

Interruption thérapeutique de grossesse (ITG) dans le cadre d'une grossesse arrêtée précoce : vécu de la prise en charge médicamenteuse a domicile a Libreville en 2020.

Therapeutic abortion in the context of an early pregnancy: experience of home drug care in Libreville in 2020.

Minkobame Zaga Minko UP¹, Makoyo Komba O¹, Assoumou Obiang P¹, Dope Koumou R¹, Ambounda Lédaga N¹, Meye JF¹

¹ Université des Sciences de la Santé-Libreville /GABON

Correspondances : Dr MINKOBAME ZAGA MINKO Ulysse, BP 4066 Lbv. E-mail : minulpas0703@gmail.com. Tel/ +24177284537.

Reçu le 15 juin 2023 - Accepté le 24 juillet 2023 - Publié le 30 juillet 2023

RESUME

Objectif : Etudier le vécu de la prise en charge médicamenteuse pour interruption thérapeutique de grossesse (ITG) à domicile dans le cadre d'une grossesse arrêtée précoce.

Patientes et méthodes : L'étude s'est déroulée durant 08 mois, dans les services de Gynécologie obstétrique des CHU à Libreville, de neurologie abritant un psychiatre et aux domiciles des patientes. Il s'agit d'une étude longitudinale, analytique, réalisée sur la base d'une fiche de recueil de donnée associée à un suivi par le psychiatre avec utilisation d'une fiche de l'échelle d'Hamilton.

Etaient incluses toutes les femmes ayant une GA confirmée ≤ 14 SA. Toutes les données ont été analysées sur le logiciel SPSS.18.

Résultats : Notre échantillon était de 36 patientes, (2,18%) des accouchements. Les sentiments majeurs ressentis durant le processus d'ITG étaient respectivement : la culpabilité 50% (avant et pendant), la tristesse 63,9% (pendant), la peur des médicaments. A un mois de l'ITG, 11 patientes n'avaient aucun symptôme psychologique. Cependant des symptômes psychologiques et somatiques mineurs ont été retrouvés chez 25 patientes. Le taux de satisfaction a été de 86,1%, et 88,9% des patientes recommanderaient cette méthode ou l'utiliseraient de nouveau si besoin se présentait.

Conclusion : L'ITG a entraîné plusieurs symptômes psychologiques et somatiques. Mais aucun diagnostic de trouble dépressif ou anxieux n'a été retrouvé. Toutefois une surveillance par le psychiatre est indispensable.

Mots-clés : Vécu psychologique, vécu somatique, GA, ITG à domicile.

SUMMARY

Objective: To study the experience of medical care for therapeutic termination of pregnancy (ITG) at home in the context of an early pregnancy in Libreville in 2020

Patients and methods: The study took place over 8 months in the obstetric gynecology and neuropsychiatry departments of the Universities Hospitals in Libreville and in the patients' homes. This is a cross sectional, and analytical study, carried out on the basis of a case report form associated with follow-up with the psychiatrist on a sheet of the Hamilton scale. Were included all women with confirmed $GA \leq 14$ WG. All data was analyzed on SPSS.18 software.

Results: Our sample was 36 patients, 2,18% of deliveries. The major feelings experienced during the therapeutic abortion process were respectively: guilt 50% (before and during), sadness 63.9% (during), fear of drugs. Within one month of the therapeutic abortion, 11 patients had no psychological symptoms. However, psychological and somatic symptoms that did not lead to impaired social, daily and professional functioning were found in 25 patients. The satisfaction rate was 86.1%, and 88.9% of patients would recommend this method or use it again if necessary.

Conclusion: Therapeutic abortion caused several psychological and somatic symptoms. But no diagnosis of depressive or anxiety disorder has been found. However, monitoring by the psychiatrist is essential.

Keywords: Psychological experience, somatic experience, miss early miscarriage, therapeutic abortion at home.

INTRODUCTION

Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG), même lorsqu'il s'agit d'une grossesse arrêtée, car l'interruption d'une grossesse peut constituer un véritable traumatisme notamment si cette grossesse est fortement désirée [1].

En Occident, environ 10% des femmes ayant recouru à l'ITG, aux 1er et 2ème trimestres de la grossesse, présentent des troubles psychologiques sévères, marqués et persistants [2, 3]. Ce taux est relativement important.

L'absence de données africaines peut être préjudiciable à une bonne prise en charge pré et post thérapeutique de ces patientes, même s'il est dit de façon empirique, que ces troubles psychologiques sont rares chez la femme africaine, car cette dernière extériorise peu ses émotions. D'où l'intérêt de connaître le vécu de la femme africaine face à la douleur induite par une interruption thérapeutique de grossesse

De même, sachant qu'environ 15% des grossesses normales vont s'interrompre spontanément et devenir des grossesses arrêtées [4] qu'il faudra nécessairement évacuer, la pratique de l'interruption de grossesse, illégale ou non, à visée thérapeutique ou volontaire, demeurera toujours une partie importante de l'activité des services de santé de la reproduction de nos pays africains. D'où l'importance d'étudier le retentissement psychosomatique de cet acte sur les patientes qui consultent les structures des soins obstétricaux en Afrique afin de leur offrir un cadre de suivi médical. C'est pourquoi nous nous sommes proposés de réaliser une étude auprès de ces gestantes, afin de décrire leur vécu avant, pendant et à distance de cette interruption thérapeutique de grossesse légale

PATIENTES ET METHODES

Il s'agit d'une étude analytique longitudinale, prospective qui s'est déroulée dans deux maternités des CHU de Libreville et un service de neurologie abritant un psychiatre durant 8 mois en 2020. L'échantillon était composé de toutes les patientes qui présentaient une grossesse arrêtée de moins de 14 semaines d'aménorrhée (SA), ayant accepté de prendre le traitement médicamenteux à domicile et de partager leur vécu durant ce traitement.

Après lecture de la notice d'information et du consentement éclairé, l'étude se faisait de la manière qui suit :

- A J0, on procédait à la remise des produits abortifs qui devaient être pris à H0, H24 et H36 au domicile de la patiente avec remplissage d'une fiche qui renseignait sur les symptômes de l'avortement et les effets indésirables,
- A J8, une visite de suivi était programmée (examen clinique de la patiente pour évaluer les critères de guérison associé à une échographie endovaginale pour vérifier la vacuité utérine
- A J15, une échographie endovaginale était encore réalisée pour confirmer la vacuité utérine et
- A J30, un rendez-vous chez le psychiatre était programmé, quel que soit l'issue de l'interruption de la grossesse pour l'évaluation de l'impact psychologique et somatique de l'interruption volontaire de la grossesse.
- L'appréciation du vécu était réalisée en 3 étapes (avant, pendant et après l'interruption) et évaluée à l'aide de l'échelle d'Hamilton et de la classification DMS IV de diagnostic de la maladie.

Les paramètres suivants ont été étudiés :

- le vécu à l'avant l'ITG,
- le vécu pendant la prise des traitements,
- le vécu pendant l'évacuation utérine,
- le vécu à J30 de l'évacuation,
- le taux de satisfaction des patientes.

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyennes avec leur écart-type et les modalités qualitatives ont été rendues en pourcentages. Un résultat a été statistiquement significatif lorsque la valeur du p était inférieure à 5% ($p < 0,05$).

RESULTATS

Au cours de ces 8 mois d'étude, 36 patientes remplissaient les critères d'inclusion pour notre étude sur 1654 accouchements soit une proportion de 2.18%.

Vécu de l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG)

-Vécu avant l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG) (Tableau I)

L'étude du vécu avant l'ITG a révélé que plus de la moitié des GA étaient des grossesses désirées soit 55,6% et que les autres grossesses étaient acceptées mais non désirées (44,4%).

A la question fermée à choix multiple «Quel (s) sentiments ressentez-vous avant le début de l'ITG? », la moitié des patientes (50%) a déclaré ressentir un sentiment de culpabilité (Tableau I).

Tableau I: Répartition des patientes selon le sentiment psychologique ressenti au cours de l'ITG

Sentiments ressentis	N	%
• Avant l'avortement		
- Culpabilité	18	50
- Tristesse	12	33,3
- Peur des médicaments	4	11,2
- Indifférence	2	5,5
• Pendant le traitement		
- Culpabilité et peur du médicament	18	50
- Soulagement	16	44
- Tristesse et désespoir	1	3
- Indifférence	1	3
• Lors de l'évacuation utérine		
- Tristesse	23	63,9
- Soulagement	7	19,5
- Indifférence	6	16,6

- Vécu pendant le traitement et au cours de l'expulsion (Tableau I)

Toutes les patientes avaient pris les comprimés aux dates (J1 et J2) et heures H0, H24, H36) prescrites, soit un taux de bonne observance de 100%. La réponse des femmes a été majoritairement la culpabilité associée à la peur des médicaments (n=18 réponses).

Pendant et après l'expulsion, les femmes ont déclaré avoir ressenti de multiples sentiments. Le sentiment prédominant (63,8%) a été la tristesse. L'expulsion a été spontanée et complète pour 31(86,1%) patientes. Une évacuation utérine chirurgicale complémentaire (AMIU/curetage) a été nécessaire pour 5(13,9%) patientes. (Tableau II)

Tableau II: Répartition des patientes selon l'issue de l'avortement.

Issue de l'avortement	Effectif	%
Spontané et complet	31	86,1
AMIU/Curetage	5	13,9
Total	36	100,0

- Vécu à distance (J30) (Tableau III et IV)

Au cours de la consultation psychiatrique de fin de protocole (J30), les femmes ont présenté certains symptômes psychologiques et somatiques.

Seules 11 femmes n'ont présenté aucun trouble psychologique à j30. Cependant, les 25 autres ont présenté des sentiments psychologiques variés et souvent associés entre eux. Les sentiments psychologiques les plus fréquents ont été la tristesse associée à la culpabilité (12%) et une tristesse isolée (12%).

Toutefois, ces sentiments n'ont pas permis de diagnostiquer des cas de troubles dépressifs majeurs persistants ou de troubles anxieux persistants (DSM IV). Il n'y a eu aucun cas de dépression majeure ni d'anxiété généralisée à J30.

Dans la majorité des cas (n=22), les femmes ne présentaient aucun symptôme somatique à j30 (61,1%). Cependant, les 14 autres femmes (38,9%) ont présenté des symptômes somatiques à J30. Le symptôme somatique le plus fréquent a été l'insomnie (27,8%).

Responsabilité de l'acte et satisfaction

L'acte a été assumé par 25 (69,5%) patientes contre 11(30,5%) qui ont avoué ne pas l'avoir assumé acte

Tableau III : Répartition selon les sentiments psychologiques persistants à j30.

	Effectif	%
Aucun	11	31
Tristesse + culpabilité	4	12
Tristesse seule	4	12
Culpabilité	2	6
Altération du fonctionnement	2	6
Agitation psychomotrice + anxiété + culpabilité	1	3
Agitation psychomotrice + tristesse	1	3
Agitation psychomotrice isolée	1	3
Agitation psychomotrice + culpabilité	1	3
Agitation psychomotrice + anxiété	1	3
Modification caractère	1	3
Modification caractère + anxiété + culpabilité	3	9
Modification caractère + agitation psychomotrice + idées suicidaires	1	3
Perte d'intérêt+agitation psychomotrice	1	3
Perte d'intérêt	1	3
Perte d'intérêt + culpabilité	1	3
TOTAL	36	100,0

L'étude a révélé que 58,3% des patientes (n=21) étaient très satisfaites, 27,8% (n=10) étaient satisfaites et seulement 13,9 % étaient insatisfaites (n=5). Notre étude a révélé un taux global de satisfaction de 86,1%. Les 5 femmes insatisfaites ont estimé que la procédure était trop longue. Il s'agissait des 5 cas (100%) d'expulsion par AMIU (J12 à J15). De même, 88,9% (n=32) des femmes ont estimé qu'elles accepteraient à nouveau la méthode en cas de besoin et de proposer ce traitement à d'autres femmes. Les 4 femmes (10,1%) qui l'ont refusée appartenaient au groupe d'expulsion par AMIU (80%).

Tableau IV : Répartition selon les symptômes somatiques persistants à j30.

	Effectif	%
Aucun	22	61,1
Insomnie	10	27,8
Perte libido	2	5,5
Asthénie	1	2,8
Hypersomnies	1	2,8
TOTAL	36	100,0

DISCUSSION.

Vécu avant l'interruption de grossesse

La moitié des patientes (50%) a déclaré ressentir de la culpabilité avant l'interruption de grossesse. Cependant, il ne nous a pas été possible de mesurer le degré d'implication de la douleur induite par le diagnostic de grossesse arrêtée sur la survenue de ce sentiment avant l'ITG. En effet, il est probable que la détresse liée au diagnostic de grossesse arrêtée ait influencé la survenue de ce sentiment de culpabilité avant l'ITG. La grossesse arrêtée est déjà, elle-même, une situation de fragilité émotionnelle d'autant plus que les grossesses ont souvent été désirées dans notre étude. Gaudet et al [5] révèlent que l'annonce de l'anomalie est un réel choc pour les parents qui en un seul instant voient leurs projets s'écrouler et doivent envisager la mort et non plus la vie.

Dans cette même étude [5], les auteurs révèlent que pour toutes les femmes interviewées, la grossesse était désirée, programmée et que l'enfant futur était perçu comme la concrétisation de l'union du couple, mais également comme l'assouvissement du désir d'enfant. Cette situation semble d'autant plus difficile quand le couple n'a pas d'enfant. Comme dans notre étude, plus de la moitié des patientes ont affirmé que leur grossesse arrêtée avait été une grossesse désirée soit 55,6%.

Vécu pendant le traitement et au cours de l'expulsion

Les patientes ont été envahies par une diversité des symptômes psychologiques associés entre eux à type de culpabilité d'induire soi-même l'avortement, de peur des médicaments, de tristesse, de soulagement et parfois une indifférence de l'acte.

Notre étude montre que le sentiment majeur pendant le traitement est la culpabilité d'induire son avortement associé à la peur des médicaments. Nos résultats sont conformes aux conclusions de Gaudet et al [6] qui avancent que l'interruption de la grossesse peut être à l'origine d'une expérience possiblement traumatique pour les femmes. Et que la prise des médicaments peut être perçue comme l'acte

de tuer intentionnellement l'enfant. Ce qui contribue à amplifier les sentiments de culpabilité de la femme, lors de la prise de ces médicaments. Il semble que ce sentiment soit moins fréquent lors d'une ITG par méthodes chirurgicales [6]. En effet, dans ce cas, le traitement chirurgical est du ressort du médecin et la femme ne s'en préoccupe pas, laissant cette tâche au praticien.

De même, la tristesse a été le sentiment dominant pendant l'expulsion. Ce constat s'explique également par les raisons évoquées plus haut par Gaudet et al. [5].

Aussi la vue du produit de conception par la femme elle-même a-t-elle engendré des mécanismes psychologiques favorables à la survenue de la tristesse.

Comme le disent Gaudet et al [5], l'accouchement, dans notre cas l'expulsion du produit de conception hors des voies génitales, est le moment le plus difficile pour les mères car il s'agit de la confrontation avec la réalité de l'anomalie et de la perte de l'enfant. Elles doivent se détacher de la relation fusionnelle qui les lie à lui, et sont confrontées dans le même temps à la vie et à la mort. Peuvent naître à cet instant des angoisses de mort pour la mère, à l'origine de la tristesse.

Vécu à distance (J30)

Dans notre étude, la majorité des patientes (n=11) ne présentaient aucun sentiment psychologique à j30. De même, l'expertise psychiatrique n'a pas diagnostiqué de dépression majeure ni d'anxiété généralisée. Ce constat nous reconforte pleinement car Lavoue et al [7], ont trouvé des taux encore plus élevés, soit de 10 à 50% des cas de dépression majeures chez les femmes après une perte précoce de grossesse ; de même que 20 à 40% vont présenter dans le même contexte un symptôme d'anxiété.

La femme africaine, gabonaise serait-elle moins sujette à développer la dépression en post-abortum ou les symptômes seraient-ils masqués ? A l'instar de certaines manifestations délirantes de sujet africain. Nous restons circonspects quant à ce résultat, intéressant tout de même, car la taille de notre échantillon ne nous permet pas de tirer des conclusions probantes. De même, les éventuels biais d'interprétation des informations fournies par les femmes nous recommandent de demeurer prudents sur ces résultats. D'autre part, le recul de 30 jours pour l'évaluation psychologique est peut-être trop insuffisant ou certains symptômes ont échappé à notre vigilance (problématique de l'application des échelles que de l'entretien direct). L'éclosion des signes psychologiques de gravité peut se faire plusieurs mois après l'avortement

comme l'ont prouvé Connor et al [8] qui ont relevé que deux ans après une interruption de grossesse du deuxième trimestre, 20 % des femmes rapportaient toujours des pleurs, une humeur triste et une irritabilité.

Quelques symptômes somatiques tels que l'insomnie, la perte de la libido et l'asthénie ont été retrouvés sans valeur significative pour conclure à l'existence d'un trouble majeur. Les quelques symptômes psychologiques qui se sont surajoutés, tels que l'agitation psychomotrice, la perte d'intérêt, la modification du caractère, les idées suicidaires, n'ont pas engendré de troubles dépressif et/ou anxieux majeurs.

Responsabilité de l'acte

La majorité des femmes dans notre étude (n=25 soit 69,5%) a déclaré avoir assumé son acte. Les 11 autres femmes (30,5%) ont déclaré ne pas avoir assumé leur acte et la raison unique évoquée (100%) a été leur souhait que l'acte soit plutôt pratiqué par un médecin. Ce taux élevé de responsabilité de l'acte, Gaudet et al [5] l'ont également retrouvée lors de leur étude. Ces auteurs estimaient de plus que pour certaines femmes, cette épreuve leur a permis de prendre conscience des capacités et d'une maturité quelles ne soupçonnaient pas. Le fait de pouvoir assumer son interruption de grossesse de façon responsable, consciente et à domicile prouverait que la femme gabonaise s'autonomise d'avantage.

Taux de satisfaction de la méthode

L'étude a révélé que 58,3% des femmes étaient très satisfaites, 27,8% satisfaites, soit un total globale de 86,1% de satisfaction. Notre taux de satisfaction est inférieur à ceux retrouvés par Dagousset et al [9], qui était de 98,5% ainsi que de celui de Clak et al.[10] qui ont retrouvé 98% de satisfaction. Cependant, ce taux de 86,1% est identique à celui de Bracken et al [11] qui était de 88,8% en Inde. Notre taux est supérieur à celui de Besse et al [12] qui ont retrouvé un taux de satisfaction de 64%. Cela peut s'expliquer par le fait que certaines femmes n'ont pas assumé de se faire avorter elle mêmes.

CONCLUSION

Notre étude a permis de relever un taux d'observance de 100% et un taux de satisfaction de 86,1%. La simplicité de la procédure fait de la méthode médicamenteuse d'interruption de grossesse à domicile, une technique adaptée aux pays à faible ressource. Bien qu'au cours de cette étude plusieurs symptômes psychologiques sont apparus, il en résulte qu'aucun diagnostic de troubles psychiatriques n'aient été retrouvés. Cependant, une surveillance à long terme par le psychiatre pourrait

être indispensable pour le suivi ultérieur.

REFERENCES

1. **Donald Paul Sullins.** Affective and Substance Abuse Disorders Following Abortion by Pregnancy Intention in the United States: A Longitudinal Cohort Study. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55(11): 741. doi: 10.3390/medicina55110741
2. **Kersting.** Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(2):163–9.
3. **Rosenfeld A.** Emotional responses to a therapeutic abortion. *Am Fam Physician* 1992;46(3):665-6
4. **Rousseau P, Fierens RM.** Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23: 166–74.
5. **Gaudet C, Séjourné N, Allard MA et al.** Les femmes face à la douloureuse expérience de l'IMG. *Gynecol Obstet Fertil* 2008, 36 : 536–42.
6. **Mayi-Tsonga S, Minkobame U, Mbila A et al.** Première expérience de l'utilisation du Misoprostol comme soin après avortement (SAA) à Libreville, Gabon. *Pan African Medical Journal* 2014; 18:301-07.
7. **Lavoué V.** Pertes de grossesse : recommandations françaises pour les critères diagnostiques d'arrêt de grossesse au premier trimestre et stratégies de prise en charge des patientes présentant une fausse couche ou une grossesse arrêtée (hors évacuation utérine). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (2014) 43, 776-93.
8. **Connor JM, Ferguson-Smith MA, White-van Mourik MCA.** The psychosocial sequelae of a second trimester termination of pregnancy for fetal abnormality. *Prenat Diagn* 1992; 12(3):189–204.
9. **Dagousset I, Fourrier E, Aubeny E, Taurelle R.** Enquête d'acceptabilité du misoprostol à domicile pour l'interruption volontaire de grossesse par la méthode médicamenteuse. *Gynecol obstet Fertil*. 2004 ; 32 (1) :28-33.
10. **Clark WH, Hassoun D, Gemzell-Danielsson Ket al.** Home use of two doses of misoprostol after mifepristone for medical abortion: A pilot study in Sweden and France. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2005; 10(3): 184-91.
11. **Bracken H.** Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *Int J Gynecol Obstet* 2010, 108 (3): 228-32.
12. **Besse D, Wirthner D, De Grandi P.** Vécu psychologique des patientes ayant eu recours à une interruption de grossesse médicamenteuse précoce. *Rev Med Suisse* 2002, N02403 : 148-53.