisant, maintenu dans l'ignorance ou tout simplement absent) de cette femme

qui nous consulte. Et quant à l'avenir, la qualité de notre accueil et surtout de notre écoute a un impact non négligeable sur les cicatrices que l'IVG, si librement décidée et consentie soit-elle, peut durablement laisser [2].

Alors après le soulagement, le choc ? Après l'ouverture, le retour de manivelle ? Après la victoire... ? Les femmes ne seraient-elles jamais satisfaites, toujours prêtes, au contraire, à se laisser submerger par leurs émotions ? Et pourtant, il semblerait qu'adjoindre aux kits de diagnostic de grossesse une fiche sur les conditions d'IVG ait été proposé par une de nos femmes politiques...

Certes, il n'est pas question d'envisager de régresser et de priver femmes et couples de ce recours possible. Pas plus qu'il ne saurait être question de nier les conséquences psychologiques d'un acte de cette envergure [2]. Quelles qu'en soient les raisons et les causes, mais peut-être différentes selon ce qui se jouait alors. Sentiments de culpabilité : « j'ai refusé un enfant, cet enfant », jusqu'à « j'ai tué mon enfant », tout s'entend et se retrouve dans certaines situations. L'infertilité ou les fausses couches à répétition réveillent et aggravent le sentiment d'avoir commis l'irréparable, et d'être appelé à en payer le prix. La perte d'un enfant et surtout la mort *in utero* sont autant de sources de réveil du trauma d'origine, même si celui-ci n'avait pas été vécu comme tel. Et c'est parfois dans notre cabinet que cela sera parlé pour la première fois, et peut-être serons-nous le grand témoin de la révélation au conjoint...

Et si l'interruption volontaire de grossesse comme tout évènement de vie avait, tel Janus, une face heureuse et une face sombre, variable selon le temps et les temps ? Nous ne saurions nous en étonner : la gynécologie, notre métier quotidien, est une médecine du sexe, de l'amour et de la mort, donc de la vie, de ses ordres et ses désordres, cette vie qui a envahi nos consultations avec ses plaintes et ses exigences, avec les interrogations sur la maîtrise qu'elles posent à patiente et médecin. Oserons-nous qualifier la relation médecin-malade d'ARN messenger, reconnu par toutes les cellules en cause, celles du soignant et celles du soigné ? Sensations, émotions et sentiments s'intriquent pour donner aux manifestations somatiques leur expression particulière, particulière à chaque symptôme mais surtout à chaque femme... et à chaque IVG [9].

Bibliographie

- [1] Boltanski L. La condition fœtale : une sociologie de l'engendrement et de l'avortement. NRF essais Gallimard 2005.
- [2] Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. Et si on parlait de sexe à nos ados ? Odile Jacob Paris 2012.
- [3] Hassoun D, Faucher P, Blog/Mediapart 2013.
- [4] IVG médicamenteuse. 2^e édition Esteem Ed.
- [5] Bydlowski M. La dette de vie. Paris PUF 2002.
- [6] Moreau C, Bajos N. Projet FECOND-INED Paris 2012.
- [7] Bajos N. De la contraception à l'avortement. INSERM 20028.
- [8] Bajos N. IVG, le retour des entrepreneurs de morale. Libération (quotidien) 20/03/2012.
- [9] Nisand I, Letombe B, Marinopoulos S. La meilleure IVG est celle qu'on peut éviter. Libération 22/03/2012.

