

## Avortement et traumatisme : la recherche en panne

Article rédigé par Sabine Faivre\*, le 05 février 2010

La recherche en France sur le syndrome post-IVG est particulièrement en retard. La psychologie du traumatisme ne reconnaît pas aujourd'hui le trouble de stress post-traumatique (TSPT) lié à l'avortement. L'avortement ne figure pas dans la liste des événements susceptibles d'engendrer un TSPT.

Du point de vue du dépistage, il est souvent difficile de faire la distinction entre le trouble de stress post-traumatique et d'autres troubles puisque le TSPT partage bien des symptômes avec d'autres troubles mentaux. Par ailleurs, l'incidence élevée de co-morbidité (la présence d'autres troubles) complique aussi le diagnostic, du fait que le patient pourrait se présenter en se plaignant de symptômes de dépression ou d'angoisse.

La recherche s'est peu penchée sur les risques d'état de stress aigu (première phase de constitution du syndrome post-traumatique) et de trouble de stress post-traumatique aigu (dans les trois mois suivant l'événement) survenant au décours d'une IVG. Rares sont les études épidémiologiques voire clinique menées. Les travaux sur le TSPT porte essentiellement sur le post-partum, sur les conditions de la césarienne en urgence et l'IMG : ces études donnent une idée assez précise de l'existence d'un risque majeur de trouble post-traumatique lié à l'IMG, ce qui permet d'envisager l'application à l'IVG des mêmes protocoles de recherche.

Ces études s'intéressent globalement à la symptomatologie dépressive et psycho-traumatique, ainsi qu'à la clinique du deuil (S. Nezelof (2006) [1]. Selon S. Nezelof, 55% des patientes développent un épisode dépressif majeur dans les 18 mois qui suivent l'IMG, contre 25% dans le groupe témoin.

Davies (2005) [2] évalue le risque de TSPT au décours d'une IMG à 67%, 50 % et 41 % sur un échantillon de 30 patientes évaluées en mesures répétées, à 6 semaines, 6 mois, 12 mois.

### **Des années après...**

La principale difficulté de ce type de recherche sur le TSPT est la fluctuation d'apparition des symptômes, qui peuvent se révéler jusqu'à des mois, voire des années après l'évènement traumatique.

Ainsi, les études récentes sur le sujet évaluent plutôt la symptomatologie dépressive au décours d'une IVG que les troubles anxieux : une étude récente de Broen (2006) [2] évalue à 20 % le taux de dépression liée à l'IVG sur un échantillon de 80 femmes, contre 6% dans la pop générale.

Une étude fait état d'un risque de trouble de stress post-traumatique lié à l'IVG : elle évalue le taux de TSPT à 11%, six mois après l'IVG (E. Perrin, 2002) [3]. De façon générale, les observations publiées indiquent un taux 30 % plus élevé de survenue de problèmes en santé mentale pour les femmes qui ont déjà vécu une IVG, sans mention spécifique de TSPT (D. Fergusson, 2009) [4].

Cependant, si ces études mériteraient d'être corroborées par des expérimentations cliniques, aucune étude n'a abordé spécifiquement le risque de survenue de troubles psycho-traumatiques d'ESA et de TSPT lié à l'IVG, dans l'ordre du calendrier d'apparition clinique des troubles, lorsque le TSPT se constitue, c'est-à-dire avant le troisième mois.

### **Le silence français**

Or ce travail de recherche sur la constitution du syndrome post-traumatique n'a jamais été fait de façon scientifique en France.

Le TSPT a été exploré outre-Atlantique, mais souvent dans ses manifestations chroniques, et le risque de tomber dans une période de déni n'est pas neutre. De la même façon, ces recherches n'ayant pas été menées de façon systématique, elles n'ont pour l'heure pas encore abouti à l'inscription, dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* ou DSM-IV, outil international à visée diagnostique, de l'avortement comme source possible de PTSD.

En outre, il ne faut pas ignorer l'impact de certains lobbies extrêmement puissants, qui pèsent de tout leur poids, soit pour empêcher que ces résultats soient publiés, soit pour dénoncer le caractère partiel des recherches menées et des biais utilisés invalidant selon eux ces recherches. Eux-mêmes s'empressent alors de conduire leurs propres recherches avec d'autres outils et cela les conduit, le plus souvent, à publier des

résultats qui contredisent les précédents.

Du fait d'enjeux idéologiques, financiers, gigantesques, la guerre est aussi menée sur le terrain de la recherche scientifique.

Sait-on par exemple que de très nombreuses recherches sont aujourd'hui menées sur l'impact traumatique de la grossesse et de l'accouchement ? Il suffit de visiter la base de données du CNRS pour se rendre compte que statistiquement, les recherches sur l'impact de l'IVG représentent un pourcentage minime des recherches sur les traumatismes de nature obstétricale.

Cependant, tant qu'aucune recherche n'aura été menée en France, aucune prise de conscience sur la réalité de la souffrance post-IVG ne pourra avoir lieu — entendons au niveau institutionnel.

En effet, comment soigner un mal qui n'est pas défini ? Comment vouloir demander à des psychiatres, à des psychologues cliniciens d'accompagner un traumatisme dont ils n'ont jamais entendu parler et dont la description clinique ne figure même pas dans le manuel diagnostique qu'ils utilisent ?

Une souffrance peut être soignée à condition d'être d'abord identifiée. Or rien dans la formation actuelle des psychologues ou des psychiatres ne permet l'identification d'un trouble post-traumatique lié à l'avortement.

Du fait de la co-morbidité importante du PTSD, il est tout à fait possible de diagnostiquer une dépression puis de traiter la dite dépression, mais sans la relier nécessairement à un avortement récent.

De ce fait, développer ce type de recherche en France s'avère absolument essentiel, non seulement parce que cela permettra de mettre un nom sur une réalité clinique, mais surtout de poser la question des moyens spécifiques mis en œuvre pour accompagner les personnes.

Ce volet là est le volet thérapeutique. Il est impensable de vouloir diagnostiquer un mal sans prendre parallèlement les moyens de le soigner. C'est ce qui doit nous mobiliser aujourd'hui.

**\*Sabine Faivre** est psychologue diplômée, spécialiste en éthique médicale, a publié *La Vérité sur l'avortement aujourd'hui* (Téqui, 2006, préface de Mgr Dominique Rey).

[1] Nezelof, S. (2006), *Deuil anténatal : une clinique du chagrin maternel. Evaluation prospective comparée des troubles psychiques après interruption médicale de grossesse et après arrêt spontané de grossesse*. Thèse d'État soutenue le 22 novembre 2006 à l'université de France-Comté, UFR Médecine et Pharmacie.

[2] Davies, V., Gledhill, J., McFayden, A., Whitlow, B., Economides, D. (2005), "Psychological outcome in women undergoing termination of pregnancy for ultrasound-detected fetal anomaly in the first and second trimesters : a pilot study", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 25, 389-392.

[3] Broen, A., Moum, T., Bødtker, A., Ekeberg, O. (2006). "Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination : a longitudinal five-year follow-up study", *Acta Obstetrica Gynecologica*, 85, 317-323.

[4] Perrin, E., Bianchi-Demicheli, F. (2002), Vie sexuelle, devenir et contraception après IVG , *Dossiers de l'obstétrique*, n° 302, p. 30-34.

[5] Fergusson D., Horwood L.J. , Boden J. (2009), "Reactions to abortion and subsequent mental health", *The British Journal of Psychiatry*, 195: 420-426.

\*\*\*