

Vécu de l'interruption thérapeutique de grossesse à domicile à Libreville en 2018: cas de la grossesse arrêtée précoce.

Minkobame U¹, Makoyo O¹, Assoumou P¹, Dope Koumou R², Rakya I³, Ndila F¹, Mayi T. S¹, Meye JF¹

¹Département de Gynécologie Obstétrique- Université des Sciences de la Santé.

²Département de Psychiatrie – Université des Sciences de la Santé.

³Département de Gynécologie Obstétrique- Université de Ngaoundéré

Auteur-Correspondant : Ulysse MINKOBAME, BP 7789 Libreville Gabon. Tel +241077284537.

e-mail : minulpas0703@gmail.com.

Objectif : Analyser le vécu de la femme au cours d'une ITG pratiquée par elle-même à domicile, dans le cadre d'une grossesse arrêtée (GA).

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, descriptive et analytique, réalisée sur la base d'une fiche de recueil de donnée associée un suivi par le psychiatre avec administration 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. 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 associée à des effets indésirables bien tolérés. Le taux d'observance a été de 100%.

A un mois de l'ITG, 11 patientes n'avaient aucun symptôme psychologique. Cependant des symptômes psychologiques et somatiques n'entraînant pas une altération du fonctionnement social, quotidien et professionnel 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 analyze women's experience during a therapeutic abortion performed by herself at home in the context of a miss early miscarriage.

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, descriptive 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 ≤ 14 WG. All data was analyzed on SPSS.18 software.

Results: Our sample was 36 patients. The major feelings experienced during the therapeutic abortion process were respectively: guilt 50% (before and during), sadness 63.9% (during), fear of drugs associated with well-tolerated side effects. The compliance rate was 100%. 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.

Date of Submission: 27-12-2021

Date of Acceptance: 07-01-2022

I. Introduction

Chaque année, près de sept millions d'avortements provoqués mettent fin à des grossesses que la patiente estime avoir planifié ou souhaité. 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]. Aussi, plusieurs études occidentales ont-elles déjà prouvé que l'ITG peut engendrer de véritables troubles psychologiques ou aggraver certains états psychotiques latents [2, 3].

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 [3, 4]. 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 [5] 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.

« Réaliser l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles » est un objectif pour le développement durable (ODD5) [6]. 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. Les spécificités de ce travail étant, d'une part, le choix laissé à la patiente de décider de la méthode à utiliser (méthode chirurgicale ou méthode médicamenteuse) et, d'autre part, l'engagement de cette dernière à pratiquer elle-même l'interruption de la grossesse à son domicile en cas de choix de la méthode médicamenteuse.

Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude analytique longitudinale, prospective qui s'est tenue dans deux maternités des CHU de Libreville et un service de neurologie abritant un psychiatre durant 8 mois en 2015. 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 médicaments 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 étudiés étaient : les données cliniques, le vécu avant l'ITG, le vécu pendant la prise des traitements, le vécu pendant l'évacuation utérine, le vécu à J30 de l'évacuation et 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% ($p < 0,05$).

II. Résultats

Au cours de ces 8 mois d'étude, seules 36 patientes remplissaient les critères d'inclusion pour notre étude ; elles ont constitué notre échantillon

Caractéristiques cliniques

La parité moyenne était de $2,6 \pm 2,3$ paires avec des extrêmes de 0 et 8 paires. Les patientes ayant une parité < 3 était le groupe majoritaire (55,6%) (Tableau 1).

La répartition par tranche d'âge gestationnel fait apparaître que 24 femmes sur 36 (66,7%) avaient une grossesse arrêtées (GA) de 6-8 SA (Tableau II). Sur les 36 cas des GA enregistrées, 25 cas étaient des grossesses embryonnées (69,4%) et 11 cas des œufs clairs (30,6%) avec un $p < 0,001$.

Vécu de l'interruption thérapeutique de grossesse (ITG)

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

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 III).

A l'issue de l'analyse bi-variée, seules les variables indépendantes « parité » et « grossesse désirée » ont présenté une relation d'association significative avec la variable dépendante « sentiment majeur ressenti avant l'ITG ». Ainsi, la survenue d'un sentiment de culpabilité avant l'ITG a été fortement influencée par la parité. Plus la parité était faible et plus ce sentiment était fréquent ($p=0,031$). (Tableau IV). De même, la survenue d'un sentiment de culpabilité avant l'ITG a été fortement influencée par le désir de grossesse. Plus la grossesse était désirée et plus ce sentiment était fréquent ($p=0,036$). (Tableau V)

- **Vécu pendant le traitement et au cours de l'expulsion**

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) (Tableau VI).

Nous avons noté que 31 femmes sur 36 ont évacué spontanément et complètement à l'issue de ce protocole médicamenteux soit un taux de succès de 86,1% (Tableau VII). Cinq patientes ont eu recours à une Aspiration Manuelle Intra Utérine (AMIU) en plus de ce protocole médicamenteux, soit un taux d'échec de 13,9%.

Pour ce qui est des 5 cas d'AMIU, le délai moyen d'expulsion a été de $14,2 \pm 7,5$ jours avec des extrêmes de 12 et 15 jours.

Pour les 31 patientes qui ont expulsé spontanément et complètement, le délai moyen a été de $6,3 \pm 2,3$ jours avec des extrêmes de 2 et 15 jours. La majorité des patientes (32,3%) a expulsé dans un délai rapide de 2 jours.

Pendant et après l'expulsion, les femmes ont déclaré avoir ressenti de multiples sentiments. Le sentiment prédominant (63,8%) a été la tristesse.

- **Vécu somatique de l'ITG**

Les principaux symptômes somatiques ressentis ont été : la douleur physique (97,2% des femmes), les métrorragies (100%), la diarrhée (63,8%) et les frissons (77,8%).

L'ensemble des symptômes somatiques ressentis pendant l'avortement étaient tolérables par la majorité des femmes (Figure I).

- **Soutien familial et qualité de l'accompagnant**

Toutes les femmes (100%) ont déclaré avoir été soutenues pendant cette épreuve. En majorité, l'accompagnant a été le conjoint (n=24, soit 66,8%). Les femmes mariées ont toutes été soutenues par leur époux (100%) et seules 27,2% des concubines n'ont pas été accompagnées par leur concubin (n=6).

- **Vécu à distance (J30)**

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 troubles psychologiques à j30 (Tableau IX). Cependant, les 25 autres ont présenté des sentiments psychologiques variés et souvent associés entres eux. Les sentiments psychologiques les plus fréquents ont été la tristesse associée à la culpabilité (12%) et une tristesse isolée (12%).

Malgré la survenue de ces sentiments psychologiques comme le montre le Tableau IX, nous n'avons pas enregistré d'altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres activités du quotidien (diminution du temps d'activité ou de la productivité, perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, arrêt de son travail en raison de sa maladie actuelle). De même, 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

A la question « assumez-vous votre acte ? », 69,4% des patientes (25/ 36) ont déclaré avoir assumé leur acte et les 30,6% restantes (11/36) ont déclaré ne pas avoir assumé leur acte. La raison uniquement évoquée (100%) a été leur souhait que l'acte soit plutôt pratiqué par un médecin.

Satisfaction

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%).

III. Discussion

Observance du traitement à domicile par les femmes.

Notre étude a révélé un taux de bonne observance (100%). Toutes les patientes avaient pris les comprimés aux dates (J1 et J2) et heures H0, H24, H36) prescrites. Comme le montre également l'étude de Dagoussset et al [7], l'adhésion pour les 120 patientes ayant pris le misoprostol à domicile a été complète. Plus généralement, l'adhésion pour l'interruption de grossesse par les méthodes médicamenteuses est souvent très forte avec des taux voisins de 95% à 100% [7, 8, 9, 10, 11, 12]. Les femmes estiment que cette méthode est plus naturelle et non invasive [13]. De plus le contexte du domicile est un élément rassurant car permettant de préserver leur intimité [13]. Dans l'étude de Iyengar et al [14], la comparaison entre la prise du traitement médicamenteux abortif à domicile et en milieu hospitalier, a montré que le taux de femmes qui optaient pour le suivi du traitement à domicile était supérieur à celui des femmes qui choisissaient de prendre ce traitement en milieu hospitalier avec une différence très significative ($p=0,0002$). Le domicile semble être un endroit de sécurité abortive chez de nombreuses femmes. D'ailleurs, cette tendance à vouloir pratiquer son auto-avortement à domicile est retrouvée dans l'EDSG 2012 du Gabon [15] où 51% des femmes de 15 à 49 ans ont déclaré avoir provoqué leur avortement à domicile et par une méthode médicamenteuse dans 41% des cas.

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 [16] 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 [16], 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%.

Notre analyse bi-variée montre l'influence de la pauci parité sur la survenue du sentiment de culpabilité avant l'ITG ($p=0,031$). Ce constat est compréhensible notamment dans le contexte africain où la fertilité revêt un caractère particulier. Plus grande est la parité et mieux la femme se sent considérée dans son environnement immédiat et particulièrement dans son milieu conjugal. D'où, le fait que les paucipares puissent être plus affectées par l'échec de la grossesse, vécu comme une condamnation.

Vécu pendant le traitement et au cours de l'expulsion

Bien que dans notre étude le taux de bonne observance ait été de 100%, car toutes les patientes avaient pris les comprimés aux heures et dates prescrites, le déroulement de l'avortement a été également source de souffrance psychologique, depuis la prise des médicaments jusqu'à 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 (OR>1). 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 [2, 3, 10, 17]. 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 et elle a été influencée par la notion de désir de la grossesse ($p=0,01$). Ce constat s'explique également par les raisons évoquées plus haut par Gaudet et al. [16].

Par contre, nous sommes surpris de constater que l'issue de l'interruption de grossesse a influencé la survenue de la tristesse pendant l'évacuation utérine et ceci avec un p très significatif ($p=0,017$). Une des explications plausibles serait que la vue du produit de conception par la femme elle-même ait probablement pu engendrer des mécanismes psychologiques favorables à la survenue de la tristesse.

Le fait même de se mettre à cette évidence devenue réelle par la vue du produit de conception. Comme le disent Gaudet et al [16], 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. Cette cohabitation donne à cet instant un caractère surréaliste qui échappe aux capacités de mentalisation du sujet. L'enfant, dans notre cas l'embryon ou le sac gestationnel non embryonné, est identifié comme une partie d'elles-mêmes et les femmes demeurent entre ces deux mondes. Peuvent naître à cet instant des angoisses de mort pour la mère, à l'origine de la tristesse.

A ces perturbations psychologiques se surajoutent des manifestations somatiques telles que la douleur retrouvée chez 35 patientes soit 97,2%, à majorité d'allure intenses dans 44,5% des cas, mais également des saignements très abondants dans 63,9% des patientes pouvant perdurer encore environs une semaine après l'expulsion. Beucher et al [18], retrouvent également que le traitement médical par le misoprostol en cas de grossesse arrêtée est responsable de saignements prolongés et de douleurs intenses. Plus généralement, ce sont des effets indésirables connus du misoprostol. Malgré ces effets fréquents, les patientes les tolèrent très bien et ils ne constituent pas de barrière à l'utilisation de cette méthode médicamenteuse [7, 8, 9, 16, 18, 19].

Les autres effets secondaires, troubles digestifs (des diarrhées, des vomissements, des nausées), troubles de la thermorégulation (fièvre, frissons), céphalées, asthénie et vertiges ont été retrouvés dans notre étude. Cependant ils ont été bien tolérés. Beucher et al [18], dans leur étude retrouvent que les effets secondaires (nausées, vomissements, diarrhées, fièvre, frissons) semblent moins fréquents après l'administration des médicaments, et le plus souvent bien tolérés et transitoires. Les troubles digestifs sont les plus fréquents soit 20-40%.

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 Legendre et al [5], 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 précoce ; 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 [20] 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.

Apport du soutien familial

Toutes les femmes (100%) ont déclaré avoir été soutenues pendant cette épreuve. En majorité, l'accompagnant a été le conjoint (n=24, soit 66,8%). Au décours de ces résultats, notre étude veut démontrer l'impact positif de l'entourage dans le processus de l'interruption thérapeutique de grossesse à domicile.

Comparativement, Gaudet et al [16] révèlent l'importance du soutien social et les difficultés que peuvent vivre les femmes face à l'incompréhension de leur entourage. Il note que dans ce moment difficile, une attitude soutenante et compréhensive de la part de l'entourage social, mais également du personnel médical, apparaissent essentiels. Pour Kopp Kallner et al [21], l'administration du misoprostol est mieux acceptée lorsque la femme est soutenue par son conjoint à domicile.

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 [16] 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 qu'elles 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 [7], qui était de 98,5% ainsi que de celui de Clak et al.[22] qui ont retrouvé 98% de satisfaction. Cependant, ce taux de 86,1% est identique à celui de Bracken et al [23] qui était de 88,8% en Inde. Notre taux est supérieur à celui de Besse et al [24] 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.

IV. 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.

Contribution aux auteurs

MU a assuré la rédaction de l'article et F a assuré le recueil des données, MO, AP, DKR et RI ont contribué à la relecture, MTS et MJF ont corrigé l'article.

Références

- [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 Nov; 55(11): 741. doi: 10.3390/medicina55110741
- [2]. **Jenneke van Ditzhuijzen, Margreet ten Have, Ron de Graaf et al.** Incidence and recurrence of common mental disorders after abortion: Results from a prospective cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. Volume 84, January 2017: 200-06
- [3]. **Kersting.** Grief after termination of pregnancy due to fetal malformation. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004;25(2):163-9.
- [4]. **Rosenfeld A.** Emotional responses to a therapeutic abortion. *Am Fam Physician* 1992;46(3):665-6.
- [5]. **Rousseau P, Fierens RM.** Evolution du deuil des mères et des familles après mort périnatale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23:166-74.
- [6]. **Delabaere A., Huchon C., Lavoue V. et al.** Standardisation de la terminologie des pertes de grossesses : consensus des experts du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* (2014) 43, 756-63.
- [7]. **PNUD.** Objectifs pour le Développement Durable. (en ligne) disponible sur <https://www1.undp.org/content/undp/fr/home/sustainable-development-goals/background/Consulté le 10/07/2020>
- [8]. **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*. Jan 2004 ; 32 (1) :28-33.
- [9]. **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.
- [10]. **Kulier R, Gulmezoglu AM, Hofmeyr GJ et al.** Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.
- [11]. **Chien P, Thomson M.** Méthodes médicamenteuses ou chirurgicales d'interruption de grossesse au cours du premier trimestre commentaire de la BSG (dernière révision 15 décembre 2006). Bibliothèque de santé génétique de l'OMS; Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

- [15]. Neilson JP, Hickey M, Vazquez J. Medical treatment for early fetal death (Less than 24 weeks). *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 3:CD002253.
- [16]. Hassoun D, Perin I. Ambulatory medical abortion performed in a family planning center. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2006; 35: 480-483.
- [17]. Elul B, Pearlman E, Sorhaindo A et al. In-depth interviews with medical abortion clients: thoughts on the method and home administration of misoprostol. *J Am Med Womens Assoc.* 2000; 55(3 Suppl):169-72.
- [18]. Iyengar K, Klingberg-Allvin M, Iyengar SD et al. Home use of misoprostol for early medical abortion in a low resource setting: secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2015 Nov 13; 45: 420-425.
- [19]. Direction Générale de la Statistique (DGS). Enquête Démographique et de Santé de 2012. Ministère de l'Economie, Libreville, Gabon. 2012. www.stat-gabon.ga.
- [20]. 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.
- [21]. Séjourné N, Callahan S, Chabrol P. L'impact psychologique de la fausse couche : revue de travaux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2008;37:435-78.
- [22]. Beucher G, Dolley P, Carles G et al. Misoprostol : utilisation hors AMM au premier trimestre de la grossesse (fausses couches spontanées, interruptions médicales et volontaires de grossesse). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014 ; 43 :123-45
- [23]. 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.
- [24]. 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.
- [25]. Kopp Kallner H, Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Assessment of significant factors affecting acceptability of home administration of misoprostol for medical abortion. *Contraception.* 2012 Apr; 85(4):394-7.
- [26]. Clark WH, Hassoun D, Gemzell-Danielsson K et 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.
- [27]. Bracken H. Home administration of misoprostol for early medical abortion in India. *Int J Gynecol Obstet* 2010, 108 (3): 228-32.
- [28]. 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.

Tableau I : Répartition des patientes selon la parité.

Parité	Effectif	%
Nullipare	6	16,7
Primipare	8	22,2
Paucipare	6	16,7
Multipare	16	44,4
Total	36	100,0

Tableau II: Répartition des patientes selon le terme gestationnel.

Terme (SA)	Effectif	%
6 - 8	24	66,7
9 - 11	10	27,8
≥ 12	2	5,5
Total	36	100,0

p= 0,05

Tableau III : Répartition des patientes selon le sentiment majeur ressenti avant l'ITG.

Sentiment majeur ressenti	Effectif	%
Culpabilité	18	50,0
Tristesse	12	33,3
Peur des médicaments	4	11,2
Indifférence	2	5,5
Autres	0	0
Total	36	100,0

Tableau IV: Relation entre la parité et le sentiment majeur ressenti avant l'ITG.

Sentiment majeur	Parité							Total
	0	1	2	3	5	7	8	
Culpabilité	3	6	4	3	1	1	0	18
Indifférence	0	0	0	0	0	1	1	2
Peur des médicaments	1	1	1	0	0	0	1	4
Tristesse	2	1	1	5	3	0	0	12
Total	6	8	6	8	4	2	2	36

chi-2 de Pearson= 30,708 ; ddl=18 ; p=0,031.

Tableau V: Relation entre la notion de grossesse désirée et le sentiment majeur ressenti avant l'ITG.

	Grossesse désirée	Grossesse non désirée	Total
	Culpabilité	14	
Indifférence	0	2	2
Peur des médicaments	1	3	4
Tristesse	5	7	12
Total	20	16	36

chi-2 de Pearson=8,550 ; ddl=3; p=0,036.

Tableau VI : Répartition selon les sentiments psychologiques majeurs ressentis pendant le traitement.

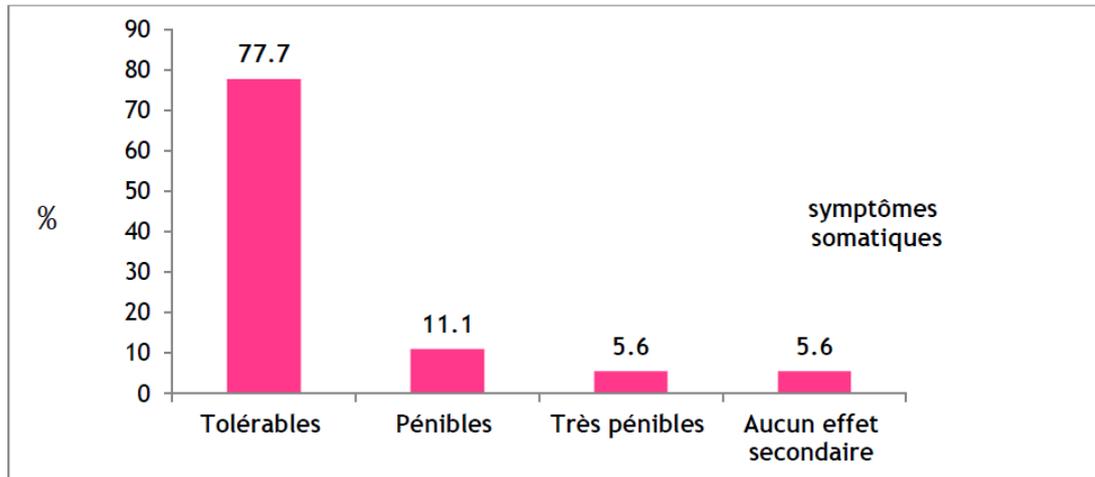
Sentiments ressentis/traitement	Effectif
Culpabilité + Peur du médicament	18
Soulagement	16
Tristesse + Désespoir	7
Indifférence	1

Tableau VII: 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

Tableau VIII : Répartition selon les sentiments psychologiques ressentis lors de l'évacuation utérine.

Sentiment lors de l'évacuation utérine	Effectif	%
Tristesse	23	63,9
Soulagement	7	19,5
Indifférence	6	16,6
TOTAL	36	100,0



p < 0,001

Figure 1: Répartition selon la tolérance globale des symptômes somatiques.

Tableau IX : 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

Tableau X : 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