



## Travail original

# La dimension psychologique dans la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse

S. Dupont

*Intersecteur de Psychiatrie Infanto-Juvenile, Centre Hospitalier d'Erstein, 13, route de Krafft, BP 63, 67152 Erstein Cedex.*

### RÉSUMÉ

**Objectif.** Identifier et décrire les principaux processus psychologiques mis en œuvre chez les femmes ayant recours à l'interruption volontaire de grossesse (IVG), et plus particulièrement ceux qui peuvent avoir une incidence dans la relation médecin-patiente.

**Population et méthode.** Entretiens psychologiques et participation, en tant qu'assistant psychologue, aux consultations de demande d'IVG, auprès de l'échantillon « tout venant » des 507 femmes, mineures et majeures, ayant sollicité une IVG au Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical de Schiltigheim, entre novembre 2002 et juin 2003.

**Résultats et discussion.** L'étude met en évidence une tendance récurrente des femmes à arborer une attitude psychologique défensive vis-à-vis de la situation d'IVG, et à occulter leur éprouvé affectif ainsi que les processus spontanés de maturation maternelle liés au vécu de grossesse. Cet écueil à l'élaboration psychique semble s'associer, selon les cas, à une forme particulière de deuil pathologique de la grossesse, à un facteur de recours à l'agir (plus prégnant chez les adolescentes), ou à des difficultés ultérieures à soutenir d'autres maternités.

**Conclusion.** Au regard des incidences psychologiques rencontrées chez un grand nombre des femmes ayant recours à l'IVG, et du rôle que peuvent avoir médecins et soignants dans leur repérage et leur prévention, cette étude propose des directions de travail permettant de tenir compte de la dimension psychologique dans leur prise en charge.

**Mots-clés :** *Interruption volontaire de grossesse • Psychologie • Adolescence.*

### SUMMARY: The psychological dimension in the care of women undertaking voluntary pregnancy termination.

**Objectives.** To identify and describe the main psychological tendencies which emerge in women undertaking a Voluntary Pregnancy Termination (VPT) and, more specifically, those tendencies which can have an effect upon the patient-physician relationship.

**Population and methods.** Psychological sessions with patients and participation, as an assistant psychologist, in the medical consultations of a random cross-section of 507 women, minors included, seeking a VPT at the Schiltigheim Medical Surgery and Obstetrics Centre between November 2002 and June 2003.

**Results and discussion.** The study revealed a recurrent tendency in women to become psychologically defensive in reaction to VPT and to repress their emotions as well as the natural development of maternal tendencies that accompany the experience of pregnancy. This obstacle to psychological engagement seems to be associated, according to the case in hand, to a particular form of pathological mourning of the pregnancy, to a factor of recourse to action (especially amongst adolescents) or to later difficulties in dealing with further pregnancies.

**Conclusion.** Taking into consideration the psychological effects observed amongst a large number of women undertaking VPT and the role which doctors and care teams can have in the identification and prevention of these effects, this study proposes various work guidelines enabling these patients to be attended to in a way that is respectful of the psychological aspects of their experience.

**Key words:** *Voluntary pregnancy termination • Psychology • Adolescence.*

Ce travail, adressé aux médecins et aux équipes qui exercent dans le domaine de l'interruption volontaire de grossesse (IVG), propose une étude ainsi qu'une réflexion sur la dimension psychologique de leur prise en charge. Cette étude est basée sur une expérience de psychologue clinicien au sein du Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical de Schiltigheim, où est pratiquée l'IVG. Avant la refonte de la loi sur

l'IVG en juillet 2001 [1, 2], le protocole d'IVG comprenait un entretien obligatoire qui pouvait être mené aussi bien par un psychologue que par un travailleur social [3]. Avec la refonte, cet entretien est devenu facultatif pour les femmes majeures – à qui il est cependant systématiquement proposé – mais est resté obligatoire pour les mineures, ainsi que pour celles qui déposent leur demande d'IVG à un terme ultérieur

Tirés à part : S. Dupont, à l'adresse ci-dessus.

Reçu le 22 juillet 2003. Avis du Comité de Lecture le 26 septembre 2003. Définitivement accepté le 12 décembre 2003.

au délai légal [4]. C'est sur l'expérience de ces entretiens, mais aussi de l'assistance aux médecins lors des consultations de demande d'IVG, qu'est basée cette étude.

Le vécu de l'IVG a déjà été l'objet d'études en psychologie [5-8], dont certaines seront évoquées au cours de ce travail. Mais l'objectif plus particulier de cette recherche est d'identifier et de décrire ceux des processus psychologiques mis en œuvre chez les femmes ayant recours à l'IVG qui peuvent avoir une incidence dans la relation médecin-patiente. La finalité pratique de ce travail est de proposer aux médecins et aux soignants des éléments, théoriques et techniques, leur permettant de tenir compte de cette dimension dans leur prise en charge, en y intégrant une visée de prévention psychologique.

## ■ POPULATION ET MÉTHODE

L'étude porte sur l'échantillon « tout venant » des femmes ayant sollicité une IVG au Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical de Schiltigheim (commune urbaine de Strasbourg), entre novembre 2002 et juin 2003. Cet échantillon recouvre un ensemble de 507 patientes, dont les âges sont répartis entre les deux pôles de 12 et 46 ans. Une proportion de 3,9 % de cet échantillon, soit 20 patientes, étaient mineures au jour de l'interruption. La moyenne d'âge des patientes mineures était de 16 ans et 5 mois, et celle des majeures de 28 ans et 2 mois. Toutes étaient de nationalité française.

Pour les patientes majeures, j'ai participé, en tant qu'assistant psychologue, aux consultations médicales de demande d'IVG, et ai mené, pour celles qui le souhaitent, des entretiens psychologiques individuels. Pour les mineures et pour les demandes déposées au-delà du délai légal, j'ai mené les entretiens prévus par la loi française sur l'IVG [4].

## ■ RÉSULTATS ET DISCUSSION

### L'expérience de l'IVG et les défenses psychologiques des femmes

Les difficultés principales auxquelles peut être confronté le médecin dans la prise en charge des demandes d'IVG paraissent, le plus souvent, provenir de l'ensemble des défenses psychologiques que chaque patiente peut mettre en place en réaction à cette situation particulière. Il est un fait de l'expérience clinique que l'état de grossesse impose en lui-même à

toute femme une mobilisation affective et psychologique, que le projet d'IVG n'annule pas. On observe ainsi que les patientes en demande d'IVG ont souvent déjà mobilisé les mécanismes psychologiques communs relatifs à la maternité, ceux observés et décrits dans la littérature chez les femmes qui mènent à terme leur grossesse [9-12]. Chez chacune s'instaure, dès l'annonce de la grossesse, et parfois même dès le projet d'enfant, une réorganisation psychique qui la prépare à cet état particulier de disponibilité psychique intense qu'est celui de la femme enceinte qui accueille un nouveau-né [13, 14]. Cette réorganisation consiste essentiellement en un rassemblement des intérêts psychiques de la femme dans la construction et l'investissement d'un enfant psychique, d'un « enfant imaginaire » comme on le désigne si souvent de nos jours. Cet enfant imaginaire, plus que d'être imaginé, fantasmé, constitue surtout un espace psychique dans la personnalité de la mère pour l'accueil psychologique de l'enfant à naître.

Les femmes en demande d'IVG, chez qui se mettent en place ces mécanismes spontanés de la maternité, mobilisent le plus souvent d'autres mécanismes qui viennent s'opposer à cette maturation maternelle. Par ces mécanismes, certaines d'entre elles se défendent de leur propre éprouvé relatif à la grossesse, dont elles ne veulent plus rien savoir dès que le projet d'IVG est pensé. Dans un premier temps, cette défense consiste à occulter cet éprouvé affectif, ainsi que les représentations relatives à la grossesse comme promesse d'un enfant à venir. Cette occultation s'exprime à des degrés variables selon les patientes, allant du simple évitement de ces pensées au déni pathologique de la grossesse. Chez d'autres, cette défense psychologique se manifeste par une inhibition de la pensée ou des affects ; elles ne pensent ni ne ressentent plus rien.

Ce sont ces mécanismes qui semblent être responsables de l'attitude défensive de certaines patientes face au médecin lors de la consultation de demande d'IVG. La disposition psychologique de ces femmes s'exprime très concrètement durant la consultation par le fait qu'elles ne se représentent pas, ou très peu, le jour du geste lui-même, et ne l'appréhendent que de façon très abstraite. Une part d'entre elles s'aventure ainsi très difficilement à parler ; lorsqu'il est question du motif de l'IVG, elles peuvent avancer une raison concrète et arrêtée qui met fin au dialogue. D'autres arborent une attitude d'indifférence ; elles semblent n'être affectées ni par leur grossesse, ni par la perspective de l'IVG, et solliciter auprès du médecin un service médical comme un autre. D'autres atti-

tudes encore, qui peuvent toutes déconcerter le médecin lors des entretiens, répondent à une même dynamique de défense psychologique de la patiente qui est, parfois sans le savoir elle-même, débordée affectivement par sa situation. Ainsi, certaines se montrent choquées lorsque le médecin leur présente le délai légal d'une semaine qui doit s'écouler entre cette première consultation et le geste. Quelques-unes voudraient que l'IVG se fasse le plus vite possible, parfois le jour même de la consultation ; d'autres encore demandent avec insistance une anesthésie générale, etc. Ces attitudes d'autodéfense contre l'angoisse ont ceci de particulier qu'elles peuvent induire chez le médecin un comportement qui confortera celui de la patiente. Ainsi le médecin, confronté à une telle fermeture ou indifférence apparente, peut cesser intuitivement de questionner la femme sur son vécu et se limiter au protocole technique de l'entretien. Et c'est là toute la difficulté de la prise en charge de la dimension psychologique dans la clinique de l'IVG, la souffrance parfois associée à cette expérience ne s'exprimant pas toujours extérieurement par des plaintes, des pleurs, etc., mais restant le plus souvent latente et muette.

Beaucoup de ces patientes semblent avoir mis en place, parfois dès l'annonce de la grossesse non désirée, ce procédé psychologique défensif, qui tend à occulter leur éprouvé affectif vis-à-vis de la grossesse. Lorsque l'on rencontre ces femmes quelques mois ou quelques années après une IVG, on s'aperçoit parfois que cette part occultée de leur vécu est restée enkystée dans leur personnalité. Il se révèle alors qu'une dimension du deuil de la grossesse qui, en même temps qu'elle était refusée, était investie affectivement, n'a pu être élaborée [5, 15]. Le travail de deuil des femmes qui ont recours à l'IVG a en effet ceci de particulier qu'il concerne un objet – l'enfant imaginaire – qui n'a pas été connu ni perdu au dehors, mais qui a seulement été « construit », « créé » au-dedans. Pour certaines femmes, le fœtus qui est extrait de leur corps peut ne pas suffire à incarner cet enfant psychique, ce qui conduirait à la formation de ce que Danielle Bastien appelle un « noyau d'impossibilité du deuil » [5]. Ces femmes ne peuvent élaborer pleinement le deuil d'un objet en attente de s'incarner qui, en définitive, n'a jamais existé au dehors et n'a ainsi, au sens psychologique, jamais été perdu.

Ce noyau inaccessible au deuil s'exprime alors chez certaines d'entre elles dans des difficultés psychiques, et parfois psychosomatiques, à concevoir une nouvelle grossesse. Un grand nombre de celles

qui demandent des IVG à répétition parlent ainsi de leur première IVG comme d'un événement vécu hors d'elles-mêmes, non mentalisé. Tout se passe comme si cette enclave psychique relative à la première IVG constituait une sorte de trou noir pathogène auquel vont être attirées, dans une pathologie répétition, les autres expériences de maternité. D'autres femmes, qui connaîtront d'autres grossesses abouties, pourront présenter des difficultés relationnelles et affectives avec leurs enfants. Il arrive ainsi très régulièrement, dans les consultations de pédopsychiatrie, que des mères accompagnant leur enfant en difficulté parlent, parfois dès les premiers entretiens, d'une IVG vécue avant sa naissance.

### L'écoute du médecin

Aussi il semble important, dans la prise en charge des demandes d'IVG, de soutenir les patientes à laisser émerger et s'exprimer cette part de leur ressenti, alors même que la décision d'interrompre la grossesse est arrêtée. Cette écoute du médecin qui reçoit la demande d'IVG a d'autant plus sa place depuis que la consultation avec un psychologue a cessé d'être obligatoire pour la femme majeure [1, 2, 4]. En dehors de cette écoute du médecin, la procédure entière d'IVG pourrait se dérouler, pour certaines patientes, sans qu'aucun espace ne leur soit ouvert à l'expression de ce qu'elles vivent et ressentent.

La consultation de demande d'IVG semble être le moment privilégié à l'ouverture de cet espace d'expression pour la patiente, alors même qu'elle se prépare psychologiquement au geste. Le jour de l'IVG, les femmes sont le plus souvent bien moins accessibles quant à leur ressenti. Après l'IVG, elles continueront à l'inscrire dans leur vécu, mais pendant l'acte, tout se passe comme si ce travail psychologique était laissé en suspens. Et dans les semaines qui suivent l'IVG, on observe souvent une période spontanée de fermeture psychique. Aussi la consultation de demande d'IVG apparaît bien comme le lieu le plus propice à évoquer son sens psychique et humain.

Cet espace d'écoute se trouve néanmoins très circonscrit durant la consultation médicale, pour des raisons qui relèvent d'abord du peu de temps dont bénéficie le médecin pour chaque consultation, du nombre déjà important d'informations qu'il a à recueillir auprès de la patiente, et des différentes démarches qu'il a à y entreprendre. La fonction du médecin ne peut pas non plus se confondre avec celle d'un psychologue, d'une assistante sociale ou d'un conseiller familial. Néanmoins, le médecin peut, dans l'espace

de temps dont il dispose, et en restant dans le cadre de sa fonction, permettre à la patiente d'élaborer et d'énoncer quelques paroles plus profondes sur son vécu et sa situation. Pour cela, le médecin peut lui proposer quelques questions qui, sans être inquisitrices ni empiéter sur son intimité, lui permettront parfois de vivre sa démarche plus auprès d'elle-même et de ses sentiments.

Ce dialogue peut s'orienter autour d'une ou de quelques questions qui peuvent demeurer très larges et ouvertes, à la façon de celles proposées ici en exemple : *Avez-vous tout de suite pensé à l'IVG ou avez-vous d'abord hésité ? Avoir un enfant est-elle une idée à laquelle vous pensiez parfois ? Quelle relation entretenez-vous avec le géniteur de la grossesse ? Est-ce une relation stable ? En avez-vous parlé avec lui ? Comment a-t-il réagi ? Avez-vous pu avoir des conversations posées avec lui sur cette décision ? À quelles personnes avez-vous parlé de votre situation ? Que vous ont-elles dit ? Connaissez-vous des personnes qui ont vécu la même expérience et qui vous en ont parlé ? Serez-vous accompagnée le jour de l'hospitalisation ? Par qui ? Comment appréhendez-vous le jour de l'hospitalisation ? Avez-vous des questions sur le déroulement de cette journée ? Avez-vous le projet, à plus long terme, d'entamer d'autres grossesses ?*

Parfois, une seule question, laissée ouverte, permet à la femme d'exprimer davantage son ressenti, ses appréhensions, ses souhaits contradictoires, ses difficultés relationnelles, etc., et de mieux les percevoir elle-même. Le médecin peut alors, pendant un temps de l'entretien, et selon les dispositions de la patiente, la soutenir à se situer dans cette expérience et à l'apprivoiser. Cette ouverture sait alors parfois apporter une dimension supplémentaire de confiance à la relation médecin-patient elle-même. C'est aussi cette écoute qui permet au médecin de déceler les patientes en particulière souffrance et de leur proposer un entretien avec un psychologue, instaurant ainsi un réel travail de collaboration avec lui.

Parfois, cette ouverture permet que l'IVG, qui n'est certainement facile pour aucune femme, ne soit pas une expérience seulement occultée et douloureuse dans l'histoire d'une femme ou d'un couple, mais qu'elle y prenne place et sens. L'IVG peut ainsi parfois, au sein d'un couple, initier une dynamique nouvelle. Certains couples se rapprochent dans le temps d'une IVG, alors que d'autres se détruisent. Pour quelques-uns d'entre eux, chez qui le projet d'enfant semblait inexistant et qui accueillent la grossesse comme un « accident », cette expérience, d'avoir évo-

qué la possibilité d'avoir un enfant, constituera le germe d'un désir d'enfant qui émergera plus tard.

### L'IVG à l'adolescence et le recours à l'agir

Les observations présentées ci-dessus peuvent orienter la prise en charge de toutes les femmes en demande d'IVG dans leur singularité. Il apparaît cependant des spécificités propres aux jeunes femmes mineures en demande d'IVG. Les mécanismes mis en place par un grand nombre d'entre elles semblent répondre d'une dynamique psychologique différente de celle des patientes plus âgées et s'inscrire bien plus dans des dispositions propres à l'adolescence.

Chez certaines de ces jeunes femmes, le fait de se trouver enceinte, ou la demande d'IVG, peuvent prendre la valeur d'un recours à l'agir qui est un procédé typiquement adolescent et souvent rencontré dans leur prise en charge psychologique [16, 17]. Dans la dynamique adolescente, ces actes, qui peuvent être aussi bien un vol, qu'une chute des résultats scolaires, qu'une insulte à un professeur, que le fait de laisser un paquet de cigarettes en évidence, etc., remplacent les mots, mais conservent, souvent à l'insu de l'adolescent, une valeur d'adresse à l'adulte. Ces actes sont des sortes de messages adressés à l'autre, soit à une personne en particulier, soit à la figure de l'autre de façon plus générale, mais toujours à l'autre adulte.

Ces actes sont des sortes de questions posées à l'adulte et l'interpellent à une certaine position. Tout est dit dans l'acte, d'où le mutisme des jeunes femmes lors des consultations. L'adolescent a, en quelque sorte, tout dit dans son acte, et c'est maintenant à l'adulte de parler. Ces actes sont une manière pour l'adolescent de repérer sa place, ses droits et ce qui lui est interdit dans les règles sociales. Ils attendent donc toujours un retour de l'adulte. Ils appellent l'adulte à se positionner d'une certaine façon, par exemple à être en colère, à refuser, à accepter, à questionner, etc., et surtout à nommer l'acte dans le champ social [16].

Aussi le médecin qui reçoit la demande d'IVG peut de cette façon se retrouver dépositaire d'un tel message qui, au travers de sa personne, est inconsciemment adressé à l'adulte, et exprime un intime questionnement. La grossesse peut particulièrement prendre cette valeur d'acte interrogatif de l'adolescente car elle rejoint le questionnement adolescent sur la sexualité, le corps, la différence des générations, etc. L'interrogation la plus souvent évoquée par les adolescentes lors des entretiens, de façon plus ou

moins explicite, est celle de la possibilité d'être mère, tant au niveau social qu'aux niveaux identitaire et corporel. Lorsqu'elles vivent leur première grossesse, elles disent de façon récurrente comment cette expérience leur a assuré que leur corps était fertile, qu'il « fonctionnait ». Cette problématique est souvent associée à celle de l'identification à une figure maternelle, qui est une des conditions psychologiques de l'accès à la maternité [9, 10, 12]. Ainsi certaines adolescentes évoquent parfois une situation réelle de maternité connue dans leur environnement – la grossesse d'une femme de leur famille, d'une amie, etc. – qui aurait exacerbé ce questionnement latent sur leur propre capacité à être mère.

Ces aspects spécifiques de la demande d'IVG par les adolescentes semblent devoir être considérés dans leur prise en charge. Certaines jeunes femmes se montrent à la fois soulagées et perplexes de s'apercevoir que l'IVG peut être faite sans le consentement parental, gratuitement et de façon anonyme. Aussi, il apparaît que cet ajustement récent de la loi [1, 2, 4], qui constitue certainement une avancée sociale, ne devrait cependant pas annuler une réponse institutionnelle structurante pour l'adolescente, qui attend de l'adulte qu'il nomme et l'aide à donner sens à son acte. Si les lois ont décidé qu'il pouvait ne plus y avoir de trace sociale de l'IVG pour l'adolescente, il ne faudrait pas pour autant ne plus la soutenir à s'en construire et à en conserver une trace psychique.

Ainsi, le médecin peut, tout en continuant à ne pas imposer le consentement parental et à ne pas juger l'adolescente, reconnaître cette dimension d'appel à l'adulte de l'acte, le nommer et la soutenir à s'inscrire elle-même dans ce questionnement. À cette fin, il peut, durant sa consultation, lui proposer quelques questions plus spécifiques ajoutées à celles mises en exemple plus haut : *En avez-vous parlé avec vos parents ? Comment pensez-vous qu'ils réagiraient ? Que pensez-vous qu'ils ne supporteraient pas d'entendre ? Pour quel parent pensez-vous que ce serait le plus difficile ? Avez-vous pensé à la possibilité de n'en parler qu'à votre mère ? Si vous décidez de ne pas en parler maintenant à vos parents, pensez-vous le faire plus tard, après l'IVG ?*

De la même façon que pour les femmes plus âgées qui ont recours à l'IVG, on observe chez certaines adolescentes des mouvements psychologiques de changement à l'occasion de cette expérience, lorsqu'elle a pu être partagée et pensée. Ainsi, pour certaines mineures, parfois en rupture de communication avec leurs parents, l'expérience de l'IVG, lorsqu'elle est abordée entre la jeune femme et ses

parents, noue une nouvelle forme de dialogue et de rapports familiaux. Pour d'autres, cette expérience leur permet de reconnaître et d'élaborer un vaste questionnement sur leur propre sexualité, leur rapport aux hommes, etc., qui était déjà en elles, mais qui, jusque-là, n'avait pu s'exprimer en pensées et en paroles.

La dimension de recours à l'agir présentée ici à propos des adolescentes se retrouve également parfois chez certaines femmes plus âgées qui passent par l'acte (l'oubli de pilule, le déclenchement d'une grossesse, la demande d'IVG, etc.) pour faire appel à l'autre (au conjoint, à la famille, à l'entourage, au corps médical, etc.) [7]. Ainsi certaines patientes, souvent celles qui déposent leur demande à la limite du délai légal, semblent mettre le destin de leur grossesse entre les mains du médecin, et paraissent demander : *Que va-t-il me dire ? Me laissera-t-il faire l'IVG ? Va-t-il me questionner sur mes motivations ?* etc. L'attitude du médecin, confronté à ces si lourdes demandes, peut être de les reconnaître dans leur dimension d'appel et de formuler cette reconnaissance à la patiente afin qu'elle puisse se réapproprier son vécu et sa décision.

Il paraît nécessaire d'insister sur le rôle déterminant que peut avoir le médecin, sur le plan psychologique, dans cette réponse institutionnelle à l'appel de ces femmes, vis-à-vis duquel il semble avoir une place singulière, que ne peuvent occuper ni le psychologue, ni le travailleur social. En effet, seul le médecin peut énoncer une parole concernant le corps de la patiente, par exemple sur l'enjeu de l'IVG, sur la nécessité de la contraception, sur ce que représente une grossesse à tel terme, etc.

Plusieurs des médecins qui ont collaboré à cette étude ont dit s'être souvent sentis tiraillés entre plusieurs attitudes face aux patientes qui interpellaient le plus leur éthique médicale (celles qui répètent les IVG, celles qui arborent une particulière indifférence, celles qui repoussent leur décision jusqu'à la limite du terme, celles qui disent ne pas avoir utilisé de contraception et ne pas en souhaiter, etc.). Ces médecins étaient partagés entre deux attitudes : celle qui consiste à être le plus accueillant et enveloppant possible pour soutenir la femme dans cette situation éprouvante, et celle qui consiste à formuler clairement à la patiente le cadre et l'enjeu éthiques dans lesquels s'inscrit sa démarche. Cette reformulation à la femme de la valeur éthique de l'IVG, au contraire d'être psychologiquement déstructurante ou fragilisante, est souvent, pour les femmes chez qui se retrouve cette dimension d'appel et de recours à l'agir, tout aussi

utile à l'élaboration psychique que l'espace d'écoute décrit plus haut. Sur ce point, il est possible de regretter la disparition de l'entretien psychologique obligatoire pour toute femme lors de la refonte de la loi de juillet 2001, qui permettait de décharger partiellement les médecins de ce nécessaire espace d'écoute et de neutralité, leur permettant d'occuper plus librement leur rôle de représentants de l'éthique médicale.

## ■ CONCLUSION

L'étude met en évidence une tendance récurrente des femmes à arborer une attitude psychologique défensive vis-à-vis de la situation d'IVG, et à occulter leur éprouvé affectif ainsi que les processus spontanés de maturation maternelle liés au vécu de grossesse. Cet écueil à l'élaboration psychique semble s'associer, selon les cas, à une forme particulière de deuil pathologique de la grossesse, à un facteur de recours à l'agir (plus prégnant chez les adolescentes), ou à des difficultés ultérieures à soutenir d'autres maternités.

Les différentes dynamiques de changement observées chez les femmes ayant recours à l'IVG semblent illustrer le rôle que peuvent avoir le médecin et l'équipe soignante qui les prennent en charge, par leur écoute, dans le vécu psychologique de chaque patiente. Il apparaît ainsi que la prise en charge des IVG peut comprendre un aspect de prévention psychologique, tant pour les femmes majeures que mineures. Les entretiens psychologiques qui sont encore obligatoires pour les mineures et pour les demandes d'IVG ultérieures au délai légal peuvent prendre part à ce travail de prévention, mais c'est aussi et surtout l'équipe soignante elle-même qui,

dans sa manière d'accueillir et d'écouter les patientes en demande d'IVG, permettra que cette expérience s'inscrive dans l'histoire de la femme, de son couple et de son entourage.

## ■ RÉFÉRENCES

1. Paccoud G, Venditelli F, Pons JC. Modifications de la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse : lecture et interrogations d'acteurs de terrain. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2002 ; 31 : 152-61.
2. Pierre F, Carbonne B. Quelques éclaircissements pratiques dans le cadre de l'application de la loi relative à l'interruption volontaire de grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2001 ; 30 : 727-31.
3. Code de la santé publique. Code de l'action sociale et des familles. 5<sup>e</sup> édition. Paris : Éditions Dalloz, 2001.
4. Code de la santé publique. Code de l'action sociale et des familles. 6<sup>e</sup> édition, Paris : Éditions Dalloz, 2002.
5. Bastien D. « J'ai tué mon enfant », ou l'avortement et l'impossible du deuil des mères. In : Weill D. (dir.) *Mélancolie : entre souffrance et culture*. Strasbourg : Presses Universitaires de Strasbourg, 2000.
6. Charvet F. (dir.) *Désir d'enfant, refus d'enfant*. Paris : Stock Pernoud, 1980.
7. Maruani G. Les motivations conscientes et inconscientes dans l'IVG. In : Soulé M. (dir.) *Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, Paris : ESF, 1980.
8. Chatel MM. *Malaise dans la procréation*. 2<sup>e</sup> édition. Paris : Albin Michel, 1998.
9. Bydlowski M. *La dette de vie*. Paris : PUF, 2000.
10. Bydlowski M. *Je rêve un enfant*. Paris : Odile Jacob, 2000.
11. Bleichmar S. *La fondation de l'inconscient et la clinique de l'enfant*. Paris : PUF, 2000.
12. Brun D. *La maternité et le féminin*. Paris : Denoël, 1990.
13. Winnicott DW. La préoccupation maternelle primaire. In : *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris : Payot, 1969 :285-291.
14. Winnicott DW. *Jeu et réalité*. Paris : Gallimard, 1975.
15. Benhaïm M. *La folie des mères*. Paris : Imago, 1992.
16. Lesourd S. *Adolescences..., rencontre du féminin*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2002.
17. Hoffmann C. (dir.) *L'agir adolescent*. Toulouse : Erès, 2000.