

Accompagner une cliente en réflexion sur l'avortement

Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

Le cas clinique

Enceinte depuis environ 6 semaines, la patiente est très ambivalente. En couple depuis 13 ans, elle a 2 enfants (3 ½ et 18 ½ ans). Elle prévoit commencer son projet de devenir travailleuse autonome comme coiffeuse cette année. Elle demande votre aide pour prendre sa décision.

La patiente songe à interrompre sa grossesse, mais craint de se sentir coupable et de regretter son geste. Elle vit une relation conjugale dévalorisante où son conjoint, à l'aise financièrement, revendique qu'elle fasse son devoir et qu'elle lui donne un autre enfant. La patiente est outrée de cette attitude. Elle refuse d'obéir à ce qu'elle perçoit comme une injonction s'approchant d'un contrat de prostitution « Je paie, tu fais ce que je te dis, tu te tais! » Après avoir mis au monde et éduqué deux enfants, elle remet en question son itinéraire de vie et souhaite renégocier son projet de couple et son projet familial.

Le passage de son emploi actuel de coiffeuse salariée au rôle de propriétaire de salon de coiffure lui procurerait la valorisation et le minimum de sécurité financière dont elle a besoin. Cela lui permettrait également de sortir de la maison et d'être entourée de personnes agréables. Elle craint que l'arrivée d'un nouvel enfant la prive de cette possibilité et l'amène à négliger les deux enfants qu'elle a déjà. Mais est-ce de l'égoïsme? Choisit-elle la facilité? Y aurait-il d'autres façons d'atteindre ses objectifs? Choisit-elle une solution à court terme plutôt que de miser sur le long terme? Le regrettera-t-elle toute sa vie?

La recherche le dit

Cette patiente n'est pas la seule à vivre cette expérience. L'Institut de la Statistique du Québec rapporte 26,494 interruptions volontaires de grossesse en 2009, soit 29,9 pour 100 naissances. Les raisons qu'elle évoque et ses craintes à ce sujet sont représentatives de ce que la littérature rapporte. Kirkman, Rowe, Hardman, Mallett et Rosenthal (2009) regroupent ces raisons en trois groupes : 1) les raisons axées sur la femme elle-même (menace à la santé physique ou mentale, absence du désir d'avoir un autre enfant, refus d'avoir un enfant handicapé, attente de conditions plus favorables), 2) les raisons axées sur autrui (opinion du partenaire ou de l'entourage, contexte de violence ou d'abus sexuel) et 3) les raisons matérielles (ressources limitées pour les finances et l'hébergement).

Selon l'Association américaine de psychologie, les femmes adultes qui ont une grossesse non planifiée n'ont pas un plus grand risque de problème de santé mentale que si elles poursuivaient leur grossesse (Steinberg, 2011). Warren, Harvey et Henderson (2010) rapportent des résultats semblables pour les adolescentes.

Plusieurs facteurs augmentent toutefois les difficultés d'adaptation qui peuvent amener à la culpabilité, l'anxiété, la dépression et les regrets. Ces facteurs incluent la faible estime de soi, un faible sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la situation, l'appartenance à une culture ou à une religion qui défend l'interruption volontaire de grossesse, un faible niveau de soutien social anticipé, une perception de stigmatisation associée à cet événement et un besoin de garder l'événement secret (Upadhyav, Codkrill et Freedman, 2010).

Fergusson, Boden et Horwood (2007) rapportent que l'interruption de grossesse peut être un choix dont les effets sont relativement positifs pour certaines femmes. En comparaison avec les jeunes femmes qui sont devenues enceintes avant l'âge de 21 ans et qui ont poursuivi leur grossesse, les jeunes femmes qui ont eu un avortement ont obtenu des résultats significativement plus élevés quant au niveau d'éducation et celui de revenu, moins de dépendance face à la sécurité financière et un plus faible niveau de violence conjugale.

Le sujet étant chargé émotionnellement et moralement, il faut être prudent dans l'interprétation des données fournies. Convaincus que les données antérieures ne sont pas concluantes, Mota, Burnett et Sareen (2010) rapportent les résultats d'un questionnaire passé à 3310 femmes de 18 ans et plus. Après ajustement pour les données sociodémographiques, l'avortement était associé à une probabilité accrue de troubles mentaux graves : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'utilisation de substances ainsi qu'idéation suicidaire et tentatives de suicide. Rappelons qu'ici comme ailleurs, les études corrélationnelles nous laissent avec un doute quant à la nature des associations : causes ou conséquences

(Robinson, Stotland, Russo, Lang et Occhiogrosso, 2009)? Les antécédents de la patiente seraient déterminants quant à son état ultérieur.

La consultation de la base de données EBSCO (mots-clés : induced abortion counseling) pointe vers une analyse des pratiques efficaces dans le soutien et l'ajustement psychosocial à l'interruption volontaire de grossesse. Neuf pratiques sont recommandées (Upadhyav, Codkrill et Freedman, 2010). Il s'agit de l'exploration de la connaissance de soi, de groupes de soutien par les pairs ou par un professionnel, de l'aide à la prise de décision, de l'encouragement de la participation active de la patiente, de la contribution à la satisfaction de la décision prise, de soutien par Internet, de counseling téléphonique continu et de l'expression artistique publique.

Le counseling lors de l'interruption volontaire de grossesse est aussi l'occasion privilégiée pour aborder la question de la contraception (Ceylan, Ertem, Saka et Akdeniz, 2009).

La confrontation à l'IVG amène souvent un bilan de vie et une mise à l'épreuve de la solidité de la relation de couple actuelle (Canario, Figueiredo et Ricou, 2011). Au-delà de l'expression des valeurs de la patiente et de son entourage, de l'énumération des pour et des contre, de la ventilation émotionnelle, l'intervenant aura à fournir de l'information sur les ressources existantes, à favoriser l'expression efficace de demandes ou d'affirmation face au partenaire, aux amis, aux parents et aux services publics. Confronté à ses propres valeurs, l'intervenant aura à choisir d'accepter ou non d'accompagner les femmes face à cette décision difficile (Millner et Hanks, 2002). Par son attitude verbale ou non verbale, l'intervenant peut favoriser ou étouffer la pensée autonome de sa patiente dans un contexte de vulnérabilité et de pression du temps.

Quel que soit le choix de la patiente, elle aura à vivre avec les conséquences de son choix, à l'intégrer dans la suite de sa vie et à faire le deuil d'une solution alternative.

Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.

Bibliographie

- Canario, C., Figueiredo, B. et Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion : a six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, August 2011, 29, 3, 262-275.
- Ceylan, A., Ertem, M., Saka, G. et Akdeniz, N. (2009). Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use, *BMC Public Health*, 2009, 9, 20-27.
- Fergusson, D. M., Boden, J. M. et Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, 2007, 39, 1, 6-12.
- Kirkman, M., Rowe, H., Hardman, A., Mallett, S. et Rosenthal, D. (2009). *Archives of Women's Mental Health*, Décembre 2009, 12, 6, 365-378.
- Millner, V. S. et Hanks, R. B. (2002). Induced Abortion: An Ethical Conundrum for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, Winter 2002, 80, 1, 57-63.
- Mota, N. P., Burnett, M. et Sareen, J. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2010, 55, 4, 239-247.
- Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A. et Occhiogrosso, M. (2009). Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? *Harvard Review of Psychiatry*, 2009, 17, 4, 268-290.
- Steinberg, J. R. (2011). Later abortions and mental health: psychological experiences of women having later abortions--a critical review of research. *Women's Health Issues: Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women's Health [Womens Health Issues]*, 2011, May-Jun; 21, 3, Suppl, S44-48.
- Upadhyav, U. D., Codkrill, K. et Freedman, L. R. (2010). Informing abortion counseling: an examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Education And Counseling*, 2010, 81, 3, 415-421.
- Warren, J. T., Harvey, S. M. et Henderson, J. T. (2010). Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, 2010, 42, 4, 230-235.