



HAL
open science

Interruption médicale de grossesse. Revue de littérature : IMG pour cause maternelle psychiatrique et étude de cas

Camille Desjardins

► To cite this version:

Camille Desjardins. Interruption médicale de grossesse. Revue de littérature : IMG pour cause maternelle psychiatrique et étude de cas. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03396039

HAL Id: dumas-03396039

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03396039v1>

Submitted on 22 Oct 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE ROUEN

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE

2021

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 12/10/2021 par Camille DESJARDINS

Née le 27 Février 1992 à Rouen

Directeur de Thèse le Docteur Marc-Antoine PODLIPSKI

INTERRUPTION MEDICALE DE GROSSESSE :

Revue de littérature : IMG pour cause maternelle psychiatrique

Et

Etude de Cas

Membres du Jury

Madame le Professeur GERARDIN Priscille	Présidente
Monsieur le Docteur PODLIPSKI Marc-Antoine	Directeur
Madame le Professeur APTER Gisèle	Membre
Monsieur le Professeur VERSPYCK Éric	Membre

Par délibération en date du 3 Mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

LISTE DES ENSEIGNANTS

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESSEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine Interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et Informatique Médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine Interne (Gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
Mr Stéfan DARMONI Communication	HCN	Informatique Médicale et Techniques de
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine Interne et Gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC Traumatologique	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'Urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermatologie – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et Cytologie Pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie

Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine Interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine Interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépto-Gastro-Entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale - Médecine d'Urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES Reproduction	HCN	Biologie du Développement et de la
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépto-Gastrologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie Médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et Transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie - Chirurgie Maxillo-Faciale

Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie Digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation Chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et Traitement de l'Image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie Obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, Economie de la Santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastro-Entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

Mr Julien **WILS**

HCN Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**

UFR Communication

Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**

UFR Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine **SAULNIER**

UFR Biologie

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie Clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie Analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB Santé	Législation Pharmaceutique et Economie de la
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie

Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie Analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie Analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie Thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie Officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde GUERIN	Anglais
----------------------------	---------

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice MOISAN	Virologie
M. Henri GONDÉ	Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina GUAOUA-ELJADDI	Informatique
Mme Clémence MEAUSOONE	Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

<p>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</p>
--

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et Minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie Thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et Economie de la Santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie Galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie Clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie Analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG) UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG) UFR Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine Générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine Générale

Mme Yveline **SEVRIN** UFR Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON** UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN** UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD** UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN** UFR Médecine Générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) Inserm 905)	Biochimie et Biologie Moléculaire (Unité)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) 1079)	Biochimie et Biologie Moléculaire (UMR
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med)	Génétique Moléculaire Humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du Langage - Orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la Reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHR - Centre Hospitalier du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

SJ – Saint Julien Rouen

SOMMAIRE

I.	Introduction	20
II.	L'Interruption Médicale de Grossesse	24
1.	Lois françaises et historique	24
A.	Généralités	24
B.	Droits des femmes.....	28
C.	Droits du fœtus.....	32
2.	L'avortement à l'international.....	34
3.	Données épidémiologiques	37
4.	Déroulé d'une Interruption Médicale de Grossesse	40
A.	Interruption Volontaire de Grossesse.....	40
B.	Interruption Médicale de Grossesse	42
III.	Les Troubles Psychiatriques Puerpéraux	46
1.	Troubles de la santé mentale	47
A.	Le baby blues	47
B.	Le deuil périnatal	47
2.	Troubles mentaux.....	48
A.	Troubles de l'humeur	48
B.	Anxiété et les troubles anxieux	52
C.	Psychoses puerpérales.....	57

D.	Troubles des conduites alimentaires	59
IV.	Revue de Littérature	60
1.	Méthode.....	60
2.	Résultats	62
A.	Présentation des résultats	62
B.	Analyse thématique des résultats	67
3.	Pour aller plus loin	82
A.	Méthode	82
B.	Résultats complémentaires.....	83
V.	Etude de Cas.....	90
1.	Cas clinique.....	90
2.	Analyse du Cas.....	96
VI.	Discussion	115
VII.	Conclusion.....	121
VIII.	Bibliographie	124
1.	Annexe – Articles de Loi	128

ABREVIATIONS

ADN	Acide Désoxyribonucléique
AMM	Autorisation de Mise sur le Marché
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
CASA	Centre d'Accueil Spécialisé pour les Agressions
CIM-10	Classification Internationale des Maladies, 10 ^{ème} révision
CPDPN	Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Périnatal
DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition
EDC	Episode Dépressif Caractérisé
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
ITG	Interruption Thérapeutique de Grossesse
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PTSD	Syndrome de Stress Post Traumatique
SA	Semaine d'Aménorrhée
TCA	Troubles des Conduites Alimentaires
TAG	Trouble Anxieux Généralisé

I. Introduction

Le sujet de cette thèse a émergé au cours de mes derniers semestres d'internat. Il s'est construit dans un premier temps avec la découverte de la Génétique Clinique et de la collaboration de cette spécialité médicale avec la Gynécologie-Obstétrique, au cours de réunions pluridisciplinaires régulières ayant lieu au CHU de Rouen. Ces staffs réunissent des médecins et soignants, membres du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal de la Région de Normandie. Y est discutée la prise en charge de patientes dont le cas clinique peut être complexe.

A cette occasion, j'ai été familiarisée au processus décisionnel qui entoure les demandes d'Interruption Médicale de Grossesse. Mon expérience s'est principalement faite dans des cas d'indications fœtales. J'ai alors découvert une réflexion médicale qui m'était étrangère du fait de ma spécialité (Psychiatrie), mais qui est passionnante. En quittant le service de Génétique Clinique, je n'ai pas pour autant quitté l'Obstétrique, puisque j'ai rencontré la Psychiatrie de Périnatalité.

Au cours des consultations, j'ai rencontré des femmes dont les parcours de vie pouvaient être divers et variés. Certaines nous sollicitaient dans un contexte d'Interruption Médicale de Grossesse, d'autres devant la décompensation d'une pathologie psychiatrique ou de par leur histoire de vie. En devenant actrice de leur prise en charge, j'ai alors pu à mon tour échanger avec des médecins Pédiatres, Obstétriciens afin de coordonner des soins englobant la mère et l'enfant. Mon impression a parfois été de ne parler ni le même langage que mes confrères dont la spécialité était différente de la mienne ni celui des équipes soignantes du service d'Obstétrique. Et ce malgré le but commun d'établir des objectifs de soins cohérents, adaptés et pertinents. Chacun devait fournir l'effort de se rappeler que les priorités des uns pouvaient ne pas être celles des autres et établir une temporalité et une hiérarchisation des soins à apporter.

L'histoire de Mme B m'est parvenue dans ce contexte. Ce cas clinique complexe, qui a été source de débats et de beaucoup de discussions a fait émerger de nombreuses questions sur le rôle que je me fais du soignant et du médecin et sur comment la vision de la pathologie psychiatrique peut interférer avec notre travail. Naïvement, j'ai débuté ce travail en espérant pouvoir faire ressortir des indications formelles d'Interruption Médicale de Grossesse pour cause maternelle psychiatrique afin d'aider aux prises en charge qui peuvent se présenter à nous.

D'un point de vue sociétal, l'avortement est un droit acquis depuis plus de 50 ans en France. Ce sujet a toujours prêté à débat. Deux idéologies s'opposent : les droits de la Femme et les droits à la Vie. La législation de chaque pays définit le niveau de libéralisation ou d'interdiction de cette pratique, rendant l'accès aux soins pour les femmes, simple ou difficile voire dangereux (1). L'avortement concerne toute femme. On estime qu'une femme sur trois en France avortera au cours de sa vie. Lorsque l'avortement devient essentiel au maintien de la bonne santé d'une patiente, les bénéfices et risques quant à sa réalisation sont discutés en équipe pluridisciplinaire, par des soignants qui ont fait le choix de rendre accessible cette pratique à leurs patientes. En France, nous parlons d'Interruption Médicale de Grossesse pour cause maternelle (IMG). Certaines indications maternelles ne prêtent pas autant à débat que celles pour indications psychiatriques ou psychosociales. Le médecin obstétricien et l'ensemble des équipes d'obstétrique semblent plus en accord avec la pratique de leur travail, lorsque la cause d'une Interruption Médicale de Grossesse est en lien avec une malformation fœtale qui entraînerait des conséquences lourdes sur la vie future de l'enfant voire son décès précoce (2).

La pratique de la psychiatrie de périnatalité est une discipline émergente depuis plusieurs décennies mais qui reste insuffisamment développée. En France, la plupart des Centres Hospitaliers Universitaires avec maternité bénéficie d'un accompagnement par les équipes de liaison de périnatalité mais ce n'est pas le cas de la majorité de nos maternités. La pathologie

psychiatrique peut évoluer plusieurs années avant qu'un diagnostic clinique ne soit posé par un médecin. Ce laps de temps sans soins adaptés est une perte de chance pour les patients. Cette situation s'applique également à la femme au moment de sa grossesse. La grossesse et l'accès à la parentalité sont des temps de fragilisation pour lesquels notre société n'est pas encore suffisamment sensibilisée. Le développement de cette pratique est dépendant des objectifs politiques de notre pays.

Ce travail de thèse reprend la littérature scientifique internationale pour tenter de définir des indications précises d'IMG pour cause maternelle psychiatrique ou du moins, tenter de faire émerger un protocole de réflexion quand des situations exceptionnelles se présentent. En effet, lorsque la pathologie psychiatrique s'imisce, de multiples problématiques naissent. A celles de diagnostiquer et contextualiser la pathologie, s'ajoutent et s'enchainent de nouvelles interrogations.

« La patiente est-elle capable de prendre des décisions en toute autonomie ? » ; « Les symptômes sont-ils réels ? » ; « A qui revient la décision d'interrompre ou non la grossesse ? » Les médecins, les parents, la femme ? (3) ; « A quel moment commence la vie ? » A la conception, à la limite de la viabilité technologique, à la naissance ? ; « Jusqu'où le pouvoir de l'homme, de l'Etat, sur la vie et la mort s'étend ? » Aux handicaps physiques, mentaux, « aux indésirables » ? (4,5) ; « Et quand le fœtus n'a pas d'handicap, mais est seulement indésirable, qu'il bouleverse « les conditions d'existence des parents », que faire ? ».

L'intervention d'un médecin spécialisé en Psychiatrie est donc nécessaire pour aider aux discussions pluridisciplinaires concernant la prise en charge et le traitement de la patiente si cela est nécessaire. La complexité de l'être humain et de la maladie mentale entraîne par moment des situations inédites pour lesquelles aucun protocole médical de prise en charge n'est établi au préalable ou pourrait s'appliquer. C'est alors, aux médecins et soignants de s'adapter

et de faire au mieux pour la patiente et le fœtus, tout en respectant la loi. Pour l'illustrer, nous étudierons également le Cas Clinique de Mme B qui s'est présentée aux urgences adultes du CHU de Rouen. Nous tenterons d'identifier ce qui a permis aux médecins référents de prendre en charge la patiente tout en respectant le cadre légal. Puis nous discuterons des différents aspects de ce travail, les biais possibles lors de sa réalisation, les questions qui se posent quant à la réalisation de travaux futurs.

II. L'Interruption Médicale de Grossesse

1. Lois françaises et historique

A. Généralités

La loi française protège l'être vivant qu'est l'homme et interdit de procéder activement au décès de celui-ci (Article L2211-1).

Elle nomme l'Interruption Médicale de Grossesse (IMG), l'Interruption Volontaire de Grossesse pour motif Médicale. Elle n'a pas de délai et peut être pratiquée à n'importe quel moment de la grossesse.

L'avortement a toujours existé, peu importe l'époque ou la civilisation. Il a été plus ou moins toléré selon les besoins de l'Etat et de la société (6,7). Nos mœurs à son sujet ont évolué avec le temps (8). C'est au XVI^{ème} siècle que le Pape Sixte-Quinte le condamne officiellement au niveau de la religion catholique.

Il devient officiellement illégal en France à partir de 1810 quand le Code Napoléonien le définit comme crime. Il est alors passible de réclusion. Cette loi s'inscrit dans une dynamique patriarcale. En 1804 est instituée l'incapacité juridique de la femme mariée dans le Code Civil. L'infériorité de l'épouse face au mari est consacrée sous l'argument de protéger la famille et de la préserver. L'autorité de l'époux fait alors loi.

Avec la Seconde Guerre Mondiale, les lois se font plus virulentes. L'avortement devient un crime contre la sureté de la Nation et c'est en 1943 que Marie-Louise GIRAUD est condamnée à la peine de mort sous le régime de Vichy pour avoir permis à des femmes d'avorter.

Progressivement les droits des femmes s'élargissent avec l'accès en 1965 pour la femme mariée à une autonomie partielle en mettant fin à l'incapacité juridique. Lors de l'année 1970, le statut de « chef de famille » du mari est supprimé et en 1975 le divorce par consentement mutuel est instauré. Puis en 1985, la loi accorde aux épouses le droit de gestion des biens communs matrimoniaux.

La liberté de la Femme va également passer par l'accès à la contraception. La loi NEUWIRTH du 28 Décembre 1967 pose le principe de droit à la contraception et va permettre la régulation des naissances. Elle est cependant promulguée quelques années plus tard et reste assez restrictive. C'est tout de même une avancée dans un pays où la « propagande anticonceptionnelle » est un délit. C'est en Décembre 2000 que l'accès à la contraception d'urgence peut se faire sans prescription médicale. En Août 2020, elle devient gratuite et libre d'accès pour les mineures de moins de 15 ans.

C'est en 1975 que l'avortement est dépenalisé en France. La loi VEIL permet aux femmes d'interrompre leur grossesse avant le terme de 10 semaines de gestation. Elle distingue l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) de l'Interruption Thérapeutique de Grossesse (ITG). L'Interruption Thérapeutique de Grossesse ne souffre pas quant à elle d'un délai pour être pratiquée, pour autant que ses indications soient respectées. La loi ROUDY de 1982 permet le remboursement de cet acte médical. Afin de protéger l'exercice libre de cette pratique, la loi NEIERTZ de 1993 crée le délit d'entrave. En Juillet 2001 le droit à l'Interruption Volontaire de Grossesse est inscrit dans le Code de Santé Publique et les délais sont portés à 12 semaines de gestation à la place de 10. Le terme « thérapeutique » est remplacé par « médicale » en ce qui concerne l'Interruption Médicale de Grossesse. 2013 voit l'Interruption Volontaire de Grossesse remboursée à 100% par la Sécurité Sociale et en 2016 tous les actes de soins en lien avec, le sont également. La loi de modernisation du système de santé supprime le délai

obligatoire de réflexion d'une semaine. En Août 2014 est supprimée la notion de « détresse avérée » que la loi VEIL exigeait pour avoir accès à l'Interruption Volontaire de Grossesse (loi VALLAUD-BELKACEM - Article L2212-1).

L'Interruption Médicale de Grossesse est pratiquée en vertu de l'Article L2213-1 du Code de Santé Publique.

Article L2213-1

L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire **attestent**, après que cette équipe a rendu son **avis consultatif**, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend **au moins quatre personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la femme est atteinte, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue**. Le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte doivent exercer leur activité dans un établissement de santé.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation. Hors urgence médicale, la femme se voit proposer un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse.

Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, **la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu** par tout ou partie des membres de ladite équipe.

Actuellement est discutée une proposition de loi déposée en Août 2020 (Amendement 524) visant à étendre le délai légal pour avoir recours à l'IVG de 12 à 14 semaines de gestation,

c'est-à-dire jusqu'à 16 semaines d'aménorrhée (SA). En parallèle une proposition de loi (n° 3424) visant à interdire les Interruptions Médicales de Grossesse pour cause de détresse psychosociale a été soumise à l'Assemblée Nationale en Octobre 2020.

Certains auteurs expliquent que les textes de lois ne répondent pas pleinement aux questions des soignants lorsque des situations exceptionnelles se présentent. Ce « *flou législatif* » (notion retranscrite par WEBER et al) (3,4) est peut-être le reflet de toute l'ambivalence des hommes et politiques face à la vie, à la maternité et aux droits de la Femme ; partagés entre évolution des valeurs de la société et les évidences sociales ancrées depuis des générations.

Bien que la loi ne reconnaisse pas de droit avant la naissance, elle ne définit pas clairement ce qu'est « le commencement de la vie ». Il reste alors libre à interprétation.

Les lois en faveur de l'avortement n'empiètent pas pour autant sur les droits des soignants et des médecins (Article L2212-8) qui se voient le droit de refuser de pratiquer cet acte médical pour clause de conscience. Ils doivent cependant rediriger la patiente vers un confrère pouvant la prendre en charge.

Ainsi l'Interruption Médicale de Grossesse est dans la continuité de l'Interruption Volontaire de Grossesse. À la différence que si la grossesse est inférieure à 14 semaines d'aménorrhée, sa poursuite ou son arrêt reste entièrement sous la volonté de la femme. Après quoi, elle perd ce droit et semble devenir dépendante de la science, de la société et des valeurs des soignants qui l'entoureront.

B. Droits des femmes

La revendication aux droits des femmes s'est progressivement mise en place à partir du milieu du XX^{ème} siècle. Le « disposer de son corps », « contrôler la procréation », « vivre une sexualité libre » sont les messages phare de cette époque. L'accès plus libéral à l'avortement a permis de soutenir cette lutte. Toutefois, l'avortement n'a pas été libéralisé pour permettre au premier abord, d'aider la femme à s'émanciper. La société globalement patriarcale a dû présenter cette avancée comme un moyen d'améliorer les soins et la sécurité des patientes dans le monde pour justifier de sa nécessité, et la loi VEIL ne fait pas exception (9). L'avortement reste encore majoritairement condamné par la société, du fait de l'idée prédominante que la femme est objet de conception : « *Les femmes sont constituées de telle sorte que, même si elles ne souhaitent pas avoir d'autres enfants, elles regrettent généralement de ne pas en avoir.* » (JEFFCOATE T.N.A.) (10). L'avortement provoqué est alors interprété comme une liberté pour les femmes et une menace pour les institutions établies (famille, mariage, parentalité). Il s'inscrit dans des règles morales entourant la sexualité, le couple et la famille en fonction des traditions religieuses et historiques (coutumes) et des lois de chaque société. Ces traditions n'évoluent pas au même rythme et les mœurs sociales peuvent par exemple évoluer plus rapidement que les représentations religieuses (11).

SINTOMER (9) discute de trois arguments ayant amené à la légalisation de l'avortement :

Il met toutefois en avant la faiblesse de l'argument « du droit à la propriété de soi », qui doit se comprendre comme le pouvoir de posséder son corps comme celui de posséder une propriété privée. Il transpose les droits généraux de l'homme au profit de la femme. La problématique principale de cet argument est « *la non-détention arbitraire* » qui ne traite pas seulement de la question de l'avortement. Elle laisse la porte ouverte à d'autres débats

polémiques : légalisation du suicide, de l'euthanasie, prostitution, vente d'organe ou bien rémunération des mères porteuses, etc.

Le second argument exposé par SINTOMER, est celui « du droit à la vie privée ». Le droit à la vie privée représente la liberté de prendre des décisions tout au long de sa vie, en accord avec ses valeurs concernant les libertés fondamentales que sont le mariage, la procréation, la contraception... Il donne à l'Homme la possibilité d'accéder à la dignité et à l'autonomie tout en faisant la différence entre libertés fondamentales et préférences individuelles, qui elles sont potentiellement régulées par la loi (« *conduire avec obligation de mettre sa ceinture* »). Il extirpe l'homme du droit à disposer de soi. L'Homme n'étant pas objet, il ne peut se posséder ni posséder l'autre. Dans cette logique le droit à l'avortement s'inscrirait alors dans les libertés fondamentales. Pour contrer cette argumentation, les opposants à l'avortement et partisans du droit à la Vie (« pro-life » aux EU) ont apparenté l'avortement à l'infanticide (6,9). Ceci annule alors le discours de bienveillance et de la recherche de bénéfices sanitaires pour les femmes qui nécessitent de le pratiquer.

La dernière problématique exposée par SINTOMER est celle de la définition du « pouvoir des femmes ». Il s'inscrit dans l'obligation qu'à l'Etat de protéger tous ses citoyens de manière égale sans distinction de sexe. Il fait intervenir, en plus de la revendication à la propriété et à la vie privée, la notion d'égalité. L'égalité entre hommes et femmes ne peut être réelle que par la maîtrise de la fécondité. Cette notion discute le droit d'avortement comme une avancée vers l'annulation de la « *domination masculine* ». L'avortement n'est plus dans ce contexte d'inégalité des sexes, un débat seulement moral. Il pourrait le devenir à condition que l'égalité des sexes soit totale.

« Ce serait l'un des plus grands triomphes de l'humanité, l'une des libérations les plus tangibles de la servitude de la nature à laquelle nous sommes soumis, s'il était possible d'élever l'acte responsable de la procréation au niveau d'un acte volontaire et intentionnel »

Freud, 1898

Afin de refaire le lien avec notre sujet, il est important de noter qu'au niveau psychiatrique, la loi permet l'hospitalisation sous contrainte, sur demande d'un représentant d'Etat ou sur demande d'un tiers lorsque la capacité de discernement du patient est abolie ou que le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui, du fait de sa pathologie. La loi interdit une hospitalisation sous contrainte chez une personne capable de donner son consentement libre et éclairé et ce d'autant plus que le patient ne présente aucun antécédent psychiatrique.

O'BRIEN et GOLDING (12) ont proposé trois conditions objectives pour l'utilisation éthique de la coercition dans les soins psychiatriques :

1. Le patient est dans l'incapacité de prendre une décision le concernant
2. La balance bénéfice/risque d'avoir recours à des soins sous contrainte est favorable à la coercition
3. L'intervention la moins coercitive doit être favorisée

Dans notre cas, l'indication formelle d'une l'hospitalisation pour raisons psychiatriques ne peut être envisagée que pour des motifs concernant la mère. Par exemple : l'absorption de substances toxiques (dans un contexte de toxicomanie) et l'imprégnation foétale qui en résulte ne constitueraient pas une indication d'hospitalisation sous contrainte. La prise en charge d'une patiente refusant des soins psychiatriques durant sa grossesse est dépendante de l'évolution du statut juridique du fœtus dans notre société (13). La préservation des droits de la Femme passe

par l'établissement que la bonne évolution de la grossesse ne peut être un argument d'hospitalisation sous contrainte sous prétexte de préserver le fœtus. Il n'existe pas en France de cadre médico-légal pouvant obliger une femme enceinte à recevoir des soins médicaux et psychiatriques sauf dans les cas de troubles psychiatriques graves entraînant une obligation de soins.

C. Droits du fœtus

L'un des principaux débats concernant le fœtus est de statuer sur la notion de « début de vie ». Elle est difficile à établir puisque plusieurs problématiques et donc plusieurs définitions sont en jeu (1) :

- La science (survivre indépendamment de la femme enceinte - définie par l'OMS à 22 semaines de gestation ou poids > 500 g)
- La loi (reconnaissance juridique du fœtus)
- La bioéthique (au développement neurologique de l'embryon à environs 12 semaines de gestation, elle le définit comme « *une personne potentielle* »)
- La moralité (conception, fécondation...)
- La religion (à la conception, à partir du 120^{ème} jour de gestation...)

Les époques et civilisations ont donc donné des définitions différentes au cours du temps.

Par exemple, la science est en perpétuelle évolution. La viabilité du fœtus est donc de plus en plus précoce puisque la technologie médicale permet de soutenir des bébés prématurés de plus en plus tôt. Ce détail n'en est pas un puisque la viabilité du fœtus influence la législation et les délais légaux d'avortement dans le monde (14). McCULLOUGH et al (15,16) placent le fœtus en tant que patient si celui-ci a la capacité d'exister ex utero, que ce soit sur le plan biologique ou technologique.

Ce débat en ouvre un second : « le statut de fœtus prévaut-il sur celui de la femme enceinte ? » (1). Aujourd'hui en France, le statut du fœtus n'est pas reconnu au niveau juridique. Il est défini par le Code Civil comme une « *Pars Viscerum Matris* » (une partie des entrailles de sa mère). Il semble pour autant que la loi évolue de plus en plus vers une reconnaissance de son statut (4) puisqu'il est obligatoire de l'inscrire à l'Etat Civil après un avortement spontané

ou déclenché lorsque le terme est supérieur à 22 semaines d'aménorrhée ou si le poids est supérieur à 500 g.

Mais McCULLOUGH et al (15) rappellent qu'en plus de dépendre du médecin, le statut moral du fœtus dépend également de la femme enceinte. Le fœtus n'existe que dans la relation materno-fœtale. Il ne deviendrait patient lui-même que par la volonté de la mère. Elle lui donne accès au statut d'enfant par la décision de poursuivre ou non la grossesse en se présentant au médecin. C'est cette relation mère-fœtus qui serait le point fondamental du raisonnement éthique et émique quant à la décision d'interrompre ou non une grossesse. La mère et son médecin auraient des obligations envers le fœtus que si des bénéfices le concernant peuvent entourer sa naissance. Ils rappellent que la femme demandant un avortement demande à son médecin de la considérer comme seule entité. Un conflit entre mère et fœtus ne s'instaurerait qu'à partir du moment où s'opposent leurs différents intérêts (17). C'est le concept de fœtus pré-viable et viable. Statuer sur les droits et la reconnaissance du statut juridique du fœtus entraînerait inévitablement des conséquences quant à la possibilité de pratiquer l'avortement. Le rempart à la reconnaissance de ce statut est celui de la conservation des droits de la Femme.

2. L'avortement à l'international

Il existe une grande difficulté à classer les politiques de chaque pays concernant le droit à l'avortement du fait de la complexité des lois et législations. Survoler les pratiques et lois de chacun, m'a permis de mieux comprendre et de contextualiser le travail de littérature fait par la suite.

Les Nations-Unis répartissent les types d'avortement autorisés selon 5 catégories (14) :

- Sauver la vie de la femme
- Préserver la santé physique, mentale de la femme
- En cas de malformation fœtale
- En cas de viol ou d'inceste
- Pour des raisons économiques, sociales ou sur demande

Le nombre de pays autorisant l'avortement pour ces 5 catégories a augmenté depuis 20 ans. Néanmoins chaque continent et même chaque région dans certains pays, présente des disparités. Globalement l'Océanie, l'Asie Occidentale et l'Afrique présentent une proportion plus faible de pays autorisant l'avortement selon les différentes indications. L'Europe et l'Amérique du Nord sont plus libérales. Il est intéressant de noter que les pays les plus permissifs quant aux indications socio-économiques sont les pays en voie de développement (1).

D'après les Nations-Unies en 2017, 72 % des pays autorisent l'avortement afin de préserver la santé de la femme. Pour autant un tiers ne précise pas dans sa législation si le terme santé prend en compte, et la santé physique et la santé mentale. 69 % des pays identifient la préservation de la santé mentale comme une indication à l'avortement. Il apparaît tout de même que les législations sont plus en faveur de la préservation de la santé physique plutôt que mentale (14).

Le motif d'avortement faisant consensus est celui en cas de détresse vitale pour la femme enceinte. Malheureusement cela ne signifie pas que les femmes y aient facilement accès (1). Les pays autorisant l'avortement sur simple demande imposent dans leur législation un terme à partir duquel il n'est plus possible d'avorter sans justification médicale. La date butoir se trouve généralement au cours du premier trimestre. Après quoi l'avortement devient illégal et les personnes ayant pratiqué le geste et la femme ayant avorté s'exposent à des sanctions pénales.

12 pays sur les 67 ayant autorisé l'avortement sur demande en 2017 (équivalent de notre Interruption Volontaire de Grossesse) n'ont pas spécifié de limite gestationnelle. 32 % des pays n'ont pas défini de limite à la réalisation d'un avortement pour préserver la santé de la femme (14).

Les pays d'Afrique ont hérité du cadre législatif des colonies. Par exemple les pays d'Afrique francophone peuvent encore appliquer la loi du Code Pénal de 1810. Seulement 6 sur 53 pays, autorisent l'avortement à la demande sans indication médicale préalable. La Tunisie est le premier Etat musulman d'Afrique à légaliser l'avortement sur demande en 1973. Dans la même dynamique les lois sont plutôt restrictives dans les pays d'Amérique Latine et dans les Caraïbes. L'Eglise catholique a une influence importante ainsi que la culture patriarcale.

La libéralisation de l'avortement en Asie est plus disparate selon les conditions sociopolitiques et démographiques. Elle peut voir sa législation extrêmement coercitive avec les Philippines qui interdisent totalement sa pratique et la Chine qui autorise l'avortement sans restriction et ce à tout moment de la grossesse (libéralisation qui fut abusivement imposée aux couples dans les années 1970 avec la politique de l'Enfant Unique). L'Océanie présente deux extrêmes également. Seules l'Australie et la Nouvelle-Calédonie autorisent l'avortement sur

demande. Les autres pays de ce continent ne l'autorisent qu'en cas de danger pour la vie de la femme et sa santé.

L'avortement est autorisé au Canada et aux Etats-Unis. Mais son accessibilité varie selon la législation fédérale de chaque Etat et peut voir son accès restreint par des tentatives de durcissement de la loi (par exemple : le rétablissement de « *la règle du bâillon mondial* » par le gouvernement TRUMP).

Le continent européen voit la Russie légaliser l'avortement dès 1920. Les pays de l'Est de l'Europe ont suivi cet exemple mais les lois ont pu varier au cours du temps (exemple de la Pologne) (1,14). Au sein de l'Union Européenne 24 de ses 27 pays ont légalisés sans besoin de justification l'Interruption Volontaire de Grossesse de 10 (Portugal, Croatie) jusqu'à 24 semaines de gestation (les Pays-Bas). Le Vatican l'interdit totalement et en Irlande il est possible de le pratiquer légalement lorsque la vie de la mère est en danger depuis 2013.

3. Données épidémiologiques

Les données épidémiologiques au niveau mondial ne permettent pas un regard transparent sur la pratique. Globalement les pays plus libéraux sont ceux pour lesquelles les statistiques sont les plus fiables. Certains pays ne comptabilisent pas les avortements illégaux, ne font pas la distinction entre leurs résidentes et les femmes venant de pays étranger afin d'avorter, etc... Souvent ce sont des institutions privées qui enquêtent ponctuellement.

En France en 2018, une femme sur trois a recourt à l'avortement au cours de sa vie. Globalement les françaises sont assez promptes à déclarer avoir avorté auprès des enquêtes de population (66 % de déclaration en 2010). La fréquence des avortements diminue entre 1975 et 1990 avec la libéralisation des méthodes contraceptives. Puis à partir des années 1990 le taux se stabilise (1).

En 1994 sont constitués les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN). Il faut attendre 1999 pour leur mise en fonction. Ils ont pour rôle d'encadrer les activités de type diagnostic prénatal, diagnostic préimplantatoire et de soutenir les prises en charge de grossesse avec malformation ou anomalie fœtale.

Sur l'année 2016, on compte 772 128 naissances d'après les données de l'Agence de Biomédecine (18). Au total, 46 511 dossiers sont examinés pour cette même année par les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal. Il est important de noter que si une femme demande un deuxième avis dans un autre centre, le dossier sera comptabilisé deux fois. Le nombre d'attestations d'Interruption Médicale de Grossesse délivrées par les CPDPN en 2016 est de 7366 dont 7045 sont pour motif fœtal et 321 pour motif maternel. L'Agence de Biomédecine informe que toutes les attestations d'Interruption Médicale de Grossesse pour motif maternel ne sont pas comptabilisées au niveau national, car pas seulement délivrées par

les CPDPN. Une équipe hospitalière pluridisciplinaire en dehors d'un CPDPN peut prendre la décision de pratiquer une IMG pour cause maternelle.

Les indications pour motif maternel se divisent en 3 catégories d'après l'Agence de Biomédecine :

- Les pathologies obstétricales (38,9 % des attestations)
- Les pathologies maternelles diagnostiquées avant et pendant la grossesse (33,3 % - incluant les pathologies psychiatriques qui représentent 12,1 % de ces cas)
- Les détresses psychologiques maternelles avec ou sans anomalie fœtale (22,4 %)

4,4 % des attestations délivrées en 2016 pour motifs maternels concernaient des grossesses dont le terme était supérieur à 32 semaines d'aménorrhée.

Une étude Normande (19) classe les indications d'IMG pour cause maternelle en 3 catégories différentes :

- Cause psychologique 23 % (dominée par l'addictologie, les états dépressifs sévères et les grossesses issues de viols)
- Cause obstétricale 29 %
- Cause somatique maternelle non obstétricale 48 %

Elle retrouve dans l'analyse de ses données que les causes psychologiques correspondent à 29 % des Interruptions Médicales de Grossesse d'indication maternelle réalisées au premier trimestre (maladies maternelles préexistantes) ; à 68 % des IMG réalisées au second trimestre (cause obstétricale et psychologique) ; et à 3 % des IMG réalisées au troisième trimestre.

A Nantes la classification des demandes d'Interruption Médicale de Grossesse d'indication maternelle se rapproche de l'étude précédente. B. BRANGER et al (20) comptent que sur 122

demandes faites de 2005 à 2009 dans un établissement privé, que les motifs médicaux représentent 2,4 % des motifs de demande d'IMG ; que 28,6 % des motifs sont psychiatriques et psychologiques en précisant le diagnostic (dépression, trouble bipolaire, tentatives de suicide avant ou pendant la grossesse, vécu difficile de la grossesse dont 1 cas dans un contexte d'antécédent de viol, handicap mental, contexte de suivi psychologique et psychiatrique et d'anorexie mentale) ; et que 5,7 % des motifs sont pour des problématiques addictives.

L'étude rapporte une violence constitutive dans la vie des femmes dans 25,1 % des cas avec très peu de plaintes déposées dans ce type de contexte. La plupart des demandes d'Interruption Médicale de Grossesse émanait de la femme (80,1 %) et 15,1 % des demandes émanaient de la famille. Ils comptent environs 12 Interruptions Médicales de Grossesse pour cause maternelle par an contre 250 pour motif fœtal. Pour 66,1 % des femmes pour lesquelles les délais entre le premier contact et la réalisation de l'IMG ont pu être retrouvés, les délais de réalisation sont de 8,1 jours +/- 6,1.

Enfin une étude rétrospective observationnelle parisienne (21) reprend toutes les indications maternelles de 4 centres universitaires parisiens de 2010 à 2011. La récupération des données de chaque centre n'était pas similaire car non répertoriée de la même manière. 5 classes ont été définies pour classifier les motifs d'Interruption Médicale de Grossesse :

- Psychosociale (détresse psychologique, précarité sociale majeure mettant en danger la santé) 21%
 - o Toxicomanie 41% > précarité ou situation irrégulière + infection au VIH 31% > mineure 23% > précarité + situation irrégulière 5%
- Issue d'un viol (sans et avec plainte déposée) 16%
- Psychiatrique (pathologie documentée après évaluation d'un médecin psychiatre) 21%
- Obstétricale (spécifiquement gravidique) 20%
- Pathologie maternelle somatique (indépendante de la grossesse) 22%

4. Déroulé d'une Interruption Médicale de Grossesse

Il est difficile de parler de l'Interruption Médicale de Grossesse sans définir au préalable l'Interruption Volontaire de Grossesse.

A. Interruption Volontaire de Grossesse

L'Interruption Volontaire de Grossesse est autorisée en France jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée (SA). Elle peut être pratiquée par une sage-femme ou un médecin en ville jusqu'à 9 SA (si le professionnel de santé a un contrat avec un établissement de santé publique ou privée) et en établissement de santé. Deux méthodes sont indiquées : médicamenteuse et chirurgicale (22–25).

- **La méthode médicamenteuse** comporte moins de risque pour la patiente, la Haute Autorité de Santé (HAS) tend à développer sa pratique jusqu'à 9 SA via :

Le MIFEGYNE®, association en France de MIFEPRISTONE (stéroïde de synthèse à action anti-progestative qui sert à la maturation cervicale) et de MISOPROSTOL (ou CYTOTEC® analogue synthétique de prostaglandine E1 qui sert à la maturation cervicale et aide à l'expulsion par le déclenchement de contractions du myomètre)

Si la grossesse est inférieure à 7 SA → 2 recommandations sont possibles

- 600 mg de MIFEPRISTONE par voie orale puis 24 à 48 heures plus tard, 400 µg de MISOPROSTOL par voie orale
- 200 mg de MIFEPRISTONE par voie orale puis 24 à 48 heures plus tard, 400 µg de MISOPROSTOL par voie transmuqueuse orale ou sublinguale (hors AMM – Autorisation de Mise sur le Marché)

Si le délai de grossesse est compris entre 7 SA et 9 SA

- 200 mg de MIFEPRISTONE par voie orale puis 24 à 48 heures plus tard, 800 µg de MISOPROSTOL en une prise par voie transmuqueuse orale ou sublinguale, (hors AMM)

Complications possibles de la méthode médicamenteuse : hémorragie, rétention d'une partie de l'œuf, grossesse persistante

La voie vaginale n'est plus recommandée pour l'utilisation du MISOPROSTOL du fait de rares cas de chocs septiques fatals à Clostridium Sordellii.

La méthode chirurgicale peut être pratiquée jusqu'à 12 SA. Elle se déroule sous anesthésie locale ou générale. Et est réalisée par aspiration de l'œuf embryonnaire au moyen d'une canule introduite dans l'utérus après dilatation du col (au moyen de dilateurs mécaniques : dilateurs osmotiques/sonde de Foley). La pratique est exclusivement réalisée en établissement de santé. Une visite de contrôle à 2 semaines est nécessaire.

Complications possibles de la méthode chirurgicale : perforation utérine, déchirure du col de l'utérus et hémorragie, infection utérine ou rétention ovulaire

La prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus en cas de Rhésus négatif chez la femme est recommandée en France (IV ou IM de 200 µg d'immunoglobulines anti-D) dans les 72 heures qui suivent les saignements que ce soit pour l'IVG ou l'IMG.

B. Interruption Médicale de Grossesse

Au-delà des 14 semaines d'aménorrhée, l'Interruption Volontaire de Grossesse se transforme en IVG d'indication médicale et devient l'Interruption Médicale de Grossesse. La décision de pratiquer une IMG pour motifs maternels n'est pas toujours soumise au Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal contrairement aux motifs fœtaux (21). La concertation pluridisciplinaire qui statue sur sa réalisation réunit au moins 4 membres dont le médecin obstétricien-gynécologue (membre d'un CPDPN), un médecin spécialiste de la pathologie pour laquelle l'indication est demandée (maternelle ou infantile), une assistante sociale ou psychologue et un médecin nommé par la patiente. Aucune interruption de grossesse ne peut se faire sans le consentement de la patiente. A la fin de cette réunion est fournie ou non, une attestation médicale à la patiente permettant la réalisation de l'Interruption Médicale de Grossesse.

Le médecin se doit d'informer la patiente au cours d'entretiens spécialisés sur les méthodes d'intervention, la durée de celle-ci et le temps d'hospitalisation nécessaire. Il doit fournir le nom des produits utilisés ainsi que les effets attendus et effets indésirables possibles. La patiente doit être au fait et comprendre les possibles complications dues à l'intervention.

Complications possibles lors de la réalisation d'une IMG : rupture utérine, hémorragie, infection, rétention placentaire

Une prise en charge avec un psychologue est possible à la demande de la femme ou du couple ainsi que par une assistante sociale. Sera évoqué avec eux la prise en charge également du fœtus (choix de réaliser une autopsie, de voir le corps, de déclarer l'enfant à l'Etat Civil et de l'inhumer s'il a moins de 22 SA ou pèse moins de 500 g ; si la grossesse est supérieure à 22 SA ou si le fœtus pèse plus de 500 g alors les démarches deviennent obligatoires quant à la déclaration à l'Etat Civil ; l'inhumation est obligatoire seulement pour les fœtus ayant plus de

22 SA). Des aides pour accompagner la patiente et le couple sont proposées également en dehors du champ médical via des associations de parents telles que « Petite Emilie », « l'Enfant sans nom – Parents endeuillés ».

- **La méthode médicamenteuse** est privilégiée particulièrement au-delà de 14 semaines d'aménorrhée. Elle se compose des mêmes traitements médicamenteux que l'Interruption Volontaire de Grossesse. Les traitements et leur posologie sont ajustés en fonction du terme, de la santé de la patiente, de ses antécédents gynéco-obstétricaux et de contre-indications possibles. Le travail est déclenché par l'ingestion des traitements. La patiente accouche alors par voie naturelle. Il lui est proposé une anesthésie le plus souvent par voie péridurale.
- **La méthode chirurgicale** est réalisée en cas d'échec de la méthode médicamenteuse soit en réalisant un curetage par aspiration soit en évacuant le contenu utérin après dilatation du col de l'utérus. La césarienne n'est réalisée que très rarement du fait d'absence d'indication fœtale.

Une consultation de contrôle est réalisée par la suite dans les 2 semaines.

Lorsque l'IMG est réalisée après 22 SA, le fœtus est médicalement considéré comme viable et alors la pratique d'un fœticide est nécessaire en amont de l'Interruption Médicale de Grossesse afin que l'enfant ne naisse pas vivant. Car nous rappelons que l'euthanasie d'un être humain n'est pas autorisée en France.

- **Fœticide**

Le fœticide consiste lors d'une première injection à réaliser une anesthésie du fœtus puis lors d'une seconde injection à donner une dose fœticide par Chlorure de Potassium ou par LIDOCAINE. Chaque établissement de santé présente son propre protocole. L'injection qui se fait à l'aide de l'échographie peut être intra-cordone ou si le cordon ombilicale est difficilement accessible, en intracardiaque.

Dans le cas de l'Interruption Médicale de Grossesse pour cause fœtale, le fœticide est justifiable d'après la loi lorsque l'enfant à naître présente une pathologie pour laquelle il n'existe pas de traitement curatif au moment de sa pratique. Depuis plusieurs décennies émerge un débat entre les différents spécialistes membres des CPDPN afin d'établir pour quels types de pathologies fœtales l'IMG est une réelle nécessité ou pas. La complexité des débats est liée à plusieurs grandes idéologies : l'éthique, la bioéthique, l'eugénisme... Nous prenons le parti de ne pas les développer dans cet espace.

Il ressort toutefois que le fœticide est donc légal. Dans le cas d'une indication maternelle, la controverse a à nouveau lieu, puisque s'affrontent toujours alors droits du Fœtus et droits de la Femme. L'ambiguïté du débat expose les soignants à des questions d'ordre idéologique qui se révèlent sans réponse, insolubles. Certains ont cherché à connaître la perception des soignants face à ce geste concret de « *faire mourir* » (4). Pour le rendre supportable, les étapes de l'Interruption Médicale de Grossesse et du fœticide sont diluées dans l'espace-temps. Il n'existe pas un seul acteur responsable puisque plusieurs soignants (médecins, sages-femmes, infirmières) sont sollicités tout le long de la procédure. D'après WEBER et al (4), certains médecins préféreraient à la manœuvre du fœticide, la mise en place de soins palliatifs pour accompagner l'enfant qui naitrait alors vivant. Parallèlement une étude montre que les sages-femmes en salle de naissance se sentent, d'une certaine manière, soulagés par cette pratique qui

leur évite d'accompagner le nouveau-né dans la mort (26). Le ressenti des soignants quant au fœticide, bien qu'en accord majoritairement avec la pratique de l'Interruption Médicale de Grossesse, est donc globalement celui de la transgression. Les soignants restent des hommes emprunts de convictions sociales, morales et religieuses. Si peu que l'indication de l'IMG soit controversée au sein de l'équipe, alors le travail devient encore plus difficile.

En Résumé

L'Interruption Médicale de Grossesse s'inscrit dans la loi française. Cet acte médical voit ses indications modifiées selon l'évolution de la loi qui est elle-même co-dépendante de l'évolution de nos mœurs et coutumes. Il devient difficile de comparer les pratiques de chaque pays alors qu'ils ne présentent pas la même législation, la même histoire ou bien culture. Il semble que la difficile question des droits de la Femme et du Fœtus ne puisse être traitée de la même manière selon les régions du monde. Pour autant l'évolution sociétale qui s'inscrit dans le respect de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen et l'évolution de la définition de la Santé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) donnent une ligne directrice pour l'évolution des soins auprès de la femme et de la femme enceinte.

La pratique de l'Interruption Médicale de Grossesse par les obstétriciens est un acte « protocolisé », bien connu et maîtrisé. La plupart des indications d'IMG sont également des indications claires et établies tout comme les complications maternelles somatiques risquées au cours de ce geste.

III. Les Troubles Psychiatriques Puerpéraux

La grossesse est un état physiologique à risque de décompensation de pathologie psychiatrique. Elle comprend les pathologies déjà existantes et celles inaugurales en péri-partum. Le DSM-5 (27) crée le critère « *avec début périnatal* » pour toute pathologie psychiatrique débutant pendant la grossesse ou bien dans les quatre semaines suivant l'accouchement. En parallèle la CIM-10 (28) réintroduit la notion des troubles psychiatriques du post-partum (après que la CIM-9 l'ait retirée) avec le critère « *troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité* ».

L'Institut National de Santé Publique du Québec (29) distingue deux catégories de problématique au cours de la grossesse :

- Les problèmes de santé mentale qui comprennent le baby blues et le deuil périnatal
- Les troubles psychiatriques

1. Troubles de la santé mentale

La définition de la santé mentale se fonde sur la définition de la Santé donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle comprend les notions de « *bien-être émotionnel, psychologique et social* » de la personne. Ces notions au cours de la vie peuvent être mises à mal. Lorsque c'est le cas, le risque de développer une pathologie psychiatrique est plus important.

A. Le baby blues

Le baby blues est un état physiologique qui touche une grande majorité des femmes après la naissance. Cet état apparaît dans les premiers jours qui suivent la naissance (environ 3 jours plus tard) et cède rapidement, spontanément, avant la fin de la deuxième semaine de vie du nouveau-né. Il ne dure que quelques jours. Il comprend une variation importante de l'émotivité (sautes d'humeurs, pleurs, irritabilité, tristesse...), une fatigue importante, de l'anxiété, le sentiment de se sentir dépassée...

Si le baby blues perdure au-delà de la deuxième semaine qui suit la naissance, il représente un facteur de risque de dépression du post-partum et une évaluation médicale est nécessaire.

B. Le deuil périnatal

Le deuil périnatal s'apparente aux autres deuils. Il fait suite à la perte d'un fœtus (Interruption Volontaire et Médicale de Grossesse, Fausse Couche Spontanée, mort in utero) ou d'un nouveau-né. Il représente également un facteur de risque de développer un trouble psychiatrique. Les parents doivent pouvoir recevoir un accompagnement adapté.

2. Troubles mentaux

A. Troubles de l'humeur

a. Dépression

Episode Dépressif Caractérisé d'après le DSM-5

Critère A : Présence d'au moins 5 des symptômes suivants, pendant une période d'une durée de 2 semaines et représentant un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; 1. Humeur dépressive ; 2. Perte d'intérêt ou de plaisir ; 3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime ; 4. Insomnie ou hypersomnie ; 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur ; 6. Fatigue ou perte d'énergie ; 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ; 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ; 9. Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes ou tentative de suicide

NB : les symptômes 1 et 2 sont obligatoirement présents

Critère B : Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants

Critère C : Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale

Critère D : L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique

Critère E : aucun antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Dépression anténatale

La dépression anténatale touche environ 20 % des femmes (30). Elle représente un risque accru de dépression du post-partum et est rarement diagnostiqué au cours de la grossesse. La symptomatologie ne diffère pas de celle d'un épisode dépressif caractérisé mais ses symptômes sont plus facilement rattachés aux difficultés de la grossesse plutôt qu'à la dépression en elle-même. Ils peuvent se confondre avec les symptômes végétatifs du premier trimestre. Pour aider à son dépistage il existe un auto-questionnaire adapté : l'Edinburg Post-natal Scale EPDS dont le cut-off est à 11/30). Comme pour l'épisode dépressif caractérisé il

existe des facteurs de risque communs mais également des facteurs de risque plus spécifiques à la grossesse (absence de désir de grossesse, antécédents d'accidents obstétricaux, d'IVG, d'IMG, de procréation médicale assistée...) (31).

Dépression du post-partum

La symptomatologie de la dépression du post-partum doit se développer dans les 6 semaines qui suivent l'accouchement. Certains auteurs définissent la dépression du post-partum lorsqu'elle se déclare dans la première année qui suit l'accouchement. Elle peut être continue à une dépression anténatale ou être inaugurale. Le début des troubles est souvent insidieux. C'est 13 à 20 % des accouchées qui feront une dépression du post-partum (29,31). Environ une femme sur deux est diagnostiquée. La symptomatologie peut présenter comme particularité une indifférence affective, un sentiment d'incompétence à s'occuper du nouveau-né, des angoisses majoritairement tournés vers celui-ci, des phobies d'impulsions, une irritabilité avec aggravation vespérale, une forte asthénie et des troubles de l'endormissement. Lorsque la dépression est sévère ou qu'il existe un état de mélancolie (délirante ou pas), le risque suicidaire n'est pas à négliger. A celui-ci s'ajoute également le risque d'infanticide. La disparition du sentiment d'utilité de la femme doit être un signe d'alerte pour les professionnels de santé. La dépression du post-partum peut signer l'entrée dans une pathologie psychiatrique chronique telle que le trouble bipolaire ou bien le trouble dépressif récurrent. Une femme ayant fait une dépression du post-partum est plus à risque de développer une dépression lors d'une grossesse suivante.

b. Trouble Bipolaire

Trouble Bipolaire d'après le DSM-5

Présence au cours de la vie d'au moins un épisode Maniaque :

Critère A : Humeur élevée sur une période de temps délimitée d'au moins une semaine, humeur expansive ou irritable de façon anormale et persistante avec en parallèle une augmentation de l'activité ou de l'énergie

Critère B : **Présence d'au moins trois des symptômes suivants** ; 1. estime de soi augmentée, idées de grandeur ; 2. Diminution du besoin de sommeil ; 3. Augmentation des interactions et rapports sociaux ; 4. Fuite des idées ; 5. Distractibilité ; 6. Augmentation de l'activité ou agitation psychomotrice ; 7. Excès et activités à potentiel dommageable élevé

Critère C : Perturbation de l'humeur suffisamment grave pour perturber le fonctionnement habituel (professionnel, social) ou nécessitant une hospitalisation ou présence de caractéristiques psychotiques

Critère D : Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale

Ou d'un épisode Hypomaniaque :

Critères A et B (similaires aux critères de l'épisode maniaque mais moins sévères) présents sur une durée d'environ 4 jours

Critère C : Modifications notables du fonctionnement habituel

Critère D : Symptomatologie notable pour autrui

Critère E : La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel et social ou pour nécessiter une hospitalisation

Critère F : Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale

Associés ou non à un ou des EDC.

Il existe plusieurs types de Trouble bipolaire.

Le trouble bipolaire se partage entre accès maniaques parfois délirants, accès hypomaniaque et également potentiellement accès dépressif. Lors d'un épisode péri-partum, la manie est souvent précoce et de début brutal. La production délirante quand elle est présente,

est polymorphe avec une thématique essentiellement centrée sur l'enfant (délire d'influence, mystique, de persécution...). L'humeur est labile et peut facilement évoluer vers un état mixte voire mélancolique. Lorsque l'accès est plutôt mélancolique, la patiente ayant accouché est fortement impactée par un sentiment d'incapacité, d'insuffisance. La culpabilité, le déshonneur, l'idée de ruine et de mort sont principalement centrés sur l'enfant.

Le risque de raptus suicidaire et d'infanticide est réel.

Lors de l'arrêt du traitement pour une femme ayant un diagnostic de trouble bipolaire établi, le risque de rechute est important. C'est 50 à 70 % des femmes avec troubles bipolaires qui présenteront une perturbation de l'humeur après l'accouchement (29).

B. Anxiété et les troubles anxieux

L'anxiété est inhérente à la grossesse. Son intensité peut varier de légère jusqu'à devenir pathologique. C'est 15 % des femmes qui développeraient un trouble anxieux au cours de la grossesse (29).

Lorsqu'elle est physiologique nous parlons d'Anxiété spécifique, c'est-à-dire relative à la grossesse. Elle prend plusieurs formes selon le terme de la grossesse. Il en va de peurs touchant le fœtus, sa santé, de la capacité à être parent, la peur de l'accouchement en lui-même, etc... Elle s'apaise après la naissance au fur et à mesure du développement satisfaisant de l'enfant et permettrait à la mère d'être vigilante à la sécurité et aux besoins de l'enfant (Anxiété de séparation maternelle) (30).

Lorsque l'anxiété devient handicapante, pathologique, il peut être nécessaire d'introduire un traitement médicamenteux par Antidépresseurs (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine – ISRS) ou bien par Anxiolytiques (Benzodiazépines, Antihistaminiques). L'instauration d'un traitement médicamenteux (comme pour toutes autres pathologies) doit être évaluée avec sérieux puisqu'il existe une possible imprégnation du fœtus avec le passage des métabolites actifs à travers le placenta (par exemple : imprégnation aux Benzodiazépines, Syndrome Atropinique aux Antihistaminiques). Selon les différentes molécules une transmission à travers le lait maternel au cours de l'allaitement est également possible.

Les femmes qui développeraient une anxiété pathologique pendant la grossesse sont plus susceptibles de souffrir d'un Trouble Anxieux Généralisé (TAG) ou par la suite d'une Dépression du Post-Partum sans une prise en charge adaptée.

a. Trouble Anxieux Généralisé

Le trouble anxieux généralisé est une anxiété quasi quotidienne présente depuis au moins 6 mois qui engendre des dysfonctionnements importants. Il touche plusieurs aspects de la vie et associe à des soucis ou préoccupations excessifs, des symptômes physiques (asthénie, agitation, tension musculaire...). C'est 4 à 5 % des femmes en période périnatale qui seraient touchées par un TAG (29). Au niveau clinique nous retrouvons une tendance à s'inquiéter de manière excessive pour le bébé ou ses besoins ou par rapport à l'organisation au quotidien.

b. Trouble Panique

Lorsque l'anxiété s'associe à des attaques de panique régulières et inattendues, sans facteur déclenchant identifiable ainsi qu'à des symptômes physiques (tremblements, palpitations, sensation de souffle coupé, nausée, troubles digestifs...), nous parlons alors de trouble panique. Il touche entre 1 et 9 % des femmes pendant la grossesse. Les femmes ayant des antécédents de maltraitance, d'abus sexuels, de deuils répétés en amont ou bien au cours de la grossesse, sont plus à risque (facteurs de risque retrouvés également dans les autres étiologies sus et sous cités). Pour parler de trouble panique ou de toute autre pathologie psychiatrique, il est nécessaire que les diagnostics différentiels somatiques aient été éliminés.

c. Autres troubles

Troubles obsessionnels-compulsifs

Les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) se définissent par la présence d'obsessions (pensées, images, pulsions répétitives et récurrentes) et/ou de compulsions (comportements répétitifs, de lavage, de vérification). La réalisation des compulsions permet une diminution temporaire de la tension interne et de l'anxiété. Au cours de la grossesse et après l'accouchement ils portent principalement sur le bien-être de l'enfant. Il existe des phobies

d'impulsion ciblant l'enfant avec la peur de lui faire du mal, de le blesser accidentellement ou bien intentionnellement. Elles peuvent aller jusqu'à la phobie d'impulsion infanticide et sont source de stress et d'altération du lien mère-enfant.

Phobies spécifiques

Elles touchent toutes la population. Celles pouvant avoir un impact sur la grossesse et le vécu de celle-ci sont :

- L'émétophobie (peur de vomir)
- La tocophobie (peur d'accoucher)

Etat de stress aigu

Une autre expression des pathologies anxieuses est l'état de stress aigu. Il peut avoir lieu pendant la grossesse mais également après l'accouchement lorsque celui-ci a été traumatique. La symptomatologie de l'état de stress aigu associe habituellement « *un état de déréalisation, une amnésie dissociative, des flash-back, une sidération, des sursauts ou une angoisse diffuse* ». L'état de stress aigu est un facteur de risque de développer par la suite un syndrome de stress post-traumatique (si celui-ci n'est pas déjà préexistant). Les autres facteurs favorisants sont les événements antérieurs traumatiques (événements de vie, antécédents obstétricaux, d'abus...).

Syndrome de stress post-traumatique

Cette pathologie émerge après avoir été exposé à un ou plusieurs événements traumatiques qu'ils soient en lien ou pas avec la grossesse ou l'accouchement. Au cours de la grossesse, des facteurs favorisants ont pu être identifiés comme le diagnostic d'une anomalie fœtale ou une complication obstétrique. 3% des femmes enceintes souffrent d'un syndrome de stress post traumatique.

PTSD d'après le DSM-5

Critères A : **avoir été confronté à la mort ou à une menace de mort, à une blessure grave ou à des violences sexuelles** ; 1. En étant directement exposé à un ou plusieurs événements traumatisants ; 2. En étant témoin direct d'un ou plusieurs événements traumatisants ; 3. En apprenant qu'un ou plusieurs événements traumatisants sont arrivés à un membre de sa famille proche ou un ami proche. Dans les cas de la mort ou de la menace de mort d'un membre de la famille ou d'un ami, l'événement doit avoir été violent ou accidentel ; 4. En étant exposé de manière répétée ou extrême à des détails horribles d'un événement traumatisant

Critères B : **Présence d'un ou plusieurs symptômes d'intrusion associés à l'événement traumatisant** ; 1. Souvenirs répétitifs, involontaires et envahissants ; 2. Rêves récurrents dont le contenu et/ou les émotions sont liés à l'événement ; 3. Réactions dissociatives (rappels d'images, flashbacks) ; 4. Sentiment intense ou prolongé de détresse psychique lors de l'exposition à stimuli évoquant un aspect de l'événement ; 5. Réactions physiologiques marquées lors de l'exposition à des stimuli

Critères C : **Évitement persistant des stimuli associés à l'événement traumatique** ; 1. Évitement ou tentative d'évitement des souvenirs, pensées ou sentiments ; 2. Évitement ou tentative d'évitement des rappels externes (personnes, endroits, conversations, activités, objets, situations) qui ramènent à l'esprit des souvenirs, pensées ou sentiments pénibles relatifs à l'événement traumatisant

Critères D : **Altérations des cognitions et de l'humeur qui ont commencé ou ont empiré après la survenue du ou des événements traumatiques, au moins deux des symptômes suivants doivent être présents** ; 1. Incapacité de se souvenir d'éléments importants du traumatisme (amnésie dissociative) ; 2. Croyances ou attentes négatives, persistantes et exagérées à propos de soi-même, d'autrui ou du monde ; 3. Idées déformées persistantes concernant la cause ou les conséquences de l'événement qui poussent la personne à se blâmer ou à blâmer autrui ; 4. État émotionnel négatif persistant ; 5. Réduction nette de l'intérêt et/ou de la participation pour des activités ; 6. Sentiments de détachement ou de devenir étranger par rapport aux autres ; 7. Incapacité persistante de ressentir des émotions positives

PTSD d'après le DSM-5 (suite)

Critère E : Profondes modifications de l'état d'éveil et de la réactivité, au moins deux des symptômes suivants doivent être présents ; 1. Irritabilité et accès de colère ; 2. Comportement irréflecti ou autodestructeur ; 3. Hypervigilance ; 4. Réaction de sursaut exagéré ; 5. Problèmes de concentration ; 6. Troubles du sommeil

Critère F : Les symptômes décrits aux critères B, C, D et E durent plus d'un mois

Critère G : La symptomatologie entraîne une souffrance cliniquement significative ou une incapacité importante dans les dimensions sociale, professionnelle, ou toute autre dimension importante du fonctionnement

Critère H : La perturbation n'est pas attribuable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection

Types de PTSD

- **Avec manifestation différée** : Si l'ensemble des critères de diagnostic n'est présent que six mois après l'événement (bien que l'apparition et la manifestation de certains symptômes puissent être immédiates et que tous les critères ne soient pas satisfaits dans l'immédiat)
- **Avec symptômes dissociatifs** :
 - **1. Dépersonnalisation** : expérience persistante ou récurrente de se sentir détachée de soi-même comme si elle ne faisait qu'observer de l'extérieur ses processus mentaux ou son corps
 - **2. Déréalisation** : Sentiment persistant ou récurrent que l'environnement n'est pas réel

L'accouchement en lui-même peut déclencher par la suite un syndrome de stress post-traumatique. Ce cas de figure peut se voir, lorsque par exemple il fut nécessaire de réaliser en urgence une césarienne ou bien lorsqu'il a été hémorragique. La prévalence du syndrome de stress post-traumatique lié à un accouchement traumatique est estimé à 4% (29).

Lorsque le syndrome est déjà présent, son impact sur l'accouchement n'est pas négligeable non plus. BAYLE (32) rapporte que l'accouchement peut être source de reviviscences. La symptomatologie traumatique peut ainsi compliquer le travail et le ralentir.

C. Psychoses puerpérales

a. Episode psychotique bref avec début en post-partum

Il touche moins d'une à deux femmes pour mille naissances et survient dans les quatre dernières semaines de la grossesse et dans la première et deuxième semaine du post-partum. Au niveau sémiologique, nous retrouvons une symptomatologie délirante polymorphe mais principalement axé sur la grossesse (29).

L'insomnie, les fluctuations de l'humeur et l'irritabilité sont les premiers symptômes à apparaître. La symptomatologie thymique (symptômes dépressifs et de manie) est fréquente. Il peut exister un délire de négation de la grossesse en cours ou bien un délire centré sur l'enfant, avec un délire de filiation, la conviction qu'il y a eu substitution de l'enfant par un autre. A côté de la symptomatologie positive, nous pouvons retrouver une obnubilation, une confusion avec désorientation temporo-spatiale, un onirisme. Bien que moins fréquent que les autres troubles mentaux, c'est une urgence psychiatrique puisque le risque suicidaire et d'infanticide est important.

Ces épisodes délirants puerpéraux peuvent inscrire une entrée dans une pathologie psychiatrique chronique (50 à 80 % des femmes risquent d'en développer une, le trouble bipolaire majoritairement) ou être un épisode aigu (20 à 50 % des cas). Le risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure est d'environ 20 à 30 % (29).

b. Schizophrénies et troubles schizophréniformes

La schizophrénie est une pathologie s'étalant en un large spectre. Chez les patientes touchées par un diagnostic de schizophrénie, il est estimé que 50 % des grossesses ne sont pas planifiées ou souhaitées (29). La pathologie est en soi un risque de mauvaise observance au suivi obstétrical. Et le post-partum est un possible moment d'exacerbation des symptômes.

Schizophrénie d'après le DSM-5

Critère A : Au moins deux des symptômes suivants ; 1. Idées délirantes ; 2. Hallucinations ; 3. Discours désorganisé ; 4. Comportement désorganisé ou catatonique ; Symptômes négatifs (aboulie, diminution de l'expression émotionnelle)

Critère B : Niveau de fonctionnement (dans le travail, les relations interpersonnelles, l'hygiène) en dessous du niveau habituel

Critère C : Des signes continus du troubles persistent au moins 6 mois ; les symptômes du critère A doivent être présents au moins 1 mois

Critère D : Un trouble schizo-affectif, dépressif ou bipolaire ont été exclus

Critère E : Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale

Critère F : s'il existe des antécédents de troubles du spectre autistique, de troubles de la communication débutant pendant l'enfance, le diagnostic de schizophrénie est surajouté seulement si des symptômes hallucinatoires, délirants importants en plus d'autres symptômes nécessaires au diagnostic de schizophrénie sont présents pendant au moins 1 mois

DAYAN (30) fait part de trois types de tableaux vus en péri-partum, dont les deux premiers sont plutôt de début brutal et le troisième de début plutôt insidieux :

- « *Flambées schizophréniques* » dont la sémiologie associe une discordance idéo-affective, des bizarreries, de l'impulsivité et un repli autistique avec négativisme
- « *Schizophrénie dysthymique* » avec une excitation atypique, une dépression délirante et discordante
- Attitude de repli, hostilité, bizarreries, désintérêt pour l'enfant (soit négligée ou soignée de manière aberrante)

Ces femmes sont plus à risque de perdre la garde de leur enfant du fait d'un retentissement important de la pathologie sur les capacités d'autonomie et parentales (29).

D. Troubles des conduites alimentaires

Les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA) se déclarent principalement à l'adolescence et au début de l'âge adulte, rarement au cours d'une grossesse. Bien qu'il existe des difficultés liées à la fertilité dans ce type de pathologies certaines femmes avec un TCA peuvent devenir enceintes. Certaines auront une rémission partielle du trouble au cours de la grossesse mais d'autres auront toujours d'importants symptômes soit de restriction soit d'hyperphagie. La surveillance de possibles conduites de purge est une nécessité tout comme le bon développement intra-utérin du fœtus.

En Résumé

Les pathologies psychiatriques puerpérales s'inscrivent pour la plupart dans la continuité de pathologies déjà préexistantes. Lorsque la pathologie est inaugurale, s'ajoute aux difficultés d'un diagnostic plus ancien, le risque de retard diagnostic, de mauvaise prise en charge ou de difficultés d'acceptation.

L'impact de la pathologie psychiatrique de la mère sur le développement du fœtus puis celui (émotionnel, psychomoteur, langagier...) de l'enfant n'est pas négligeable.

L'observance des traitements et des soins conditionnent pour certaines femmes la capacité à s'occuper d'un enfant et de pouvoir répondre à ses besoins. Lorsque ce n'est pas possible, le risque de placement de l'enfant à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) est réel.

Contrairement à la pratique de l'obstétrique, la prise en charge psychiatrique est beaucoup plus soumise à des événements imprévisibles, personnels, environnementaux. « Protocoler » les soins est donc beaucoup plus difficile dans la pratique courante.

IV. Revue de Littérature

Cette revue de littérature a pour objectif de définir les indications psychiatriques d'un avortement thérapeutique dans la littérature scientifique internationale dans une démarche d'étude de la portée (Scoping Review).

1. Méthode

La méthodologie PRISMA-P (33) a été utilisée pour réaliser ce travail. La première étape a été de définir les mots-clefs de l'équation de recherche selon les bases de données utilisées (PubMed, ScienceDirect) afin de pouvoir recueillir des articles scientifiques concernant notre sujet. La sélection des articles faite, la seconde étape a été d'analyser la qualité des données recueillies et enfin d'en retranscrire les résultats. Les résultats ont été synthétisés sous forme d'analyse thématique.

Sélection des études

● La recherche via le moteur de recherche de **PubMed** s'est concentrée sur des termes précis du Mesh :

- Abortion, therapeutic
- Abortion, induced
- Abortion, applicants
- Pregnancy
- Pregnancy Complication*
- Mental Disorders
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- Therapeutics

Définissant ainsi l'équation de recherche : (("Abortion, Therapeutic"[Mesh] OR "Abortion, Induced"[Mesh] OR "Abortion, Applicants"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnancy Complication*"[Mesh]) AND ("Mental Disorders"[Mesh] OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"[Mesh]) AND ("Therapeutics"[Mesh])).

● **ScienceDirect** avait pour équation de recherche : ("Therapeutic Abortion" OR "Induced Abortion" OR "Applicants Abortion") AND ("Pregnancy") AND ("Mental Disorders" OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") et le type d'article comprenait : article de recherche, article de revue, encyclopédie, chapitre de livre, guidelines.

Les restrictions concernant la langue et les dates étaient utilisées si disponibles. La gestion des sources et des références bibliographiques a été effectuée via le logiciel Zotero, v.5.0.94.

Afin de rendre la revue plus lisible, les articles ont été ségrégués par leur titre, résumé et les langues française et anglaise sur la période du 1^{er} Janvier 1950 au 30 Juin 2021.

Analyse de qualité

La qualité de chaque étude a été évaluée grâce à différentes échelles :

- les lignes directrices COREQ pour les recherches qualitatives (34)
- les critères STROBE pour les études descriptives (35)
- les critères PRISMA-P pour les revues de littérature (33)
- les critères CARE pour les case reports (36)

Des scores ont été attribués pour chaque étude afin de pouvoir les comparer. Le nombre de critères présents dans chaque article a été défini et ramené au nombre de critères total. Aucune référence n'a été exclue mais les données ont été priorisées selon le degré de qualité obtenu. Les résultats ont ensuite été synthétisés sous forme d'analyse thématique.

2. Résultats

A. Présentation des résultats

● Via PubMed l'équation de recherche (("Abortion, Therapeutic"[Mesh] OR "Abortion, Induced"[Mesh] OR "Abortion, Applicants"[Mesh]) AND ("Pregnancy"[Mesh] OR "Pregnancy Complication*"[Mesh]) AND ("Mental Disorders"[Mesh] OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"[Mesh]) AND ("Therapeutics"[Mesh])) sélectionne 175 articles avant l'élimination des articles sans résumé et dans une autre langue que l'anglais et le français, rendant compte de au final de 73 articles. Chaque titre et résumé ont été lus et une première sélection a été faite par un premier lecteur, retenant 22 articles. Le deuxième lecteur a quant à lui sélectionné également 22 articles après une première lecture. Les lecteurs étaient en accord sur la validation de 18 articles communs. 4 étaient sélectionnés chez l'un mais pas chez l'autre. Les articles exclus communément étaient au nombre de 51 et avaient pour thèmes principaux :

- Les conséquences psychiatriques et psychologiques d'un avortement
- Les conséquences médicales d'un avortement
- La pharmacopée pour la pratique du geste
- La balance bénéfice/risque à la légalisation de l'avortement
- Autres sans lien direct (VIH, avortement pour fœtopathie...)

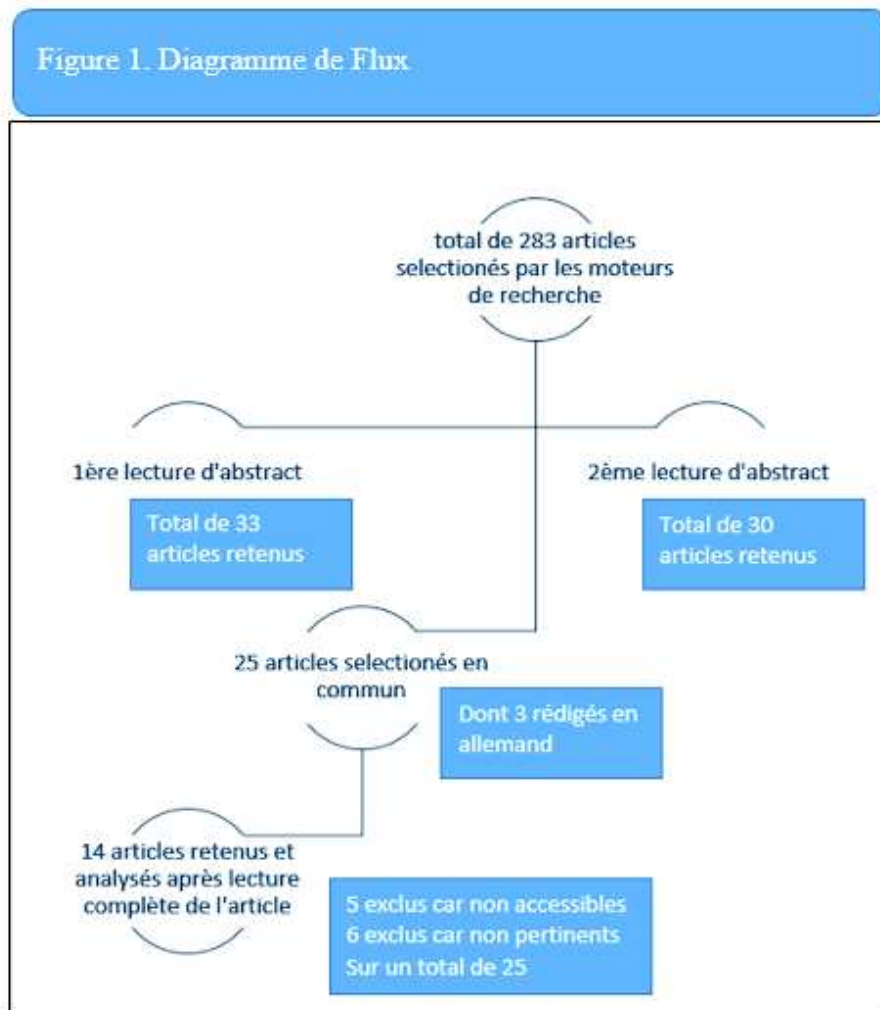
● Via ScienceDirect l'équation de recherche ("Therapeutic Abortion" OR "Induced Abortion" OR "Applicants Abortion") AND ("Pregnancy") AND ("Mental Disorders" OR "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders") sélectionne 210 articles. L'élimination des articles sans résumé n'a pu être réalisée automatiquement et s'est faite au fur et à mesure de la lecture. Nous avons également gardé les articles en anglais et le français. Chaque titre et résumé ont été lus et une première sélection a été faite par un premier lecteur,

retenant 11 articles. Le deuxième lecteur a quant à lui sélectionné 8 articles après une première lecture de résumé. Les lecteurs étaient en accord sur la validation de 8 articles. 4 étaient sélectionnés chez l'un mais pas chez l'autre. 41 articles ont été éliminés du fait de l'absence de résumé ou de la langue. Les articles exclus communément étaient au nombre de 199 et avaient des thèmes identiques à ceux retrouvés dans la base de données de PubMed.

Evaluation du degré d'accord entre les lecteurs

Le calcul du coefficient Kappa de Cohen a été réalisé afin d'évaluer la concordance entre les deux lecteurs concernant la sélection des études (33). Après la lecture des titres et résumés, le Kappa est à 0,818. Ainsi, l'accord entre les deux lecteurs a été considéré comme fort.

Les résultats de cette revue de littérature sont revenus insatisfaisants. PubMed et ScienceDirect ont rendu via l'équation de recherche un total de 25 articles potentiels dont 3 exclus car rédigés en allemand sur les 283 sélectionnés. Ces 3 articles ont été étudiés de principe afin de ne pas perdre de données potentielles. Parmi ces 25 articles, 5 n'ont pas pu être analysés du fait de l'impossibilité de les consulter (date de parution de 1974 à 1997). La sélection des articles est résumée dans un diagramme de flux PRISMA P (Figure 1).

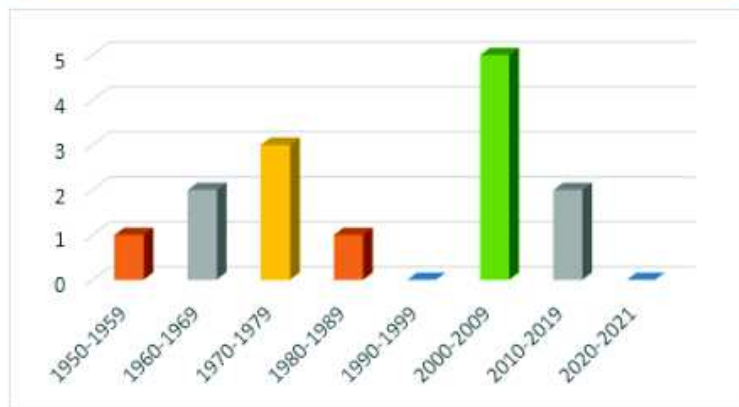


Au total, seulement 14 ont été retenus et analysés après lecture (Tableau 1), dont 1 qui devait être exclu du fait de sa rédaction en allemand. Mais afin de rester le plus exhaustif possible il a été conservé. 6 articles ont été lus et exclus soit par défaut de pertinence soit parce qu'ils n'apportaient pas d'informations supplémentaires à la revue. Les articles sont majoritairement issus de 2 périodes : les années 1970 et 2000 (Figure 2).

Tableau 1. Données des articles analysés

Article	PMID	Auteurs	Date	Revue
High-risk behaviours for the foetus in pregnant women : The medicolegal and judicial aspects	28934087	P Desaunay et al	2017	Journal of Gynecology & Obstetrics and Human Reproduction
The impact of psychiatric history on women's pre- and post-abortion experiences	26002806	J Van Ditzhuijzen et al	2015	Contraception
Ethical issues in treating pregnant women with severe mental illness	19517649	G Desai et al	2009	Indian Journal of Medical Ethics
At the boundaries of self-determination : Ethical and juridical dimensions of involuntary abortion and sterilization	17853377	J C Eschauzier et al	2007	Tijdschrift voor Psychiatrie
Compounding vulnerability : Pregnancy and schizophrenia	16500828	D M Dudzinski et al	2006	American Journal of Bioethics
Legal abortion for mental health indications		R J Cook et al	2006	International Journal of Gynecology & Obstetrics
Ethical challenges of decision making with pregnant patients who have schizophrenia		L B McCullough et al	2002	International Journal of Gynecology & Obstetrics
The mental health professional, the mentally retarded, and sex	6456978	E J Saunders et al	1981	Hospital & Community Psychiatry
Sterilization and therapeutic abortion counselling for the mentally retarded		C W Smiley	1973	International Journal of Nursing Studies
Therapeutic abortion follow-up study	4396846	A J Margolis et al	1971	American Journal of Obstetrics and Gynecology
Impact on hospital practice of liberalizing abortions and female sterilizations	5088474	A D Claman	1971	Canadian Medical Association Journal
The first year of experience in Colorado with the new abortion law				
Psychiatry and the abortion laws : An overview		W Droegemueller	1969	American Journal of Obstetrics and Gynecology
Psychiatric contraindications to pregnancy, with reference to therapeutic abortion and sterilization	13059643	J M Kummer	1953	California Medicine

Figure 2. Répartition des articles par décennie de parution



Description et scores des études

Elles sont majoritairement issues des Etats-Unis (7 articles dont 4 revues de littérature, 2 études descriptives, 1 case report), du Canada (3 articles dont 1 étude descriptive, 1 case report et 1 article d'opinion), des Pays-Bas (2 articles dont un case report et une étude descriptive), d'Inde (1 case report) et de France (1 case report). Concernant la qualité des travaux retenus, les revues de littérature, les case reports obtiennent des scores faibles. Les études descriptives obtiennent globalement de meilleurs scores.

B. Analyse thématique des résultats

Il est important de noter que la nosographie psychiatrique a pu évoluer en un siècle et que certaines classifications ont été exclues du DSM ou bien remaniées lors des rééditions. L'interprétation des articles doit se faire alors avec prudence. L'addictologie est elle-même classifiée dans ces travaux de différentes manières : soit incluse dans les pathologies psychiatriques, soit incluse dans les indications psychosociales. La signification du terme de « pathologie psychiatrique » ne peut donc pas être interprétée de la même manière pour chaque article et à fortiori selon les spécialités des auteurs.

Sociétés et débats

Les premiers articles retrouvés au sujet de l'avortement et de la psychiatrie concernent principalement le continent Nord-Américain. Ils s'inscrivent dans la seconde moitié du XX^{ème} siècle au moment où certains Etats font évoluer leurs lois concernant les droits d'accès à l'avortement. Les Etats-Unis d'Amérique restent globalement contre la possibilité d'avorter et les conséquences juridiques sont lourdes pour celui ou celle qui pratique un avortement illégal et celle qui en bénéficie.

En 1953 KUMMER et al (37) plaident pour une libéralisation de l'avortement chez certains types de patientes. A cette époque l'Interruption Médicale de Grossesse est légale aux Etats-Unis lorsque la vie de la mère est menacée. Seuls 3 de leurs Etats et un District ont des dispositions spécifiques pour la pratique de l'IMG si la « santé future » de la mère est en danger.

KUMMER et al parlent dans un discours psychanalytique, de « facteurs toxiques » qui seraient liés à des décompensations psychiatriques au cours de la grossesse chez des patientes ayant certaines vulnérabilités (trouble de la personnalité, antériorité de symptômes psychotiques en lien ou pas avec une précédente grossesse). Ils évoquent l'intérêt d'une

intervention psychiatrique précoce auprès de ces femmes, ce qui pourrait être considéré aujourd'hui comme un équivalent de la psychiatrie de périnatalité. Cela permettrait de considérer s'il était nécessaire un avortement thérapeutique. Ils ne précisent pas pour quel type de décompensations cette pratique serait pertinente.

SCHWARTZ (8) dans un souci de libéralisation plus globale de l'avortement, quant à lui évoque les conséquences psychiatriques d'une grossesse non désirée dans un article de 1968. Il dit toute l'importance d'une prévention primaire des pathologies psychiatriques par la mise en place de moyens de contraception. Il introduit sa réflexion par l'idée qu'ouvrir des droits plus larges à la réalisation de l'avortement pour cause psychiatrique et socio-économique permettrait selon lui de protéger plus facilement au niveau socio-économique et sanitaire les femmes célibataires qui auraient une grossesse non désirée et également les enfants nés dans des conditions illégitimes.

Il avance pour cela 4 arguments :

- Protection des femmes en évitant des avortements clandestins
- Contrôle démographique au niveau mondial
- Pauvreté majorée dans les familles nombreuses
- Liberté des citoyens, des femmes (notion de fœtus non viable au premier trimestre et donc indifférencié de la femme) et des hommes (avortement appartient à la vie privée, et doit être en dehors des droits de l'Etat) en citant pour cela le 14^{ème} amendement de la Constitution : « *No state shall [...] deprive any person of life, liberty, or property, without due process of law.* »

SCHWARTZ pense et note que les réformes concernant le droit à l'avortement sont rendues difficiles par 2 faits : les croyances religieuses et les croyances concernant les conséquences

psychiatriques de l'avortement chez la femme : « une sévère culpabilité et dépression ». D'autres auteurs (37) de l'époque qui sont catégoriquement contre « une indication psychiatrique » et citent : H.D. SINGER et al (38) qui mettent en avant ces conséquences psychologiques et psychiatriques pour justifier leur opinion.

KUMMER et al (37) expliquent l'importance de prendre en compte l'état de santé générale de la patiente enceinte, ses différentes croyances religieuses, morales et celles de son environnement et le désir ou non d'être parent. Pour établir pour quel type d'indications psychiatriques l'avortement thérapeutique peut être nécessaire, l'auteur fait référence à un article bien antérieur de 1933, où R.A. REIS recommandait l'avortement thérapeutique dans le cas de « réaction schizophrénique » (sous entendant une symptomatologie délirante) voire même la réalisation d'une stérilisation au vue des conséquences de cette pathologie pour la future mère et l'enfant à naître.

En 1967 est mené pour la première fois au cours d'une année, une étude épidémiologique descriptive des pratiques concernant l'avortement aux Etats-Unis (39). Le Colorado modifie ses lois en faveur de sa réalisation et les inquiétudes des professionnels se font ressentir quant à la modification de la pratique de leur métier et de leur rôle du fait de cette nouvelle loi. Depuis sa promulgation, DROEGMUELLER et al (39) rapportent que le taux d'avortements légaux dans le Colorado est multiplié par 8 en un an. Les indications sont diverses. En ressort qu'environ 72 % des avortements sont réalisés pour raisons psychiatriques (non précisées), 11,5 % sont des indications fœtales, 10 % dans des cas de viol et 6,5 % en raison de la santé physique de la patiente. Les indications de ces différentes catégories ne sont pas clairement exposées. Les auteurs concluent qu'il est nécessaire de clarifier les indications pour cause psychiatrique : « *Sûrement, avec l'expérience croissante, une définition plus précise des indications* »

psychiatriques pour l'avortement devra émerger. Cela a été et continuera d'être la demande la plus gênante pour la plupart des obstétriciens. ».

Dans la même veine, au cours d'une étude descriptive étalée sur une durée de 6 mois aux Etats-Unis, MARGOLIS et al (40) rapportent que pour l'année 1967, le nombre de demandes d'avortement thérapeutique a été de 55. Toutes les patientes avaient une grossesse inférieure à 20 semaines d'aménorrhée. 93 % des demandes ont été acceptées et parmi elles, 86 % étaient des indications psychiatriques. Parmi les femmes ayant bénéficié de l'intervention, 15 avaient une demande en réaction à une situation de stress aigu, 14 avaient des critères de névrose, 10 des « *troubles du caractère* » et 6 ont souffert d'une « *maladie psychotique majeure* » au moment de la grossesse ou dans le passé immédiat. Les 6 dernières n'avaient pas de problèmes psychiatriques évidents.

Dès 1971, les médecins canadiens pointent que leur nouvelle loi concernant l'autorisation des avortements thérapeutiques n'explicite pas ce que doit être la santé et donc pour quelles indications l'avortement est permis (41). Le discours des médecins de Vancouver est alors alarmiste du fait de la définition « large » donnée à « la santé » par l'Organisation Mondiale de la Santé : « Un état complet physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie et d'infirmité ». CLAMAN et al (41) notent à l'instar de DROEGMUELLER et al (39) un changement important dans leur pratique quotidienne en termes de demande et de travail. Au cours de l'année 1970 : 85 % des avortements sont réalisés pour cause psycho-sociale. Parmi celles-ci, 19 % sont du fait d'une psychose, 48 % pour cause de névrose sévère et 24 % du fait du contexte social sans comorbidité psychiatrique associée. Le risque suicidaire était quant à lui mentionné dans 40 % des demandes sans préciser la répartition selon les différentes indications.

Nous notons que pour ces différentes études, le pourcentage de demande d'avortement thérapeutique pour cause psychiatrique oscille entre 72 et 85 % sur une même décennie et un même continent. Les différents auteurs ne discriminent pas les indications psychiatriques de la même manière, parfois associant à celles-ci les indications psychosociales, les indications pour viol ou les différenciant (41).

Au Canada, les médecins tentent d'établir des protocoles de soins dans le cas de patientes ne pouvant être autonomes. C. SMILEY (42) en 1973 décrit une ligne directrice pour la prise en charge de patientes avec retard mental qui se retrouveraient enceintes

. Il statue sur la nécessité d'obtenir le consentement aux soins de la famille ou du mari pour toute femme ayant un retard mental sévère. Les recommandations à cette époque sont orientées vers l'avortement thérapeutique voire la stérilisation afin de prévenir une grossesse chez une patiente « émotionnellement instable et ayant un comportement versatile ». Il est mis en avant pour justifier de ces propositions, le soulagement des familles et de la communauté et la possibilité pour la patiente d'atteindre, une fois stérilisée, une certaine autonomie. Le discours concernant les personnes avec un retard mental léger est moins parti pris. Mais il suggère qu'une stérilisation ou que des avortements soient recommandés pour les patientes ayant déjà deux enfants, en argumentant sur les difficultés à s'occuper de manière satisfaisante des enfants lorsque la fratrie est supérieure à deux.

KUMMER et al (37) font référence à un écrit de 1947 par les médecins F.G. EBAUGH et K.D. HEUSER qui expliquent que l'avortement thérapeutique peut être envisagé dans certains cas de troubles maniaco-dépressifs (trouble bipolaire aujourd'hui) « en raison de l'incapacité de la patiente à s'occuper de l'enfant ». Ils contextualisent leurs propos en donnant les caractéristiques socio-psychologiques de la patiente en question. Elle doit être célibataire, sans doute se sentir coupable et se déprécier du fait de son état (grossesse en cours) et présenter

des « pulsions suicidaires fortes et énergiques ». Ces caractéristiques reflètent l'époque et les dispositions sociales et morales de la société à l'encontre des femmes. Cet état d'esprit introduit comme élément sociétal qui se cache derrière les indications à la pratique de l'avortement thérapeutique chez les patientes avec pathologie psychiatrique ou retard mental : le droit à être parent.

Cette notion du « bon parent » est reprise une décennie plus tard par SAUNDERS (social worker aux Etats-Unis) et marque la fin du XX^{ème} siècle par la même ambivalence quant aux prises en charge de patientes avec comorbidité psychiatrique. Et si l'avortement pour une femme ayant des capacités cognitives dans la norme est source de débat, certains auteurs sont plus déterministes quant à l'accessibilité de l'avortement pour les femmes avec un retard mental avéré. Cela révèle que la société impose des conditions normatives pour être mère.

Une autre idéologie prend forme en parallèle. C'est celle de l'eugénisme (diminuer le nombre de grossesse chez les personnes déficientes diminuera ainsi le nombre de personnes avec déficience à chaque génération) (42,43).

Cette recherche, de par l'argument de la pathologie psychiatrique, reprend également l'idée du chevauchement entre droits du fœtus et droits de la femme. En France en 2017, DESAUNAY et al (13) rapportent le cas clinique d'une patiente de 32 ans ambivalente quant à la poursuite de sa grossesse et à un accouchement sous le secret dans un contexte de risque malformatif fœtal mineur du fait d'une toxicomanie. Ils citent TABET et al qui statuent sur 3 objectifs pour la prise en charge de ces patientes :

- la prévention des situations générant un risque de maltraitance
- la reconnaissance et la compréhension de cette souffrance
- la nécessité d'un traitement

Ils mènent leur réflexion en se basant sur les difficultés psychiques de la femme induites par la grossesse. Pour cela, ils font une différence entre la notion de « *maltraitance fœtale* » (actions volontaires et conscientes à l'encontre du fœtus) et la notion de « *comportement à risque pour le fœtus* » (ambivalence et souffrance psychique entraînant un comportement délétère à l'encontre du fœtus).

Ils rappellent qu'il existe deux cas distincts en France lorsqu'une femme enceinte refuse des soins, par exemple une césarienne. Si celle-ci est vitale pour la mère, que le consentement de la patiente pour sa réalisation n'a pu être obtenu alors le médecin doit passer outre son refus. Il doit pratiquer les soins nécessaires pour sauver la vie de sa patiente. A contrario si la césarienne est « seulement » vitale pour le fœtus, il n'existe pas de loi interdisant à la femme enceinte de refuser l'intervention et donc des soins.

Les Pays-Bas semblent statuer sur une réflexion commune puisque J.C. ESCHAUZIER (44) fait référence dans un article de 2007 à une patiente atteinte de schizophrénie paranoïde et de déficience mentale. La question d'un avortement thérapeutique a été posée à un groupe d'experts juridiques (Inspecteur de Soins de la Santé de Limbourg et avocat d'une association néerlandaise pour la prise en charge des personnes en situation de handicap) qui rappelle alors que l'avortement ne peut avoir lieu que sur la base du volontariat chez une femme capable de consentement. La dérogation à cette loi ne pourrait être entendable qu'en cas de danger aigu ou imminent pour la mère.

Aide décisionnelle : Première étape – Evaluer la capacité de raisonnement de la patiente

R.J. COOK et al (45) comme la plupart des auteurs, introduisent leur réflexion en rappelant les lois de leur pays (ici Canada) concernant le droit à l'avortement thérapeutique. Pour la prise en charge de leurs patientes, ils soulignent que « *Les lois exigent des médecins de former des opinions professionnelles en toute bonne foi, sans être affectés par des idéologies particulières ou des intérêts personnels [...] Les médecins doivent alors former leurs propres évaluations en toute bonne foi à partir de ce qu'ils savent, apprennent et perçoivent raisonnablement au sujet de leurs patientes* ».

Les auteurs se positionnent et expliquent que la mauvaise santé mentale ne peut se résumer à une bouffée délirante aigue (épisode psychotique bref aujourd'hui) ou à une « aliénation mentale ». Elle comprend d'après eux également la détresse psychologique, la souffrance mentale associée à la perte d'intégrité personnelle et d'estime de soi. Ils mettent en avant la suspicion qui peut naître du corps médical et paramédical et qui entoure la patiente qui rapporte des idées suicidaires. « La détresse serait-elle une manipulation afin d'obtenir l'interruption de la grossesse ? » La question qui suit celle de la manipulation est « cette femme est-elle capable et compétente pour raisonner à ce sujet ? » mélangeant parfois les notions de capacité de discernement et capacité à être autonome en tant que personne : « Si, comme dans le cas d'un avortement délibérément provoqué, elles jouent elles-mêmes un rôle dans la décision de sacrifier l'enfant, elles risquent de le regretter toute leur vie. » (10).

DUDZINSKI (17) traite du cas clinique d'une patiente atteinte de schizophrénie avec pour autre comorbidité associée une polytoxicomanie. La patiente est ambiguë quant à la poursuite de sa grossesse, sa capacité de discernement étant clairement abolie par la maladie. DUDZINSKI peut écrire que pour pouvoir accompagner au mieux leurs patientes vulnérables

au cours de leur grossesse, il est nécessaire d'évaluer leur capacité de prendre des décisions volontaires.

Elle appuie sur le fait que les demandes cohérentes et persistantes sont plus susceptibles de refléter les préférences de la patiente vulnérable. DUDZINSKI met en garde contre les valeurs émiques des soignants qui pourraient conduire vers des interventions paternalistes et contre la croyance que tout fœtus est un enfant.

Dans la même veine que DUDZINSKI et DESAUNEY (13,17), G. DESAI et al (46) présentent des cas cliniques de patientes prises en charge selon les principes énoncés par McCULLOUGH et al. Cette aide décisionnelle (ci-dessous) à la prise en charge des femmes présentant une maladie mentale au cours de la grossesse a pour but d'éviter l'attitude paternaliste pouvant être prise lors du traitement de ces dossiers cliniques.

1. Le médecin s'informe de ce que ce que la patiente pense de son état, du diagnostic, du pronostic et des alternatives thérapeutiques disponibles
2. Il corrige et complète les connaissances de la patiente et de la personne de confiance
3. Il fournit et explique son jugement clinique sur toutes les stratégies thérapeutiques y compris l'approche attentiste
4. Le médecin collabore avec la patiente et la personne de confiance, selon les besoins et les demandes, pour les aider à se faire une idée aussi complète que possible de l'état de santé de la patiente
5. Il aide la patiente et la personne de confiance à identifier les valeurs et les croyances pertinentes de la personne
6. Il aide à évaluer les alternatives de traitement à la lumière des croyances de la patiente
7. La patiente et la personne de confiance essaient de comprendre de manière cognitive et évaluative son état et les stratégies de prise en charge
8. Le médecin fait une recommandation basée sur le jugement clinique
9. Une décision mutuelle est prise

Après quoi et à partir de l'attitude du médecin, McCULLOUGH et al (15) proposent 7 étapes pour évaluer la capacité de décision autonome chez une patiente au cours de ses soins :

1. La patiente prend connaissance des informations qui lui sont données par le médecin
2. Elle absorbe, retient et se souvient de ces informations
3. Elle peut raisonner à partir des événements présents jusqu'aux conséquences probables futures (compréhension cognitive)
4. La patiente comprend que ces conséquences pourraient lui arriver à elle ou à son fœtus et à son futur enfant si sa grossesse se poursuit jusqu'à l'accouchement (appréciation)
5. Elle évalue ces conséquences sur la base de ses propres valeurs et croyances (compréhension évaluative)
6. Elle exprime une décision pour ou contre la prise en charge clinique proposée ou recommandée. La décision n'est pas soumise à des facteurs externes (autres personnes) ou internes (tels que des hallucinations auditives).
7. La patiente est capable d'expliquer sa décision (sur la base de sa compréhension cognitive et évaluative)

Il est nécessaire pour permettre les premières étapes de ce processus d'appliquer une stratégie de décision assistée. Elle consiste à rétablir les capacités de raisonnement du patient. Elle lui permet de prendre ses propres décisions sans intervention extérieure paternaliste mais sans laisser la prise de décision aux aléas de la pathologie. Pour cela, il existe plusieurs possibilités pouvant être combinées :

- la médication
- l'assistance sociale
- l'éducation thérapeutique
- l'éducation sur les différentes options de prise en charge proposées

Si cette démarche est impossible, du fait par exemple d'une déficience mentale trop importante, alors les professionnels peuvent mettre en place une prise de décision par substitution en s'inspirant des valeurs et préférences connues des patientes ou en récoltant des informations sur leurs valeurs prémorbides. On évalue alors les conséquences de chaque prise en charge en fonction des valeurs personnelles de la patiente. Cette démarche doit pouvoir évaluer avec justesse le niveau de risque concernant la santé de la femme enceinte. En l'absence de tiers pouvant renseigner les professionnels et sans la collaboration de la patiente, il serait

nécessaire de décider pour elle en fonction de « la norme de l'Intérêt Supérieur » (Déclaration des Droits de l'Enfant de 1959) si le risque encouru par sa santé est raisonnable.

Aide décisionnelle : Deuxième étape – Evaluer l’indication psychiatrique

Au milieu du XX^{ème} siècle, J. KUMMER (37) donne quelques 8 indications des plus vagues qui pourraient mener le praticien à réaliser une Interruption Médicale de Grossesse ou bien même une stérilisation pour cause psychiatrique :

« Une histoire de maladie mentale

- liée à la grossesse ou à la parturition
- qui a nécessité une hospitalisation
- associée à des hallucinations, délires ou d'idées de référence
- nécessitant une thérapie de choc
- ayant duré un mois ou plus
- associés à des tendances ou tentatives suicidaires
- associés à des tendances agressives ou homicides
- chez d'autres membres de la famille »

Il conclue son raisonnement par le fait qu’un avortement thérapeutique doit être envisagé pour les patientes pour lesquelles la grossesse et l’accouchement pourraient entrainer une maladie psychiatrique grave qu’il définit selon 6 critères :

- Le risque que la patiente se blesse ou se suicide
- Le risque que la patiente blesse ou tue d'autres personnes (en particulier le bébé)
- Les difficultés de prise en charge (hospitalisation, contention, soins au nouveau-né)
- La majoration de l’angoisse
- La durée et la réversibilité de la maladie (qui pourrait se résoudre soit spontanément soit avec un traitement)

- La santé du futur enfant quant à l'hérédité de tels troubles et à son environnement

R.J. COOK et al (45) rappellent le modèle biopsychosocial d'ENGEL et al qui caractérise les maladies psychiatriques et qui peut guider les médecins dans leur réflexion. Il est décrit en 1980 par. Il permet de caractériser le terme « patient » comme un individu s'inscrivant dans un système social plus vaste (celui du champ médical). Le nom, l'âge, le sexe, l'état civil, la profession, etc., identifient également d'autres systèmes dont « le patient » est une composante. Ces différents systèmes font partie de l'environnement du patient et ont un impact sur celui-ci et donc sur l'individu en soi. ENGEL et al expliquent que le médecin doit toujours se concentrer sur la personne et non pas sur d'autres systèmes comme celui du patient (car dans le système de la médecine, le patient s'inscrit dans la compréhension de la maladie et du traitement et non pas de l'individu) afin d'éviter de biaiser son raisonnement.

Ainsi R.J. COOK et al définissent 3 catégories d'indication à l'avortement thérapeutique. La première étant le risque aigu de suicide. Il est d'après les auteurs le critère le plus clair d'une indication à réaliser le geste. A ce moment-là la grossesse est alors considérée comme un risque pour la vie. La seconde catégorie est la maladie mentale grave et/ou chronique (dépression sévère, trouble bipolaire, schizophrénie) associée à la demande de la patiente qui peut donner son consentement libre et éclairé et à une incapacité parentale de la patiente et de son partenaire. La pathologie psychiatrique doit avant tout être stabilisée. La troisième catégorie est le facteur de risque d'une future mauvaise santé mentale du fait de la grossesse, de l'accouchement ou de la parentalité (facteurs de vulnérabilité, de précipitation et/ou de maintien) dans des contextes de viol, de malformations fœtales, de circonstances sociales défavorables, de grossesse précoce.

Les causes de maladies psychiatriques sont regroupées en différents facteurs :

- de vulnérabilité (contexte à partir duquel un trouble peut émerger)
- de précipitation (évènement environnemental immédiat)
- de maintien (environnement et difficultés sociales chroniques)

Il est possible qu'un facteur de précipitation soit également un facteur de maintien.

Les décisions prises quant à la prise en charge de la patiente doivent donc évaluer les risques encourus selon ces 3 catégories d'indication tout en respectant la décision de la femme. Ils rappellent que si elle décide de demander une prise en charge pour laquelle elle est légalement éligible alors sa santé serait protégée par l'intervention. Ce choix peut générer chez le praticien des mouvements de contre-transfert en fonction de ses propres opinions. Afin de ne pas être sous l'influence de celui-ci il semble nécessaire de rappeler que la pathologie psychiatrique et en addictologie est multifactorielle et que le jugement clinique est basé sur des faits.

Conséquences psychiatriques post-abortum

Tout au long de cette revue de littérature de nombreux articles sont ressortis concernant les conséquences psychiatriques pour la femme à recevoir un avortement, leurs réalités ou non (47–49). Ils n’ont pas été sélectionnés par les lecteurs car considérés comme hors sujet. Est ressorti un article qui leur a semblé s’inscrire tout de même dans la revue.

J. VAN DITZHUIJZEN et al (50) mettent en avant que les femmes avec antécédents psychiatriques sont plus sujettes à avoir des doutes sur la réalisation d’un avortement que les femmes sans antécédents au cours d’une grossesse non désirée (OR=2,30 ; IC=1,29-4,09 ; p=.006). Les auteurs retrouvent que les femmes avec antécédents psychiatriques sont plus à même de subir des pressions de la part d’autrui pour qu’elles avortent. La probabilité pour que la pénibilité du vécu de cette grossesse non désirée était également supérieur chez les femmes avec antécédents psychiatriques (OR=2,23 ; IC=1,34-3,70 ; p=.002), tout comme le vécu de l’avortement lui-même (OR=1,93 ; IC=1,12- 3.34 ; p=.02). La majorité des femmes de cette étude tout groupe confondu pense tout de même que leur décision était la bonne. Les auteurs marquent leur conclusions par l’importance de statuer du statut psychiatrique des patientes avant la réalisation d’une interruption de grossesse pour ensuite pouvoir estimer les conséquences sur la santé mental de la femme en post-abortum.

Il semble également nécessaire de rappeler que l’ambivalence, la suggestibilité et l’influçabilité importantes sont des caractéristiques s’inscrivant dans de nombreuses pathologies psychiatriques et donc peuvent également justifier certains de ces chiffres en cas de pathologies non stabilisées.

3. Pour aller plus loin

A. Méthode

Cette première étape du travail s'étant révélée insatisfaisante sur le plan méthodologique et clinique, nous avons entrepris de compléter notre recherche standardisée par une recherche manuelle dans les moteurs de recherche PubMed, ScienceDirect et d'ajouter comme source, les moteurs de recherche Google Scholar et le Cairn ainsi que les bibliographies des articles précédemment étudiés. Cette démarche a permis d'ajouter des données à nos connaissances et de les répartir tout au long de ce travail. Celles concernant spécifiquement les indications psychiatriques d'avortement thérapeutique font suite, accompagnées de notions complémentaires introduites précédemment :

- Le droit d'être parent
- Une littérature biaisée

Nous avons pris soin d'exclure les doublons via le programme Excel ainsi que ceux qui n'apportaient pas de données nouvelles et avons utilisé des expressions entières à la place des équations de recherche et adapté les termes quand cela a été nécessaire pour la base de données francophone :

- Interruption médicale de grossesse
- Indications maternelles psychiatriques
- Therapeutic interruption pregnancy
- psychiatry

B. Résultats complémentaires

Indications psychiatriques (suite)

Dès le milieu du XX^{ème} siècle, ZARFAS (51) et ILLSLEY (11) listent quelques indications psychiatriques pouvant être un motif d'avortement thérapeutique. Tous deux interpellent déjà leurs pairs, comme le feront d'autres auteurs par la suite, en précisant que ces pathologies psychiatriques ne peuvent être en soi des indications systématiques :

- Risque de psychose sévère du post-partum dans un contexte de schizophrénie non amélioré par la prise en charge thérapeutique
- Risque de psychose sévère du post-partum dans un contexte de trouble de l'humeur non amélioré par la prise en charge thérapeutique
- Antécédent de psychose du post-partum
- Maladie psychonévrotique incapacitante (exemple : dépression réactive sévère)
- Risque de suicide avéré (risque de biais dans les études étudiant le taux de suicide chez les femmes enceintes car non prise en compte des grossesses désirées et non désirées dans la population étudiée et décès par suicide non enregistrés dans cette catégorie afin d'éviter la stigmatisation des familles (11))

ZARFAS (51) précise que certaines circonstances ne sont pas suffisantes en soi pour justifier le geste :

- Risque de maltraitance et d'infanticide
- Considérations eugéniques au vu des antécédents de la patiente
- Menace de suicide sans condition
- Névrose simple réactive à la grossesse

Plus récemment, c'est FIGA-TALAMANCA (52) qui fait un listing de pathologies habituellement éligibles à l'indication d'une Interruption Médicale de Grossesse :

- Menace de suicide (3 à 30% des demandes)
- Psychose du post-partum
- Psychoses
- Névroses (il serait alors nécessaire d'établir si la patiente aura « la santé physique, émotionnelle et sociale suffisante pour répondre aux besoins du nouveau-né »)
- Retard mental (il faudrait évaluer « les perspectives de fournir à l'enfant un environnement familial normal »)
- Anomalies congénitales (raisonnement basé selon « l'hypothèse qu'élever un enfant difforme serait préjudiciable à la santé de la mère »)

Ici encore nous retrouvons les parties pris des auteurs qui peuvent sembler par moment extrêmes sortis d'un contexte clinique et anamnestique. C'est pourquoi FIGA-TALAMANCA précise que malgré cette liste d'indications, en définir une relève de l'impossible.

La confusion entre indication psychiatrique et psychosociale s'explique par l'intrication entre pathologies psychiatriques et conditions socio-économiques. La nuance de chaque cas clinique se retrouve dans l'indissolubilité de l'évolution d'une pathologie psychiatrique en fonction de l'environnement et des conditions sociales dans lesquels se trouve la patiente. Cela entraîne une impossibilité de mettre en place un protocole de soins standardisé pouvant s'appliquer à chaque cas rencontré. Il semble donc que la littérature scientifique bien qu'aide substantielle et nécessaire ne puisse répondre de façon systématique aux problématiques posées par la demande d'une interruption de grossesse pour cause psychiatrique (51).

Cette relation fait également le lien avec l'indication pour cause psychosociale, qui n'est pas toujours différencier selon les études de la cause psychiatrique. ILLSLEY (11) définit le terme d'indication psychosociale en indiquant qu'il ne fait pas que référence spécifiquement à la pathologie psychiatrique mais également aux différents aspects entourant l'avortement c'est-à-dire les états de sentiments, les motivations et réactions et le contexte social par lesquels ils sont influencés.

Souffrir d'une pathologie psychiatrique et être parent ?

N.L. STOTLAND (53) fait part de la demande de maternité qu'elle peut recevoir de la part de ses patientes ayant des antécédents psychiatriques « qui pourraient compromettre la réflexion et le fonctionnement quotidien ». L'accès à la parentalité par la procréation médicale assistée fait interroger les soignants sur la pertinence d'être parent lorsque l'on présente ce type de handicap et sur leurs propres responsabilités face à l'enfant à naître. Comme argument, certains articles mettent en avant le danger potentiel que représenteraient la dépression invalidante, la manie incontrôlée, la psychose et la toxicomanie, pour les besoins fondamentaux de l'enfant, son développement, sa santé. Il n'empêche que la maladie mentale n'en est pas pour autant une contre-indication à la procréation et que justifier un avortement par celle-ci ne peut être raisonnable.

ZARFAS (51) met en avant l'importance de prendre en compte individuellement l'aptitude des patientes avec pathologies psychiatriques à élever un enfant. FIGA-TALAMANCA (52) se référant à MOORE-CAVAR (1974) explique que la maladie mentale ne peut être un facteur de prédiction quant à la réaction de la patiente si elle devait poursuivre sa grossesse et accoucher ou si elle devait avorter. Les prises en charge doivent être individualisées en fonction de l'histoire de la maladie, l'environnement, la réponse au traitement, de la pathologie...

Il existe toutefois des études qui ont montré les conséquences négatives sur la santé mentale des enfants élevés dans de mauvaises conditions environnementales et sociales. L'attachement de la mère, son lien à sa grossesse sont des facteurs influençant la santé future de l'enfant. L'avortement est décrit par FIGA-TALAMANCA comme un moyen de prévention primaire et secondaire. En 2021, cette approche reste discutable puisque la psychiatrie de périnatalité a pour but de prévenir les problèmes de santé de l'enfant et de la mère. L'avortement ne peut

donc pas être un argument absolu lorsque les conditions psychiatriques et sociales ne sont pas bonnes.

Littérature biaisée ?

Pour finir, la recherche scientifique est teintée par les controverses éthiques et politiques malgré le désir d'être objective. FIGA-TALAMANCA (52) dit : « Convictions personnelles deviennent évidentes dans le processus de présentation et de discussion des données scientifiques ».

Elle liste les différents biais retrouvés dans les études concernant les indications psychiatriques à l'avortement, ses résultats et conséquences :

- Etudes traitant le groupe « femme demandant un avortement » comme un groupe homogène
- Concepts psychiatriques étudiés mal définis
- Antécédents psychologiques et psychiatriques inconnues
- Nombre d'individus insuffisant
- Etendue des conclusions sur l'international alors que les études se font dans des conditions socioculturelles bien précise
- Validité d'une étude de courte durée puisque l'environnement connaît des mouvements importants au cours du temps

ILLSLEY (11) précise que dans la plupart des études, des biais de sélections existent tant sur le motif de la demande et du contexte de procréation des patientes ayant avorté que sur les caractéristiques sociodémographiques de celles-ci (âge, parité, niveau d'éducation, classe sociale, statut financier, région de résidence, santé mentale et physique, personnalité, état civil ou expérience antérieure de l'avortement).

En Résumé

La littérature scientifique ne fournit pas beaucoup de données sur l'épineuse question de l'avortement thérapeutique pour cause psychiatrique. Il ressort que le plus grand nombre d'articles publiés soit en lien avec des époques qui ont vu les débats émerger sur ce que devait être la pratique de l'avortement. Ils correspondent à des décennies de grands changements en ce qui concernent l'évolution des droits de la Femme, sa place dans la société. Bien que le médecin puisse avoir un raisonnement purement scientifique, il ne peut rester indifférent face au statut du fœtus et de l'embryon. La littérature scientifique est donc marquée de différentes convictions (religieuses, éthiques, personnelles).

Au niveau de la pratique médicale quelques-uns tentent de faire émerger une ligne directrice de bonnes pratiques quant à l'Interruption Médicale de Grossesse pour cause psychiatrique :

- Evaluer la capacité de discernement de la patiente
- Evaluer l'indication psychiatrique (sévérité de la pathologie, aigüe ou chronique, traitable ou non, induite ou pas par la grossesse...)

Au final il peut être conclu que bien que des situations semblent plus évidentes que d'autres, aucune ne peut être traitée de la même manière, même lorsqu'elles concernent des pathologies similaires.

L'intervention d'une équipe de Psychiatrie de Périnatalité au cours de ces prises en charges complexes semble une nécessité.

V. Etude de Cas

1. Cas clinique

Mme B est une **femme de 37 ans** qui ne présente pas d'antécédents médicaux et psychiatriques particuliers. Elle s'est présentée aux urgences du CHU de Rouen dans un contexte de **constipation** importante et de douleurs abdominales. Devant le motif de consultation, la prise en charge a nécessité de réaliser une échographie abdominale. **Mme B est enceinte**. Pour elle, c'est un choc. Elle vit actuellement chez ses parents originaires du Maroc et travaille comme animatrice. Elle n'a jamais eu d'enfant et **n'a constaté aucun signe pouvant l'amener à se dire qu'elle était enceinte**. Elle a des règles globalement irrégulières depuis toujours, ne prend pas de contraception et n'a pas de compagnon. Mme B va révéler aux urgences ce jour-là avoir subi une **agression sexuelle**, un soir de Février après avoir été au restaurant avec des amis. Elle ne connaît pas l'agresseur. Elle **a occulté complètement ce viol** et n'en a parlé à personne. Elle a continué sa vie.

Aux urgences, c'est donc le choc. Bien qu'accompagnée, elle est en **grand désarroi**. Elle doit faire face à la réalité de cette grossesse et à la réalité du viol qu'elle a subi. Elle est dirigée vers les urgences gynécologiques et **sa seule et unique demande spontanée est d'interrompre la grossesse**. La réalité de celle-ci est d'autant plus lourde à porter que depuis son annonce Mme B **ressent des mouvements actifs fœtaux**. Cela n'avait jamais été le cas auparavant.

La prise en charge débute sans délai et de nombreux rendez-vous médicaux, sociaux, psychologiques sont programmés. Mme B va devoir rencontrer obstétriciens, sages-femmes, psychiatres, psychologue et assistante sociale dans les prochains jours. Elle va devoir raconter son histoire, l'agression subie. Le délai pour une interruption volontaire de grossesse étant sûrement dépassé, **elle doit attendre le verdict** des médecins quant à sa demande d'IMG pour détresse maternelle.

Après ce premier passage aux urgences, Mme B rentre à son domicile. Elle consulte une sage-femme libérale. La mesure du cervelet du fœtus a permis d'estimer que la grossesse a débuté il y a de ça plusieurs mois. **Elle est à 37 SA.** Le début de grossesse est estimé à Février et la **date présumée d'accouchement à mi-Novembre.** Dans quelques semaines. L'angoisse qui la saisit est tellement importante qu'elle consulte de nouveau le soir aux urgences. Elle **est inquiète que la prise en charge ne soit pas plus rapide.** Elle **ne supporte pas de sentir le fœtus bouger.** Elle sera hospitalisée deux jours plus tard pour débiter les soins. Les obstétriciens et sages-femmes qui la rencontrent sont face à une femme déterminée dans sa décision de ne pas aller jusqu'au bout de cette grossesse. Mais ils font également face à une femme **débordée sur le plan psychique,** elle qui n'a jamais eu d'antécédent psychiatrique. Après une discussion collégiale, il est décidé de se donner quelques jours de réflexion quant à l'acceptation ou le refus d'une interruption médicale de grossesse. **La psychiatrie de périnatalité est interpellée.**

Mme B rencontre donc la psychiatre qui va l'accompagner ces prochains jours et la voir quotidiennement. Elle parle avec plaisir de son enfance, de son histoire familiale. Elle vit dans une **famille soudée.** Elle s'exprime sur le **fait de ne pas avoir d'enfant.** Mme B est **agitée, soucieuse.** Mme B est sidérée. Elle ne peut envisager la possibilité **de donner vie** à l'enfant. Elle **ne s'imagine pas vivre si l'enfant naît.** L'anxiété est telle qu'elle nécessite la prescription d'anxiolytiques. Il ressort des entretiens psychiatriques que Mme B se trouve dans un **état aigu psychique de désespoir.** Il n'y a « **plus d'issu** ». Elle ne tolère pas cette grossesse et ne peut imaginer accoucher de l'enfant. Elle ne voit d'autre alternative à l'interruption de grossesse que le **suicide.** Elle est dans cette situation où elle **cumule les traumatismes** : le viol, l'annonce de la grossesse et de son terme, l'annonce de la grossesse à sa famille. Mme B rapporte l'apparition de **symptômes de stress post traumatique** en lien avec l'agression. Elle peut dire ces derniers mois avoir fait des attaques de panique. Mme B se sent en danger. Elle a un sentiment

d'insécurité qui évolue et qui l'a isolé. Il l'a conduite à sortir dehors à chaque fois accompagnée d'un proche. **Ce sentiment s'est majoré ces derniers jours** alors qu'elle était hospitalisée dans le service. Elle fait de nombreux cauchemars. Elle a honte, est dans l'impossibilité de parler à ses proches de ce qui lui est arrivé. Quand il est proposé à Mme B d'**échanger au sujet de l'interruption médicale de grossesse avec sa famille ou même avec un représentant de sa religion, elle refuse**. Il existe une réactivation importante de la symptomatologie en lien avec la prise de conscience de la grossesse en cours et des mouvements fœtaux. **L'impossibilité psychique à envisager la grossesse et une issue naturelle à celle-ci** la plongent dans une anxiété majeure. Elle ne peut supporter de sentir le fœtus bouger dans son ventre autant que de l'imaginer vivant hors de celui-ci. L'enfant est « **monstrueux** », **associé à l'agresseur, savoir qu'il vit ailleurs n'est pas supportable**. Mme B ne voit aucune autre issue que l'IMG bien que la possibilité d'un accouchement sous X lui ait été proposée. L'IMG est la seule option lui permettant d'envisager son avenir. Malgré tout, elle s'inquiète de son état psychique, une fois que l'IMG sera pratiquée. **Elle a conscience des enjeux**.

Le dossier médical de Mme B **ferait part d'une première IVG lorsqu'elle avait 21 ans**. La grossesse aurait été **issue d'un viol également**. La patiente n'a pas parlé de cet antécédent spontanément. Mme B explique avoir occulté ce souvenir. Pendant cette hospitalisation le **médecin traitant est contacté**. Il a pu voir en consultation Mme B ces derniers mois pour divers motifs. **Il n'a pas eu connaissance de la grossesse** et Mme B ne l'a jamais évoquée. Il n'a pas non plus connaissance d'antécédent gynécologique particulier.

La patiente a pu en parallèle faire part de sa détresse aux sages-femmes l'ayant prise en charge tout au long de son hospitalisation. Elle a pu confier que le temps de réflexion pris par les médecins, afin de permettre de la prendre en charge au mieux, était vécu difficilement par celle-ci, que la temporalité de la situation n'était pas la même pour la patiente et pour les

soignants. **Elle est dans l'urgence.** Elle est pressée de pouvoir **remédier à son problème.** Elle revient régulièrement sur son souhait que l'IMG soit acceptée et **est suspendue** à cette décision. A sa deuxième rencontre avec la psychiatre, le silence s'installe lorsqu'est évoquée à nouveau la **possibilité d'accoucher sous X et par césarienne** afin d'éviter à la patiente un accouchement par voie basse d'un enfant vivant. L'accouchement par voie basse est intolérable pour la patiente. Elle semble accepter la possibilité d'un accouchement sous X. Quelques minutes après le départ du médecin, Mme B entend la conversation des sages-femmes dans le couloir et comprend que l'accouchement sous X est considéré. **Mme B ne souhaite pas donner vie à l'enfant.** La psychiatre est informée de la situation. Elle est certaine d'avoir eu l'accord de la patiente lors de leur entrevue.

Ce même jour, Mme B reçoit la visite de sa sœur. Elle pleure. Elle s'autorise à dire qu'elle est persuadée que l'équipe médicale prend du temps afin de permettre la naissance de l'enfant vivant. Elle ne se sent pas entendue. Afin de la rassurer les sages-femmes ont pu lui redonner des explications sur le cadre législatif de l'IMG. Si l'accouchement devait se déclencher avant la réunion de concertation multidisciplinaire, il serait possible de prendre une décision en urgence. Mme B est sujette pendant son hospitalisation à de **nombreuses céphalées et lombalgies.** A son 2ème jour d'hospitalisation il fut nécessaire de majorer le traitement par anxiolytique. La qualité de son sommeil est de plus en plus mauvaise. **Tous les jours elle rencontre les soignants et réitère sa demande d'interruption de grossesse.**

L'impossibilité pour Mme B de quitter le service ne lui a pas permis dans ce laps de temps de se présenter au CASA et de déposer plainte pour agression sexuelle. Dans ce contexte le Procureur de la République est saisi par l'obstétricien référent. Un signalement est rédigé afin de permettre une réquisition des prélèvements d'ADN qui seront effectués sur le fœtus et la patiente afin de permettre une enquête judiciaire. Après réunion multidisciplinaire réunissant

obstétriciens, sage-femme, psychiatre, psychologue et assistante sociale en charge du dossier, **l'IMG est validée pour détresse psychologique maternelle entraînant un péril grave pour la santé de la patiente.** Mme B est informée le jour-même de cette réunion. Elle s'est apaisée rapidement après l'annonce. Elle peut prendre des temps de repos qui auparavant lui étaient impossibles. Mme B ne revient pas sur sa décision. **L'équipe médicale va devoir pratiquer une interruption médicale de grossesse avec fœticide dans les prochains jours.**

Mme B est dirigée en salle de naissance à 37 SA +6 jours, dès 8h du matin. L'accouchement est long et se termine le lendemain, 13h passées. Une manœuvre fœticide par GEMISA 200µg est effectuée en amont. Mme B entend les cris de femmes qui accouchent dans les salles à côté de la sienne et les pleurs des nouveaux nés. **Elle n'est pas isolée.** Elle est impressionnée par la souffrance de certaines femmes et n'est pas dérangée par les cris des enfants qui naissent. Le médecin obstétricien référent de Mme B est présent afin de soutenir la patiente qui est épuisée et demande de l'aide. La naissance a nécessité l'utilisation de ventouse car la progression fœtale est difficile et Mme B fatigüe. La délivrance est complète. L'autopsie n'a pas été souhaitée par la patiente. **Mme B n'a pas souhaité voir l'enfant ni connaître son sexe** et a choisi de confier le corps à l'hôpital pour **crémation. Comme pour tout accouchement elle souffre des répercussions de celui-ci.** Elle nécessite la suture d'une déchirure simple de la fourchette vulvaire.

Après l'interruption médicale de grossesse et le retour en chambre, les sages-femmes ont constaté que Mme B est **calme, fatiguée.** Elle se dit **soulagée** que ce soit terminé. Elle **peut dormir et ne verbalise aucun regret** quant à sa décision.

Le lendemain de l'accouchement un officier de police est dépêché pour interroger la patiente sur les circonstances de son agression. Elle est inquiète de ce rendez-vous car elle **ne garde pas de souvenir précis de ce soir-là.** Elle peut dire le lendemain de cet entretien se sentir

fatiguée. Elle **n'était pas prête pour cette audition**, n'avait pas envie de parler. Mme B ne se souvient pas de ce qu'elle a pu dire à la police, elle a peur d'avoir donné de fausses informations afin de « **se débarrasser** » **rapidement de cette entrevue**.

Finalement, après quelques jours, la patiente se sent prête à rentrer à son domicile, chez ses parents. **Ils ne sont pas au fait de tout**. Elle refuse de prendre une contraception, n'en a pas besoin. Mme B est capable de parler de son accouchement, de sa longueur, de l'épuisement. Elle n'a pas eu mal avec la mise en place de l'anesthésie par péridurale. **Elle évoque une amnésie des mois et des jours précédents**. Elle s'étonne des propos qu'elle a pu tenir et parfois même de leur **violence**. Elle **ne se reconnaît pas dedans**. Le jour de sa sortie, elle est accompagnée par sa sœur et son père.

2. Analyse du Cas

Ce cas clinique a été analysé sur la base de la théorisation ancrée. Le premier temps d'analyse a consisté à établir et synthétiser le cas par l'utilisation de mots-clefs puis dans un deuxième temps de dégager les thématiques principales du sujet.

Comment se construit la problématique de la prise en charge ?

« Mme B a **37 ans**. Elle est **célibataire, vit chez ses parents** et travaille comme animatrice pour jeunes. Elle n'a **pas d'enfant**. Elle sort peu, surtout depuis qu'elle **a vu sa sœur se faire agresser** dans un établissement de service public. Elle accepte cependant de sortir un soir, **accompagnée** d'amis pour aller au restaurant. Lorsqu'elle retourne à sa voiture pour rentrer chez elle, elle se serait fait agresser sexuellement. Elle **n'en parlera à personne** et mettra de côté l'agression **jusqu'à l'occulter complètement**. Elle note cependant qu'elle est **plus tendue** ces derniers mois et qu'elle a encore **plus de difficultés à sortir** sans pour autant faire d'association avec ce qui se serait passé. »

Au niveau psychopathologique et clinique, nous notons que Mme B présente un isolement social important. Ses interactions sociales sont limitées à son cercle familial direct et quelques amis. Elle sort peu, seulement pour se rendre à son travail. Elle a du mal à aller dehors seule et se sent vite en danger lorsqu'elle est en extérieur. Mme B présente des symptômes pouvant faire évoquer une agoraphobie. L'agression de sa sœur a été très traumatique et semble avoir modifié son comportement au quotidien. Ce traumatisme a donc été fragilisant et a engendré une anxiété importante. Mme B n'a jamais été suivie en psychiatrie, il est donc pour nous impossible d'établir si elle présente une pathologie psychiatrique dès cette époque.

Agoraphobie d'après le DSM-5

Peur ou anxiété, d'être dans des situations ou des endroits sans moyen de s'en échapper facilement ou dans lesquels aucune possibilité d'aide ne pourrait être disponible en cas de survenue d'une anxiété intense.

Au niveau social, c'est une adulte de 37 ans n'ayant pas pris son indépendance. Les raisons de cette situation ne nous sont pas connues. Elle n'a pas d'enfant et ne semble pas envisager d'en avoir. Elle ne s'occupe aucunement de prendre une contraception. Nous pouvons imaginer que cette marginalisation renvoie à beaucoup de personnes un sentiment de gêne, d'incompréhension. Le célibat est connoté de façon négative et l'absence de vie de famille également. Dans notre société il est difficilement acceptable qu'une femme de cet âge n'ait pas eue de conjoint et encore moins d'enfant. La femme sans enfant renvoie une image sociétale d'échec (« vieille fille »). Elle semble en marge (7). Le rôle de celle-ci est depuis longtemps ancré dans celui d'être épouse puis mère. Ne pas répondre à ces critères sociétaux peut faire naître inconsciemment chez l'autre de la pitié mais également du rejet. Elle est autre chose. A partir du moment où l'identification devient difficile un schisme se crée entre l'autre et nous, rendant les interactions moins évidentes. L'incompréhension engendre la suspicion.

VIAUX (7) rappelle dans son livre *l'Amour Infanticide*, que la femme une fois enceinte est aliénée au rôle de mère et à l'enfant à naître. Dans notre société le regard projeté sur la maternité étant un accomplissement, la refuser est difficilement compréhensible puisque rien n'est plus respectable que celle-ci. La femme refusant d'être mère devient donc déviante.

Dans le cas de notre patiente deux problématiques émergent au moment de la découverte de la grossesse : la grossesse et la maternité impossible. C'est ces deux notions, nous semble-t-il et leur indissolubilité dans notre situation, qui peuvent mettre en difficulté les soignants et

engendrer des problématiques pouvant entraver la réflexion clinique. Le bienfondé de la pratique médicale qui se doit d'être objectif et neutre est alors mis en danger.

Une grossesse impossible

Lors d'une agression sexuelle, la prise en charge médicale d'urgence comprend la réalisation entre autres d'un examen clinique et la réalisation d'examen complémentaires dont des sérologies, la prévention médicamenteuse du VIH et d'une grossesse potentielle, l'établissement de certificats médicaux attestant des lésions retrouvées.

Ici les soins de premiers recours n'ont pas pu être réalisés et la grossesse n'a pu être prévenue puisqu'il semble que notre patiente a occulté complètement l'agression par un mécanisme de défense psychique appelé dissociation.

Dissociation d'après le DSM-5 et la CIM-10

Respectivement : « *Désunion de fonctions normalement intégrées que sont la conscience, la mémoire, l'identité ou la perception de l'environnement* » et « *Perte partielle ou totale de l'intégration normale entre les souvenirs du passé, la conscience de son identité et de ses sensations immédiates, et le contrôle des mouvements corporels* »

L'état dissociatif est une composante de la réponse de sidération ou de figement. Il répond à une menace vitale lorsque la personne n'a pas pu y faire face soit par la négociation soit par une réponse de fuite, de combat. C'est une réponse physiologique face à une situation traumatique et un mécanisme de survie « *de dernier recours* ». Si cet état se répète et se prolonge au-delà de la période où il est nécessaire alors il peut conduire à différents états dissociatifs (par exemple : les états anxieux post-traumatiques aigus ou chroniques) (54). Il semble que notre patiente présente à plusieurs moments des états dissociatifs en réponse à des situations stressantes. La sidération est au premier plan que ce soit au moment de l'annonce ou bien au cours de l'hospitalisation. La mémoire de Mme B présente également des failles puisqu'au cours de sa prise en charge il est établi qu'il existe dans son dossier médical la notion d'une grossesse antérieure, issue également d'un viol et de la réalisation d'une Interruption Volontaire

de Grossesse. Elle explique avoir mis de côté ce souvenir et ces évènements de vie difficiles. L'agression de février elle-même, n'est pas un souvenir précis et après que l'officier de police l'ait interrogé à ce sujet, elle dit ne pas se souvenir clairement de l'entretien et des propos qu'elle a tenus. A sa sortie d'hospitalisation, elle s'étonne d'avoir encore une fois peu de souvenirs des jours précédents.

Mme B se présente aux urgences pour un trouble somatique sans imaginer être à 37 semaines d'aménorrhée. Le déni de grossesse est lui-même un processus dissociatif. Depuis toujours les obstétriciens et psychiatres étudient le phénomène de déni de grossesse. Beaucoup ne semblent pas d'accord ou parfois, suspicieux quant à la réalité de l'ignorance de la grossesse. Il existe plusieurs formes de grossesses niées. Le déni a proprement parlé où la femme ignore complètement la grossesse en cours, la grossesse dissimulée, la méconnaissance, les formes limites (30)...

Négations de grossesse

« Manifestations caractérisant le refus ou l'incapacité de la femme enceinte à reconnaître son état »

La dénégation de grossesse revêt des niveaux différents de « clivage conscient » (dissimulation à l'autre jusqu'à la dissimulation à soi-même).

Déni de grossesse

- Aménorrhée masquée par des métrorragies régulières
- Gain de poids minime
- Symptômes du premier trimestre absents

La révélation de la grossesse s'accompagne souvent d'une forme de sidération.

Dans ce contexte, il a donc été proposé après l'annonce de la grossesse, différentes alternatives pour la prise en charge de l'enfant à naître :

- accouchement sous le secret par voie basse
- césarienne et mise à l'adoption
- accompagnement médical, social et psychologique de la patiente pour l'aider à accueillir l'enfant

Les propositions de soins faites à la patiente n'aboutissent pas. Elle refuse l'accouchement sous X, par voie basse, par césarienne (fait exceptionnel de proposer de réaliser une césarienne chez une patiente qui n'a aucune indication). Mme B ne veut pas seulement de la grossesse mais elle refuse également la maternité. Elle se retrouve alors dans une position ambiguë : entre être une victime de violence et être une personne refusant les codes sociaux.

Il n'est pas rare qu'une grossesse déniée puisse tout de même aboutir à un lien mère-enfant satisfaisant. Il existe toutefois des cas de femmes rejetant leur maternité et abandonnant leurs droits parentaux au profit de l'adoption. Lorsqu'une grossesse est issue d'un viol une nouvelle difficulté s'ajoute à la construction du lien materno-fœtal, celle du lien à l'agresseur. Dans son ouvrage *Psychiatrie et Psychopathologie périnatales*, BAYLE (32) explique que lorsqu'une femme enceinte a des antécédents d'agressions sexuelles, il existe un risque pour l'enfant d'être « objet de rejet, un support de projections hostiles ou persécuteur » (32).

Une maternité impossible

Mme B a clairement expliqué qu'elle ne pouvait pas garder sa grossesse puisque depuis que celle-ci a une réalité, elle a des symptômes psychiatriques envahissants lui évoquant l'agresseur et l'acte subi. Les mouvements actifs fœtaux sont invivables, assimilés à la présence de l'agresseur lui-même. L'angoisse et la symptomatologie du PTSD se majorent nécessitant une anxiolyse médicamenteuse. Mme B souhaite arrêter la grossesse le plus rapidement possible.

Ce lien aurait pu être simplement rompu par la mise à l'adoption. Mais Mme B a de l'horreur pour le fœtus, il représente pour elle, symboliquement son agresseur, est une partie de lui. Elle peut le qualifier de « monstrueux ». Il n'est pas rare que des femmes ayant subi un viol et ayant une grossesse résultant de cette agression fassent le lien entre l'enfant et l'agresseur. L'enfant devient lui-même au niveau fantasmatique, potentiel agresseur ou potentielle victime. Au-delà de ces projections fantasmatiques, Mme B semble ne pas supporter son impuissance face à sa grossesse et face à ce fœtus. Le parallèle avec l'impuissance ressentie face à l'agresseur peut être supposé.

Mme B peut dire qu'il existe une relation de vie ou de mort entre elle et le fœtus, qu'elle ne peut exister s'il vit. La crise suicidaire est réelle, évaluée par plusieurs professionnels comme la psychiatre et la psychologue. Ce qui avait été perçu au premier abord comme le simple rejet de la grossesse, se transforme en un rejet de la maternité et va au-delà du lien qui se construit entre un parent qui élève un enfant. Il ne peut, pour Mme B y avoir de lien direct ou indirect entre elle et le nourrisson.

Les soignants vont réaliser que la demande de la patiente ne correspond pas à leurs objectifs de soins. Les besoins sont différents. A ce moment se dessine la première problématique de la situation. Que faire du fœtus ? La loi autorise l'avortement thérapeutique

jusqu'à terme en France si une indication médicale fœtale ou maternelle est retrouvée. Dans le cas de notre patiente il existe une crise aiguë suicidaire ayant pour cause la grossesse. L'état psychique est lié à l'état physique. Une interruption médicale de grossesse est donc licite. Ce qui n'a pas été perçu par les soignants c'est la demande sous-jacente de la patiente de ne pas permettre la vie pour l'enfant.

Demande inconcevable

Mme B a refusé les propositions faites au cours de son hospitalisation quant à l'accouchement sous le secret. Elle demande une IMG pour cause maternelle et réaffirme qu'elle ne peut vivre si l'enfant l'est également. Se pose plusieurs questions :

- le risque suicidaire est-il réel ?
- raisonnable ou majeur ?
- est-ce une simple menace ?
- demande-t-elle réellement le fœticide bien que le fœtus soit viable ?

Dans notre situation, l'inconcevabilité idéologique du fœticide s'explique du point de vue médical par le bon état de santé apparent du fœtus. Les médecins obstétriciens sont habitués à réaliser des IMG pour motifs fœtaux et plus rarement maternels. Il n'empêche que la réalisation du fœticide est toujours un moment « désagréable ».

Hors notre fœtus n'est apparemment pas malade, l'échographie obstétricale est rassurante. Il paraît donc inopportun d'envisager que l'IMG pour cause maternelle mette fin également à la vie du fœtus alors que celui-ci est viable. C'est tout de même la demande intrinsèque de Mme B. L'Interruption Médicale de Grossesse doit mettre fin à la grossesse et à la présence du fœtus qui sont les causes de la crise aiguë psychique et de la décompensation de la symptomatologie post-traumatique.

Il semble cohérent et indiqué d'après l'évaluation psychiatrique (développée ci-dessous) que mettre fin à la grossesse permettrait de résoudre la crise psychique. En effet les entretiens psychiatriques et psychologiques révèlent une clinique faisant évoquer un PTSD franc et une crise suicidaire. Mais ces indications, on ne sait pour quelles raisons, perdent de leur poids face à la réalité d'une grossesse à terme. L'inconcevabilité de la demande crée une distance entre les

soignants qui risque de redevenir des hommes subjectifs et Mme B qui risque de perdre son statut de patiente et de redevenir dans ce cas une femme (accessible à la critique). Cette procédure est sûrement le nœud du débat pour notre équipe et la source de potentiels désaccords sur la prise en charge.

En 1960, JEFFCOATE (10) médecin obstétricien note que la solution de facilité pour le médecin psychiatre dont la patiente présente une grossesse serait de stopper celle-ci. La dissonance rapportée entre les différents spécialistes est d'autant plus marquée que pour l'époque la psychiatrie de périnatalité n'est pas encore une réalité et que les techniques d'avortement présentaient des risques de complications importants. Il met en avant également que l'analyse du risque encouru par la santé de la femme à poursuivre sa grossesse reste une opinion et qu'elle peut se révéler incorrecte. L'idée que des avortements soient pratiqués sans risque réel pour la santé de la femme est alors pointée. Il craint que l'indication pour cause psychiatrique maternelle ne soit pervertie afin d'interrompre des grossesses non désirées. Crainte qui est renforcée par les divergences d'opinion existant parmi les psychiatres. Et bien que certains médecins mettent en avant l'indication d'une Interruption Médicale de Grossesse dans le cas d'une crise suicidaire déclenchée par celle-ci, l'indication pour anxiété aigüe accompagnée d'une menace suicidaire quand la grossesse n'est pas désirée a donc toujours été débattue. Mais c'est la confrontation des différents points de vue des soignants qui amènent à une vision plus objective de la prise en charge que l'IMG soit d'indication maternelle ou fœtale (21). Il convient tout de même de rappeler que l'IMG est définie pour répondre à une seule problématique : la pathologie fœtale ou maternelle et non pas les deux.

Confusion de langage

Il existe 2 confusions dans cette prise en charge.

La première a lieu, et nous l'avons développé ci-dessus, principalement entre les besoins de la patientes et les objectifs de soins des soignants. Cette différence d'objectifs thérapeutiques n'est pas le propre de ce type de situation. On retrouve les mêmes difficultés et dissonances par exemple entre le patient atteint de diabète et son endocrinologue quant au respect d'un régime alimentaire et de la bonne observance d'un traitement limitant la fréquence des hyperglycémies. Cette dissonance est liée à de multiples problématiques que nous n'approfondirons pas dans ce travail mais qui touchent principalement à celle de la communication et des buts recherchés par chacun (bonne qualité de vie versus bon état de santé).

La seconde confusion touche spécifiquement le médecin psychiatre et la patiente. Elle résulte de la première et également des difficultés à mettre de côté les idéologies de chacun. Elle a lieu au moment où lors d'un nouvel entretien un silence s'établit entre la patiente et son psychiatre car la question de l'accouchement sous X est à nouveau évoquée. Plusieurs interprétations de la situation sont possibles :

- le silence de la patiente reflète un accord tacite quant à la proposition de prise en charge mais celle-ci change d'avis après le départ du médecin
- le silence de la patiente reflète un désaccord qui n'est pas verbalisé et la subjectivité du médecin le lui fait interpréter comme un accord

Il semble que ces difficultés à faire la part des choses entre des faits objectifs et des analyses subjectives se justifient par la mise de côté inconsciente de la problématique psychiatrique maternelle. La maladie psychiatrique n'étant pas palpable, sa réalité peut être plus facilement

discutée face à une pathologie mesurable en termes de norme et de biomarqueurs biologiques et face à la réalité du fœtus.

Santé mentale maternelle

Mme B présente plusieurs facteurs de risque de développer une pathologie psychiatrique (55).

Les facteurs pré-traumatiques sont pour notre patiente les antécédents d'exposition à la violence et une similarité entre certains traumatismes (sœur agressée dans la rue au couteau, notion d'antécédent de viol), une anxiété préexistante voire même un possible trouble anxieux généralisé puisque Mme B présente une agoraphobie (s'isole, difficulté à sortir seule, peur des espaces publics). Le sexe féminin est également à prendre en compte comme facteur de risque intrinsèque.

Concernant l'acte traumatique, bien qu'il n'existe pas de définition claire pour expliciter la sévérité d'un événement traumatique, il semble que la violence de l'acte, les blessures subies, la perception de menace pour la vie, l'aspect intrusif et déshumanisant que revêt le viol en lui-même, l'imprévisibilité et l'absence de contrôle soient des facteurs prédictifs de PTSD. Il est impossible de préjuger quant à l'importance de la réaction physique de la patiente au moment de l'agression mais l'occultation complète de l'événement fait évoquer une dissociation péri-traumatique corporelle et émotionnelle massive (facteur de risque en soi de développer par la suite un PTSD).

Nous notons également l'absence de soutien social tant sur le plan structurel que fonctionnel (peu d'interactions sociales en dehors du cercle familial et à la suite de l'agression auprès de ses proches). Aucune prévention secondaire n'a pu être mise en place. Elle n'a pu bénéficier d'aucune aide médicale ni psychologique après son agression.

En parallèle Mme B est de nouveau exposée à des facteurs de stress au moment où lui est annoncé la grossesse. Cet événement catalyse l'apparition d'une symptomatologie préexistante,

évoluant à bas bruit depuis plusieurs mois déjà mais que des facteurs protecteurs avaient permis de contrôler partiellement. Il s'agit du facteur de précipitation.

Au niveau clinique, Mme B présente depuis plusieurs mois une anxiété plus importante associée à de nombreux sursauts et une hypervigilance. Elle a mis en place des conduites d'évitement en ne sortant quasiment plus à l'extérieur sauf pour se rendre sur son lieu de travail. Nous n'avons pas notion si à cette époque les reviviscences sont déjà présentes ou évoluent à bas bruits. Elle répond néanmoins partiellement au diagnostic de PTSD (critères A, C, D, E, F du DSM-5).

Depuis l'annonce de la grossesse, Mme B rapporte en entretiens médicaux psychiatriques la présence de symptômes qui satisfont aux critères manquant du DSM-5 (critères B, G, H). Elle décrit des reviviscences, un sentiment d'intrusion. Les mouvements actifs fœtaux qui n'étaient pas perceptibles auparavant, stimulent la mémoire traumatique. Le sommeil est agité avec de nombreux cauchemars. Elle ne se sent plus en sécurité, même au sein de l'hôpital et décrit un sentiment de honte. Mme B est en colère, plus impulsive, en situation de détresse psychique importante qui entraîne une indication à une hospitalisation.

Après l'annonce de la grossesse, en plus de la symptomatologie traumatique se lie à celle-ci une réaction de stress aigüe qui engendre des idées suicidaires scénarisées. Dans la littérature, la crise suicidaire n'est pas clairement définissable. Les signes cliniques sont peu spécifiques et difficiles à appréhender.

Crise psychique

Lors de la crise le patient présente un état d'insuffisance de ses moyens de défense, un état de vulnérabilité, le mettant en souffrance. Cet état n'est pas toujours apparent.

La crise est un état réversible, temporaire, non classé « nosographiquement ». Elle est une rupture d'équilibre relationnel entre le sujet et son environnement. La tentative de suicide en est une des manifestations possibles.

Le cadre nosographique est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et de l'anamnèse. Elle est donc difficile à identifier. Il n'est pas rare qu'un patient en crise consulte un médecin quelques temps avant un passage à l'acte.

Notre patiente présente plusieurs facteurs de risque de passage à l'acte, qu'il est important de noter. En premier lieu nous notons les facteurs de risque primaires. Elle verbalise spontanément des idées suicidaires et son intention de passage à l'acte si le problème de la grossesse n'est pas résolu. Mme B est comme nous l'avons vu plus haut, sûrement atteinte d'un PTSD qui fragilise en soi ses capacités d'adaptation (coping). L'association à une autre comorbidité psychiatrique comme un probable TAG augmente les risques de suicide également. Et en second lieu, Mme B est très isolée sur le plan social, elle a subi plusieurs événements de vie négatifs (viol ; agression de sa sœur).

Crise suicidaire

La crise part d'un sentiment d'être en situation d'échec vers un sentiment de ne pouvoir échapper à la situation. Il s'agit d'une impasse. L'élaboration d'idées suicidaires définit la crise suicidaire en elle-même. Elles peuvent être de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. Il représente une solution d'échappement à la crise.

Notons que la symptomatologie de la crise suicidaire peut être fluctuante, très expressive et par moment plus discrète. L'apparente tranquillité de la patiente à certains temps de l'hospitalisation ne peuvent être interprétés comme un moment de « mieux être ». Ces états plus

calmes, en apparence, apaisés peuvent être à risque et cacher un syndrome pré-suicidaire de RINGEL. Les moments de colères notés au cours des entretiens psychiatriques et psychologiques sont également des indicateurs quant au risque suicidaire puisque l'impulsivité et la tension interne sont des facteurs de risque de passage à l'acte.

Le niveau de dangerosité de la crise suicidaire peut être évalué. Chez notre patiente le niveau de souffrance est important avec un désespoir et un sentiment d'impuissance majeur. Le degré d'intentionnalité est également élevé puisqu'il existe un scénario, des ruminations envahissantes concernant le fœtus et les conséquences de la grossesse. Le niveau d'urgence est a priori moyen mais la grossesse étant quasiment à terme la prise en charge se doit d'être immédiate et réactive et augmente le niveau d'urgence (56).

Au-delà de cette symptomatologie explosive, qui pourrait faire évoquer une possible hospitalisation dans un service de psychiatrie, le médecin psychiatre s'est vu évaluer la capacité de discernement de Mme B. La patiente garde tout au long de ses entretiens cliniques la même détermination dans son choix de soins. Elle répète et persiste à demander une interruption médicale de grossesse. Elle est capable de parler librement d'elle-même, de ses choix de vie et d'argumenter de façon cohérente. Elle peut percevoir les conséquences de chacune des propositions de soins faite. L'idée d'une hospitalisation en soins libres dans un service de psychiatrie afin de traiter les pathologies en cours pourrait-être une proposition de soins, mais il faut rappeler que la découverte de la grossesse à lieu tardivement, que cette solution demanderait de prodiguer des soins médicaux sur plusieurs semaines. Ils ne pourraient répondre dans un délai satisfaisant à la problématique. Là encore, une hospitalisation sous contrainte (à la demande d'un tiers) ne pourrait être justifiable que si la patiente voyait ses capacités de discernement abolies et qu'une personne de son entourage proche accepte de contribuer à la procédure de soins sous contrainte. Deux éléments non acquis. Cette hypothétique prise en

charge ne semble pas respecter la loi et pouvoir s'appliquer à Mme B. Nous sommes tenus par notre travail de soignant d'accompagner nos patients dans les soins en respectant leur volonté bien que celle-ci soit parfois discordante de nos propres objectifs.

Temporalité

La temporalité de cette prise en charge se décline en plusieurs étapes selon les différents points de vue des protagonistes (patiente – soignants). Nous notons que cette temporalité est diamétralement opposée entre la patiente et les soignants et engendre cette difficulté à redonner sa juste place à chacun.

Du point de vue de la patiente, la prise en charge se dessine en trois étapes :

1. le choc de l'annonce
2. la lenteur perçue des soins
3. le retour au calme

En parallèle le vécu des soignants s'oppose :

1. le calme de l'annonce et de la mise en place des soins standards
2. la vitesse de prise de décision
3. le choc du choix de la prise en charge ?

La première étape de ce cas clinique est celle de l'annonce de la grossesse. Il semble clair pour les soignants s'étant occupés de Mme B que la prise en charge typique d'une grossesse de découverte tardive soit pluridisciplinaire. L'interne de gynécologie-obstétrique ayant reçu Mme B aux urgences, engage dès le lendemain les démarches pour les soins que ce soit du point de vue obstétrical, psychologique et social. Bien que les rendez-vous soient pris rapidement, il existe une certaine forme de tranquillité du fait de l'habitude à gérer ce genre de situations. Pour Mme B le vécu est opposé. Le choc de l'annonce la plonge dans un besoin viscéral de résoudre « la situation » au plus vite. Elle réclame des soins immédiatement et fait part de son intention

d'interrompre la grossesse dès le premier jour. L'attente entre l'annonce et le début des soins est vécue douloureusement.

La deuxième étape de ce cas a lieu après l'hospitalisation de Mme B. Pour les soignants et médecins, elle consiste à réaliser une prise en charge, adaptée. Le fait que la grossesse soit si avancée engendre le besoin de répondre de façon urgente à la problématique. Elle demande une réflexion rapide, juste et médicalement adaptée. Cette situation étant exceptionnelle, aucun protocole de soins existant auparavant ni une expérience antérieure ne permet une prise en charge standardisée. Les médecins se retrouvent donc pressés de répondre aux besoins de la patiente du fait du terme de la grossesse alors que le cas demande une réflexion clinique importante. Cette urgence vécue est donc opposée ici encore à la lenteur perçue des soins par la patiente qui en vient à se demander si le corps médical œuvre pour son bien-être et sa santé.

Le vécu de l'urgence s'inverse après la troisième étape de ce cas qui est la prise de décision de réaliser l'IMG. Il semble qu'une fois décidé les soignants se retrouvent à réaliser un geste médical pour lequel le vécu reste douloureux. Mme B semble partiellement soulagée dès l'accord donné. La réalisation de l'avortement et à fortiori l'accouchement et la délivrance lui rendent sa place de patiente.

En Résumé

Ce cas clinique met en avant différents aspects de la prise en charge qui s'entrechoquent. D'un côté les soins obstétricaux et de l'autre les soins psychiatriques. La symbiose des deux spécialités nécessite un temps d'adaptation pour les soignants afin que l'une et l'autre puissent être pratiquées en respectant la patiente.

Il ressort que la mécanique du corps peut faire oublier celle de l'esprit car elle est palpable. Le temps et la communication sont les principales variables pour permettre une prise en charge adaptée. Prendre en compte dans ce type de situations, toutes les possibilités futures concernant la femme enceinte et l'enfant à naître selon telle ou telle décision médicale, risque de faire perdre de vue aux médecins la problématique de la santé actuelle de la patiente.

VI. Discussion

La place de l'Interruption Médicale de Grossesse quand la vie de la mère est en jeu existait bien avant le vote de la loi VEIL. Avec cette loi, la pratique médicale de l'avortement s'est vue modifiée. La loi VEIL n'a pas seulement permis l'accès à l'avortement sur demande, elle a aussi ouvert la porte à des indications plus larges d'Interruption Médicale de Grossesse. Cette porte a pu être franchie avec l'émergence dans les années 1980 de la pratique du diagnostic prénatal. Selon la structure de soins où se pratique l'Interruption Médicale de Grossesse et selon les caractéristiques de ses spécialités médicales, chirurgicales, les motifs d'indication fœtale peuvent être influencés. La tolérance face au handicap et la capacité de la structure de soins à y remédier, ont donc défini pour quelle ou quelle indication un avortement thérapeutique était judicieux (57). PIEL et al (21) notent que les indications fœtales peuvent également être à la limite de l'indication maternelle pour des pathologies n'entraînant pas un engagement du pronostic vital du fœtus. La frontière étant mince, source de débats entre les praticiens, on peut facilement imaginer qu'une Interruption Médicale de Grossesse pour cause maternelle dans un contexte où la pathologie n'est pas palpable soit également une indication pouvant mettre en difficulté les soignants. PIEL et al rappellent alors pour justifier la préservation de l'indication psychosociale et allons plus loin l'indication pour cause psychiatrique qu'il existe si ce n'est pas un danger imminent, un réel danger pour la santé future de la femme. Décider et permettre la préservation de cette santé d'un point de vue médical et en accord avec la définition donnée par l'Organisation Mondiale de la Santé, ne peut donc exclure de sa réflexion le contexte social et psychologique en lien avec la poursuite de la grossesse. Ces indications maternelles psychosociales et psychiatriques restent donc fragiles dans notre société de par la forme même que prend la pathologie maternelle et par la prise en compte du fœtus dans le processus décisionnel.

En France c'est au XIX^{ème} siècle qu'un premier regard médical se porte sur les troubles psychiatriques émergeant lors de la grossesse ou en post-partum. L'intérêt pour cette spécialité s'essouffle et il faut attendre la Seconde Guerre Mondiale et ses conséquences pour que l'Angleterre crée les premières unités d'hospitalisation mère-enfant. En France le regard porté sur la psychiatrie de périnatalité est celui d'une intrication entre santé mentale maternelle et développement de l'enfant passant par la qualité des interactions précoces. La psychiatrie de périnatalité s'est développée dans un premier temps par l'observation de pathologies pouvant émerger chez la femme enceinte ou la nouvelle accouchée. Puis l'augmentation des connaissances en lien avec la psychopathologie du nourrisson et de l'enfant a amené à considérer cette spécialité comme un outil de prévention primaire quant à la santé de l'enfant. La pratique de cet art amène donc à devoir considérer deux patients lors d'une seule prise en charge : la mère et l'enfant. Respectivement chacun s'individualise pour obtenir des soins spécifiques mais le médecin ne peut les séparer complètement. Il a donc l'habitude de travailler pour deux, tout en devant respecter l'histoire de la patiente qui avant la naissance de l'enfant reste l'entité principale. Considérer la femme enceinte et le fœtus sur le même plan d'égalité peut facilement se comprendre. Lorsque la grossesse est souhaitée, bien investie, la future mère place le fœtus en tant que tel. Il a l'espace pour exister. Les soignants sont donc en lien dans les situations les plus courantes avec une majorité de femmes qui souhaite leur maternité. Lorsqu'une mère nécessite des soins plus spécifiques, ils ont l'habitude de traiter à la fois la mère, le nourrisson et la relation mère-enfant. Alors quand une femme se présente afin de se séparer de son rôle de parent, il peut exister une incompréhension. La comparaison avec les autres patientes est rapidement faisable et nous avons vu que notre société est suffisamment parti pris pour engendrer des préjuger. Les conditions de vie de la patiente vont également pouvoir jouer un rôle préjudiciable si celles-ci ne répondent pas aux attentes sociétales. Il est

alors facile de se laisser aller aux jugements de valeurs qui caractérisent si bien l'être humain. Cependant le rôle qui est assigné au soignant doit se dispenser de ces caractéristiques.

Etre et rester soignant dans notre situation, doit pouvoir conjuguer les connaissances historiques et sociales concernant l'avortement, quelle place prend les représentations sociales que nous avons de la maternité, de la femme et de son rôle dans la communauté, de notre position en tant que soignant et comment notre rôle évolue. Nous ne devons pas oublier que la maternité est toujours dans l'esprit du plus grand nombre, l'aboutissement d'une vie. Mais que cela ne signifie pas que des femmes ne ressentent ni le besoin ni l'envie de devenir mère. En 1975 Gisèle MOREAU députée, prend la parole lors d'un débat parlementaire sur la loi VEIL : *« Le refus de l'enfant est non pas le refus de la maternité mais la constatation douloureuse qu'il ne sera pas possible d'apporter à cet enfant tout ce qu'il est en droit d'obtenir de la vie »*. Cette allocution en faveur de l'avortement, représente bien pour autant l'ambiguïté et le besoin qu'à la société de cacher l'absence d'envie de maternité. Pourtant certaines tentent déjà de faire comprendre que l'on peut être femme et ne pas vouloir être mère : *« A mon avis, chaque femme a le droit d'atteindre la maternité et d'y renoncer, et toute femme normale semble assumer émotionnellement ce droit, que ce soit légal ou non. »* (1945, Helen DEUTSH). Nous n'échappons pas encore à ces représentations culturelles et devons rester vigilant lors de notre pratique à les dépasser. Le risque de prendre en charge toute femme selon la même constante est celui de ne pas entendre les besoins de notre patiente et donc de ne pas faire notre travail correctement. La représentation de la maternité est liée à celle de l'avortement. Accepter toutes les formes de besoin d'être mère ou pas, pourrait amener à une plus grande tolérance face à l'avortement. Pour cela, il faudrait accepter de dissocier la procréation et la femme, de l'Etat et des besoins de celui-ci. L'évolution du statut de la femme par la loi pourrait donc mener le soignant à ne plus considérer la maternité comme un accomplissement. Cette première étape déjà difficile n'est pas le seul obstacle à une prise en charge bienveillante et juste.

Dans le cas d'un patient souffrant de pathologie psychiatrique, le soignant a comme autre difficulté celle d'appréhender la folie et les représentations sociales qu'il en a. La notion de folie dépend de la loi du plus grand nombre et sera toujours subjective puisque c'est l'observateur pétri de son histoire, de sa culture et de ses mœurs qui définit l'angle de vue. L'Homme a toujours cherché à la définir et la place de la folie a évolué en fonction des différentes sociétés. Tenter de la définir est viscérale puisqu'elle représente la peur de l'inhabituel : « *Nous appelons « folie » le monde mental d'un autre que nous ne comprenons pas* » (58). Lorsque le soignant se retrouve pour la première fois dans une situation inédite, son évaluation clinique est dépendante de ses propres perceptions sensorielles, de ses croyances et de sa culture. L'interprétation de la sémiologie, de l'anamnèse du patient varie selon qui se trouve face à lui. Il en est de même dans notre exposé. L'évaluation clinique objective de Mme B si elle veut pouvoir exister, doit échapper aux idéologies sociétales qui nous fondent. Se départir de sa subjectivité est un travail fastidieux qui nécessite de comprendre ce qui peut nous faire peur et la maladie mentale en fait partie.

La relation médecin-malade s'est construite principalement sur le schéma paternaliste. Bien que cette relation tende à évoluer vers un nouveau schéma où le patient devient acteur de sa prise en charge, le médecin est formé à proposer des prises en charge et à guider le patient vers celle qui lui paraît la plus appropriée. Le fondement du schéma paternaliste est celui de la bienveillance mais l'apparente toute-puissance que cette position donne, est source de dissonance quant aux objectifs de soins respectifs. Cette relation est l'héritage d'une société principalement patriarcale où l'homme est décideur face à la femme. On est en droit de penser que notre culture qui laisse une place prédominante aux hommes puisse donc interagir dans la relation du médecin et de sa patiente. Le risque est donc de penser pouvoir mieux comprendre, gérer et anticiper les besoins de cette femme et de décider de la prise en charge en annulant ses besoins au profit de ceux que l'on imagine.

Pour rester soignant il faut donc prendre en compte ces différentes notions. BEAUCHAMP et CHILDRESS (59) énoncent quatre principes afin que nous puissions prendre en charge nos patients de façon éthique : l'autonomie de la personne, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice. Dans notre cas clinique, il est nécessaire avant tout de déterminer qui est le patient entre la femme et le fœtus. Le respect de l'autonomie de Mme B passe par la possibilité pour celle-ci d'exprimer son besoin. Respecter l'autonomie est également, comme nous l'avons vu précédemment, la nécessité de prendre en compte la capacité de discernement de la patiente au moment de sa demande. La bienfaisance est la capacité de prendre en compte l'environnement et les circonstances de vie de la patiente. Il semble toutefois réducteur de limiter le principe de bienfaisance à la seule écoute et adhésion à toute demande faite par une patiente sans prendre le temps de la réflexion. Ne pas nuire à l'autre définit la non-malfaisance. Le médecin ne doit pas nuire à l'autre lorsqu'il prend ses décisions, pour cela il doit rester attentif à sa patiente et ne pas imaginer connaître mieux ses besoins. Et le dernier principe, celui de la justice semble vouloir traiter de la prise en compte de chaque demande sans modification de leur traitement selon les circonstances de celle-ci. Ainsi la subjectivité peut être « moins compliquée » à exclure de la prise en charge.

Pour chacun de ces 4 principes, le risque de les annuler au cours de cette prise en charge complexe était réel. Donner une place au fœtus n'était pas impossible, refuser l'Interruption Médicale de Grossesse, entreprendre les démarches pour un accouchement sous X étaient réalisables. Pour cela il aurait fallu ne pas tenir compte de la capacité d'autonomie et de discernement de Mme B ; négliger les conditions du début de grossesse et mettre au second plan l'environnement de Mme B ; il aurait fallu négliger le principe de non-malfaisance qui ne pouvait pas exclure le risque suicidaire. Enfin pour ne pas accéder à la demande de soins de Mme B pour laquelle l'indication médicale était valable et validée par deux médecins, il aurait fallu que les médecins malgré la loi prennent le parti de ne pas réaliser l'acte médical. « l'IMG

a donc été réalisée comme un soin apportant « une solution » à une situation de désespérance » (19).

Au vue de ce travail, préserver les enjeux éthiques qui se jouent lors d'une demande d'Interruption Médicale de Grossesse pour cause maternelle psychiatrique nécessite de pouvoir identifier les problématiques principales des soignants et des patientes et identifier comment y répondre. L'analyse de leur vécu, de leur perception de ces situations difficiles et quelles stratégies d'adaptation ils mettent en place nécessiterait de poursuivre ce travail par une recherche médicale orientée en sciences humaines. C'est ce que nous nous proposons de présenter dans un prochain travail de mémoire. La mise en place de stratégies de travail pourrait aider les soignants dans le vécu de leur travail, les sensibiliser aux situations exceptionnelles et permettre d'augmenter la qualité de nos soins.

VII. Conclusion

L'indication d'Interruption Médicale de Grossesse pour cause psychiatrique reste globalement peu étudiée. Lorsque c'est le cas les termes employés dans la littérature scientifique sont tellement généraux qu'il semble difficile de s'appuyer exclusivement sur celle-ci pour aider les médecins à prendre en charge leurs patientes enceintes. La première étape de mon travail a tenté d'établir un contexte législatif, social à la problématique de l'avortement dans le monde et en France. Cette partie peu scientifique m'a semblé pour autant nécessaire afin de décrire de la manière la plus objective possible la littérature scientifique. Elle reste néanmoins incomplète et mériterait d'être développée sur de multiples autres plans comme celui de la religion, de la philosophie, de l'eugénisme, de la perception de la maladie mentale dans notre société, etc...

Devoir établir un contexte social et culturel rappelle que la Médecine ne peut jamais être véritablement scientifique elle-même (60), à fortiori dans le cas de la Psychiatrie qui pour autant se développe de plus en plus sur le plan neurobiologique. La compréhension de la pathologie psychiatrique reste obscure pour ceux n'ayant pas été formés à celle-ci. La maladie psychiatrique et l'Addictologie ont des étiologies multifactorielles ; leur évolution clinique est dépendante de leur environnement et la réponse des soins doit être globale, pluridisciplinaire et intégrative. Plusieurs soignants et corps de métiers sont donc nécessaires pour pouvoir prendre en charge un patient de façon neutre, impartiale et objective. Ne pas oublier que nous sommes des êtres subjectifs et se focaliser sur la réalité de la clinique psychiatrique est sans doute le plus sûr moyen de pouvoir y parvenir.

La spécialité de Gynécologie-Obstétrique est au service du corps de la Femme, elle répond à ses besoins en dehors et pendant la grossesse. Cette spécialité l'accompagne et intervient sur

une très grande partie de sa vie, pas seulement d'un point de vue mécanique, mais également dans les domaines de la contraception, de la sexualité, de la procréation...

Dans la seconde étape de ce travail, l'étude du cas clinique de notre patiente met en évidence, sans doute de façon extrême, différentes problématiques qui se posent aux médecins et soignants dans leur pratique au quotidien et qui dépassent les frontières des spécialités : le respect des droits de la patiente, le principe de non malfaisance et de bienfaisance (59), la lutte complexe pour établir un équilibre entre prise en charge paternaliste et plus libérale, etc...

Lorsque la Psychiatrie rencontre l'Obstétrique il est alors nécessaire que la communication entre les différents corps de métier et spécialités soit fluide afin de limiter le contre-transfert des soignants envers des patientes qui souffrent de pathologie psychiatrique (15). Le rappel régulier à la neutralité et à l'objectivité clinique, même au sein d'équipes expérimentées et professionnelles, semble primordial pour permettre une prise en charge éthique et juste. A l'extrême, le risque de laisser la place à la morale dans notre travail est d'établir que certains méritent des soins et d'autres pas. Nous deviendrions partiaux, comme pour Mme B, qui par sa complexité sociale, idéologique, anamnétique aurait pu perdre son statut de patiente du fait qu'elle ne correspond pas aux normes de notre société. Elle n'a pas reconnu les signes d'une grossesse en cours alors qu'elle a l'âge, les connaissances pour le faire et le niveau intellectuel pour comprendre la situation. Elle demande l'arrêt de sa grossesse et refuse la maternité...

Les multiples tenants et aboutissants qui entourent l'avortement, la femme, le fœtus et la maladie mentale rendent ce travail difficile mais riche. Il semble que derrière la demande d'un avortement thérapeutique pour cause psychiatrique, la réelle prise en charge ne passe pas par l'acceptation ou le refus de l'avortement mais par le soutien à la femme enceinte pour qu'elle puisse prendre une décision éclairée, responsable et réfléchie et « l'aider à reprendre sa vie normale » (52). La psychiatrie de périnatalité doit alors être saisie.

En dernier lieu, bien que ce travail établisse que la littérature reste principalement attachée à l'histoire de son pays et aux mouvements de la loi et ne peut répondre complètement aux problématiques actuelles des soignants concernant l'avortement, il donne tout de même des pistes de réflexions. Il ressort que les lois font évoluer le métier de soignant au cours du temps. Les obstétriciens voient les indications d'Interruption Médicale de Grossesse s'élargir, les délais pour la pratique de l'Interruption Volontaire de Grossesse repoussés. Les psychiatres sont mis, eux, dans des situations d'arbitrage face aux demandes d'avortement pour cause psychiatrique (52). Le rôle du psychiatre est donc modélisé par la société qui : *« pour éviter tout débat politique ou moral, [...] a souvent recruté le psychiatre, avec sa perspective indéfinissable mais humaine, pour adoucir les dispositions sévères de la loi »* (11).

On pourrait alors reprocher à la loi de ne pas avoir établi de directives claires et anticipées quant au sujet de l'avortement thérapeutique. Avons-nous seulement la possibilité d'imaginer toutes les situations potentielles ? L'homme est imprévisible et sans doute la loi a-t-elle pris en compte cette variable en établissant une ligne directrice sans établir pour autant tous les tenants et aboutissants d'une prise en charge. Ce *« flou »* (WEBER et al) (3) permet la construction pluridisciplinaire d'une décision de soins s'adaptant à chaque situation. La littérature scientifique ne peut répondre précisément à la question posée dans ce travail puisqu'une situation clinique psychiatrique ne peut être comparable à une autre sans qu'il n'existe entre elles, une parfaite concordance. L'histoire de vie et ses événements, l'environnement social et matériel, la construction de la personnalité, la situation historique, politique et géographique du lieu de vie etc... rendent la chose impossible.

VIII. Bibliographie

1. Guillaume A, Rossier C. L'avortement dans le monde. État des lieux des législations, mesures, tendances et conséquences. *Population*. 18 oct 2018;Vol. 73(2):225-322.
2. Gorincour G, Tassy S. Décision d'interruption médicale de grossesse : le point de vue des soignants français. *Gynécologie Obstétrique Fertil*. 23 mars 2011;39:198-204.
3. Weber J-C, Allamel-Raffin C, Rusterholtz T, Pons I, Gobatto I. Les soignants et la décision d'interruption de grossesse pour motif médical : entre indications cliniques et embarras éthiques. *Sci Soc Sante*. mars 2008;Vol. 26(1):93-120.
4. Weber J-C, Memmi D, Rusterholtz T, Allamel-Raffin C. Le fœticide, une administration impensable de la mort ? *Soc Contemp*. 10 sept 2009;75(3):17-35.
5. Memmi D. Archaïsme et modernité de la biopolitique contemporaine : l'interruption médicale de grossesse. *Raisons Polit*. 2003;9(1):125-39.
6. ouvrage collectif. *Réflexions autour d'un tabou. L'infanticide*. Cambourakis. 2015. (Cambourakis).
7. Viaux J-L. *L'amour Infanticide*. 1^{ère} édition. Larcier; 2014. (Crimen).
8. Schwartz RA. Psychiatry and the abortion laws : An overview. *Compr Psychiatry*. 1 mars 1968;9(2):99-117.
9. Sintomer Y. Droit à l'avortement, propriété de soi et droit à la vie privée. *Temps Mod*. 2001;615-616(4):206-39.
10. Jeffcoate TNA. Indications For Therapeutic Abortion. *Br Med J*. 27 févr 1960;1(5173):581-8.
11. Illsley R, Hall MH. Psychosocial aspects of abortion. A review of issues and needed research. *Bull World Health Organ*. 1976;53(1):83-106.
12. O'Brien AJ, Golding CG. Coercion in mental healthcare: the principle of least coercive care. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. avr 2003;10(2):167-73.
13. Desaunay P, Cerf-Hollender A, Andro G, Gerardin P, Dreyfus M, Guenole F. High-risk behaviours for the foetus in pregnant women: The medicolegal and judicial aspects. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. mai 2017;46(5):431-7.
14. United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Policies 2017: Abortion Laws and Policies – A Global Assessment*. 4 août 2020; Disponible sur: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210049702>
15. McCullough LB, Coverdale JH, Chervenak FA. Ethical challenges of decision making with pregnant patients who have schizophrenia. *Am J Obstet Gynecol*. 1 sept 2002;187(3):696-702.
16. McCullough LB, Chervenak FA. *Ethics in Obstetrics & Gynecology*. Oxf Univ Press. 1994;5(6).
17. Dudzinski DM. Compounding vulnerability: pregnancy and schizophrenia. *Am J Bioeth AJOB*. avr 2006;6(2):W1-14.

18. Agence de la biomédecine. Rapport médical et scientifique de l'Agence de Biomédecine [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/diag-prenat/02-centres/synthese.htm>
19. Le Grand C, Huet J. Interruptions médicales de grossesse pour indications maternelles: rétrospective en Normandie Occidentale (2010-2019). *EM-Consulte*. mars 2021;49(3):166-71.
20. Branger B, Dabouis G, Jegoudez R, Launay-Bourrillon C, Grimaud I, Berthiau D, et al. Les interruptions médicales de grossesse pour mise en péril grave de la santé de la femme. Analyse de 122 demandes à la clinique Jules-Verne de Nantes de 2005 à 2009 d'un point de vue médical et éthique. *Éthique Santé*. 1 sept 2018;15(3):161-71.
21. Piel B, Azria E, Oury J-F, Carbillon L, Mandelbrot L. Interruptions médicales de grossesse pour motifs maternels : étude rétrospective multicentrique des indications dans la période entre la loi sur l'interruption de grossesse de 2001 et la nouvelle loi de bioéthique. *Rev Sage-Femme*. 1 nov 2013;12(5):204-13.
22. Déroulement d'une IMG [Internet]. [Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/img/deroulement-img>
23. Collège National de Gynécologie-Obstétrique Français, Lansac J. IMG recommandation Tome XXXII. 2008.
24. ANSM. Recommandation temporaire d'utilisation (RTU) protocole de suivi des patientes traitées par le MISOPROSTOL dans l'interruption médicale de grossesse et la mort foetale in utero au delà de 14 SA. 2018.
25. HAS. Recommandation des bonnes pratiques IVG par méthode médicamenteuse. 2021.
26. Wailly-Galembert D de, Vernier D, Rossigneux-Delage P, Missonnier S. Lorsque naissance et mort coïncident en maternité, quel vécu pour les sages-femmes ? *Devenir*. 4 juill 2012;Vol. 24(2):117-39.
27. American Psychiatric Association. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. 5th éd. Elsevier Masson; 2015. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/dsm-5-manuel-diagnostique-et-statistique-des-troubles-mentaux-9782294739293.html>
28. Classification internationale des maladies (CIM) | CépiDc [Internet]. Disponible sur: <https://www.cepidc.inserm.fr/causes-medicales-de-deces/classification-internationale-des-maladies-cim>
29. Institut Nation de Santé Publique du Québec. Santé mentale et troubles mentaux en contexte périnatal | Information périnatale [Internet]. INSPQ. 2021. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/sante-mentale>
30. Dayan J. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité. 2^{ème} édition. Elsevier Masson; 2014. (Les âges de la vie).
31. Dubertret C, Pradier M de. Psychiatrie de liaison - Chapitre 46 Liaison en obstétrique et en périnatalogie [Internet]. Lavoisier; 2018. (Psychiatre). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-de-liaison--9782257206923-page-502.htm>
32. Bayle B. Psychiatre et psychopathologie périnatale - Chapitre 11. Maternité et traumatismes sexuels passés [Internet]. Dunod; 2017. (Aide Mémoire). Disponible sur: <https://www.cairn.info/psychiatrie-et-psychopathologie-perinatales--9782100768844-page-97.htm>

33. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses - ScienceDirect. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):39-44.
34. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
35. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):34-8.
36. Riley DS, Barber MS, Kienle GS, Aronson JK, Schoen-Angerer T von, Tugwell P, et al. CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document. *J Clin Epidemiol.* 1 sept 2017;89:218-35.
37. Kummer JM. Psychiatric contraindications to pregnancy, with reference to therapeutic abortion and sterilization. *Calif Med.* juill 1953;79(1):31-5.
38. Singer HD. Mental disease and the induction of abortion. *JAMA.* 29 déc 1928;91(2042).
39. Droegemueller W, Taylor ES, Drose VE. The first year of experience in Colorado with the new abortion law. *Am J Obstet Gynecol.* 1 mars 1969;103(5):694-702.
40. Margolis AJ, Davison LA, Hanson KH, Loos SA, Mikkelsen CM. Therapeutic abortion follow-up study. *Am J Obstet Gynecol.* 15 mai 1971;110(2):243-9.
41. Claman AD, Wakeford JR, Turner JM, Hayden B. Impact on hospital practice of liberalizing abortions and female sterilizations. *Can Med Assoc J.* 10 juill 1971;105(1):35-41.
42. Smiley CW. Sterilization and therapeutic abortion counselling for the mentally retarded. *Int J Nurs Stud.* 1 mai 1973;10(2):137-41.
43. Saunders EJ. The mental health professional, the mentally retarded, and sex. *Hosp Community Psychiatry.* oct 1981;32(10):717-21.
44. Eschauzier JC, Tuinier S, van der Heijden FMMA, Heesmans C, Schudel WJ. At the boundaries of self-determination: ethical and juridical dimensions of involuntary abortion and sterilization. *Tijdschr Voor Psychiatr.* 2007;49(9):667-71.
45. Cook RJ, Ortega-Ortiz A, Romans S, Ross LE. Legal abortion for mental health indications. *Int J Gynecol Obstet.* 1 nov 2006;95(2):185-90.
46. Desai G. Ethical issues in treating pregnant women with severe mental illness. *Indian J Med Ethics* [Internet]. avr 2009 ; Disponible sur: <http://ijme.in/articles/ethical-issues-in-treating-pregnant-women-with-severe-mental-illness/?galley=html>
47. Casey PR. Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 1 août 2010;24(4):491-502.
48. Charles VE, Polis CB, Sridhara SK, Blum RW. Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception.* 1 déc 2008;78(6):436-50.
49. Payne EC, Kravitz AR, Notman MT, Anderson JV. Outcome following therapeutic abortion. *Arch Gen Psychiatry.* juin 1976;33(6):725-33.

50. van Ditzhuijzen J, Ten Have M, de Graaf R, van Nijnatten CHCJ, Vollebergh WAM. The impact of psychiatric history on women's pre- and postabortion experiences. *Contraception*. sept 2015;92(3):246-53.
51. Zarfas DE. Psychiatric indications for the termination of pregnancy. *Médecine Am J*. 15 août 1958;79.
52. Figà-Talamanca I. Chap 8. Abortion and mental health. In: *Abortion and Sterilization*. Jane E. Hodgson; 1981. (Medical and Social Aspects).
53. Stotland NL, Stotland NE. When your patient demands a baby. *Prim Care Update OBGYNS*. 1 sept 1997;4(5):175-8.
54. Schittecatte M. Psychothérapie de la dissociation et du trauma - Chapitre 11 traitement de la dissociation post traumatique. 2ème. DUNOD; 2021. (DUNOD).
55. Borenstein M. Stress, burn-out et harcèlement moral. Chapitre 12. ESPT, facteurs de risques, facteurs de protection : état des lieux et prévention [Internet]. Dunod; 2016. Disponible sur: <https://www.cairn.info/stress-burnout-harcelement-moral--9782100743353-page-163.htm>
56. HAS. Conférence de consensus La crise suicidaire [Internet]. 2000. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr/docs/pdf/suicilong>
57. Memmi D. Archaïsme et modernité de la biopolitique contemporaine : l'interruption médicale de grossesse. *Raisons Polit*. 2003;9(1):125-39.
58. Cyrulnik B, Lemoine P. Histoire de la folie avant la psychiatrie. Odile Jacob. 2018. (Odile Jacob).
59. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press; 2001. 470 p.
60. Engel GL. The clinical application of the biopsychosocial model. *Am J Psychiatry*. mai 1980;137(5):535-44.

1. Annexe – Articles de Loi

Article L2211-1

Comme il est dit à l'Article 16 du code civil ci-après reproduit :

"La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie".

Article L2212-1

La femme enceinte qui ne veut pas poursuivre une grossesse **peut demander** à un médecin ou à une sage-femme l'interruption de sa grossesse. Cette interruption ne peut être pratiquée **qu'avant la fin de la douzième semaine de grossesse.**

Toute personne a le droit d'être informée sur les méthodes abortives et d'en choisir une librement.

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables.

Article L2212-8

Un médecin ou une sage-femme **n'est jamais tenu de pratiquer** une interruption volontaire de grossesse mais il doit informer, sans délai, l'intéressée de son refus et **lui communiquer immédiatement le nom de praticiens ou de sages-femmes susceptibles de réaliser cette intervention** selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2.