

Santé psychologique après interruption volontaire de grossesse (IVG)

Xavier De Muylder¹, Wallys Willaert²

Psychological health following pregnancy termination

The presence of psychological sequelae among women that have undergone induced abortion is still a controversial issue in the scientific literature. In order to clarify this further, we first constructed a questionnaire and then analyzed the answers from 100 women, at more than one year following the abortion. The results revealed that a quarter of these women still presented signs of major distress. However, it must also be stressed that another quarter declared they went serenely through this interruption, without any adverse outcome. These observations could be of interest to all those who take care of women experiencing unwanted pregnancy.

KEY WORDS

Abortion, termination, distress, psychological sequelae

La possibilité de séquelles psychologiques chez certaines femmes ayant eu une IVG reste un sujet très controversé dans la littérature. Pour tenter de clarifier cette question, nous avons élaboré un questionnaire et analysé les réponses de 100 femmes ayant avorté plus de 12 mois auparavant. Les résultats montrent qu'un quart des femmes présente des signes persistant de détresse majeure mais il apparaît qu'un autre quart déclare avoir vécu cet épisode en toute sérénité sans aucune suite négative. Ces observations sont intéressantes pour les services de santé qui prennent en charge les patientes avec une grossesse non désirée ainsi que pour les médecins qui doivent pouvoir reconnaître et traiter les difficultés psychologiques ultérieures.

What is already known about the topic?

The possibility of psychological sequelae after abortion is still a highly controversial issue in the literature, against a backdrop of ideological debates.

Que savons-nous à ce propos ?

La possibilité de séquelles psychologiques après une IVG reste une question très controversée dans la littérature, sur fond de débats idéologiques.

What does this article bring up for us?

By using a questionnaire and interrogating a hundred women at more than one year post-abortion, it was revealed that a quarter of them still showed signs of distress. On the other hand, another quarter declared that they had undergone the abortion, experiencing complete serenity.

Que nous apporte cet article ?

En interrogeant par questionnaire une centaine de femmes plus d'un an après leur IVG, un quart d'entre-elles présente encore des signes de détresse. A l'opposé un autre quart déclare avoir vécu l'IVG en toute sérénité.

INTRODUCTION

Depuis la loi du 03 avril 1990, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) est dépénalisée dans notre pays et aujourd'hui elle est largement accessible pour toutes les femmes qui le souhaitent.

On estime actuellement qu'entre 20000 et 25000 IVG sont enregistrées chaque année dans notre pays ce qui correspond à une IVG pour 4-5 naissances. Le phénomène n'est donc pas rare du tout et on pense qu'une femme sur trois en âge de procréer aura une IVG dans sa vie (1).

Depuis 1990, l'intervention s'est généralisée et elle est réalisée dans d'excellentes conditions, à travers tout le pays. Ses complications médicales sont rares (inférieures à 0,5%) et les échecs ou rétentions peu fréquents. Une question qui reste en débat et qui ne semble pas encore solutionnée est celle des éventuelles suites psychologiques. L'IVG peut-elle provoquer un traumatisme chez certaines femmes ? Pourrait-il y avoir des difficultés psychologiques à long terme ?

Le but de ce travail est d'analyser la littérature à ce sujet et de tenter d'apporter une estimation quantitative dans un groupe de femmes ayant bénéficié d'une IVG.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

L'analyse de la littérature sur les suites psychologiques de l'IVG reste très délicate pour deux raisons. Tout d'abord, face à un trouble post-IVG, il est toujours difficile de différencier ce qui est dû au fait de faire face à un échec de contraception et une grossesse non désirée et ce qui est dû au fait d'avoir été amenée à décider de l'interrompre et demander une IVG. L'autre raison est que ce sujet reste très sensible avec de multiples interférences culturelles, religieuses, idéologiques, sociales et juridiques. Evoquer les difficultés psychologiques post-IVG est souvent assimilé à remettre en cause la dépénalisation de l'avortement devenue avec le temps un droit à l'IVG.

Une méta-analyse de Thorp en 2002, reprenant 10 études de cohortes (+/- 660.000 femmes), observait une légère association entre IVG et tentative de suicide sans pouvoir dire s'il existait un lien causal entre les deux ou si les deux situations étaient favorisées par les mêmes facteurs de risque comme la dépression, la souffrance psychologique ou la détresse sociale (2).

Par la suite, P. Coleman a publié en 2011 une méta-analyse de 22 publications aux USA (877.181 femmes dont 163.831 IVG) mettant en évidence une augmentation des problèmes de santé mentale (anxiété, dépression, idées suicidaires, abus de substance) dont 10% semblaient attribuables à l'IVG (3). Mota *et al.* retrouvent les mêmes observations au Canada (4).

Ces travaux ont été vigoureusement contestés par de nombreuses publications (5-7) en raison de problèmes méthodologiques graves comme des échantillons trop petits, le choix d'un groupe contrôle inadéquat (grossesse désirée), manque de considération pour des variables importantes (état psychologique avant l'IVG), analyse statistique inadéquate, attribution erronée de facteurs

causaux. Selon ces auteurs, les troubles psychologiques post-IVG seraient surtout associés aux abus sexuels et à la violence dans le couple.

Parmi les difficultés psychologiques qui peuvent suivre une IVG, la littérature (2-11) suggère principalement les symptômes suivants :

- symptômes dépressifs, pensées suicidaires ou grande tristesse relatifs à l'IVG ;
- sentiment de culpabilité - incapacité à se pardonner ;
- doute sur la bonne décision ;
- flash-backs ou impression de revivre l'IVG ;
- cauchemars ou mauvais rêves concernant l'IVG ;
- colère - agressivité exagérées ;
- inhibition et incapacité de parler sereinement de l'IVG ;
- évitement des images, magazines, jouets, vêtements, rencontres qui évoquent le bébé, la grossesse, l'IVG ;
- troubles alimentaires, troubles sexuels, consommation accrue d'alcool, tabac, médicaments, drogues ;
- syndrome anniversaire (réactions émotionnelles à la date de l'IVG).

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Dans cette étude préliminaire, nous avons voulu interroger des femmes de 18 ans ou plus ayant eu recours à l'IVG et évaluer les suites psychologiques à long terme avec un recul supérieur à 12 mois.

Pour analyser ce vécu, nous avons construit un questionnaire reprenant les principales difficultés psychologiques décrites dans la littérature. Nous avons également recueilli les données démographiques (l'âge, le niveau d'étude, le statut social et économique) la religion, l'évaluation de la santé psychologique et physique, les antécédents de violence ou d'abus, l'attitude du partenaire, le nombre d'IVG, le contexte, la raison principale de l'IVG ainsi que l'âge de la grossesse.

Ce questionnaire a été diffusé pendant 4 mois par différents médias informatifs comme Facebook, la boîte mail des étudiants de l'UCL, la page/groupe « avortement soutien » ... Il a été clôturé le 29.04.2019. Toutes les données ont été encodées sur la plateforme Survey Monkey. Les analyses statistiques ont été faites à l'aide du test de χ^2 .

Au terme de l'étude, 101 questionnaires avaient été remplis. Un des questionnaires a été écarté vu les réponses incohérentes et fantaisistes. L'immense majorité des questionnaires étaient remplis de manière complète mais dans quelques cas, il y avait des réponses manquantes.

RÉSULTATS

Les principales caractéristiques des participantes sont présentées au tableau 1. L'âge s'étend de 18 à 52 ans, avec une moyenne de 27,6 ans. 71 participantes disent vivre en couple et 38 ont un ou des enfant(s). Près de 2/3 des participantes ont un diplôme de l'enseignement

supérieur, 16% vivent grâce à une aide sociale et 23% sont propriétaires de leur logement.

TABLEAU 1. Données socio-économiques

Age	≤ 20 ans	13
	21 – 25 ans	38
	26 – 30 ans	24
	31 – 35 ans	13
	≥ 36 ans	12
Dernier diplôme	Primaire	4
	Secondaire	32
	Supérieur non univ.	30
	Universitaire	33
Statut social	Etudiante	44
	Employée	25
	Fonctionnaire	8
	Indépendante	5
	Sans emploi	18
Habitation	Logement social	12
	Appartement	47
	Maison	41
Religion	Athée / Laïque	54
	Catholique	31
	Autres	15
Délai depuis IVG	1 – 3 ans	55
	4 – 8 ans	27
	9 – 13 ans	7
	≥ 14	5

Au tableau 2, on constate que dans l'ensemble, leur état de santé semble bon avec peu d'assuétudes. Par contre, un tiers de ces femmes ne se dit pas en bonne santé psychique et la moitié a déjà eu recours à l'aide d'un psychologue, sexologue ou coach. La moitié a été victime de violence au cours de leur vie.

TABLEAU 2. Eléments de santé

Consommation de :	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Alcool	30	54	16
Tabac	67	25	8
Marijuana	76	17	7
Se considère en bonne santé physique			81 sur 99
Se considère en bonne santé psychique			66 sur 98
A déjà bénéficié d'une aide psychologique			51 sur 100
A été témoin de violence familiale			24 sur 100
A été victime de violence dans sa vie			49 sur 98

Dans cet échantillon (Tableau 3), 9 grossesses étaient désirées mais suite à la détérioration du lien avec le partenaire, ont été interrompues. On observe aussi que 15 patientes ont vécu plus d'une IVG et qu'il n'y a que 40 femmes qui utilisaient une méthode de contraception moderne (pilule ou stérilet).

TABLEAU 3. Contexte de l'IVG

Nombre d'IVG dans la vie	une	84
	deux	11
	trois ou +	4
Grossesse désirée		9
Contraception	Aucune	26
	Coït interrompu	14
	Préservatif	20
	Pilule	27
	Stérilet	13
Durée de la grossesse lors de l'IVG	4 – 8 sem.	61
	9 – 12 sem.	24
	> 12 sem.	13
Accompagnement du partenaire aux visites		43
Présence du partenaire lors de l'IVG		45
Situation de conflit avec le partenaire		29
Raisons de l'IVG (une ou plusieurs)		
Pas de souhait d'enfant pour le moment		53
Financière		13
Familiale		16
Pression sociale		8
Etat médical		8

Lors de l'IVG, 38 femmes se disaient en très grande détresse mais 42 personnes décrivaient leur détresse comme légère ou même nulle (Tableau 4).

TABLEAU 4. Vécu lors de l'IVG

Etat de détresse	très grande	38
	modérée	18
	légère	16
	peu / pas	26
IVG fut un soulagement	oui	50
	non	50

Les tableaux 5,6 et 7 montrent qu'à long terme, un grand nombre de patientes n'ont présenté aucune difficulté émotionnelle en lien avec l'IVG. À l'opposé il y a aussi un nombre important de femmes pour qui ce fut très pénible avec la possibilité de séquelles à long terme dont le plus interpellant semble 17% de femmes avec des idées suicidaires.

Pour évaluer s'il existait dans notre échantillon un groupe défini de femmes qui pourraient avoir souffert gravement à la suite de l'IVG, nous avons construit un score de détresse majeure post-IVG en reprenant les réponses aux neuf questions des tableaux 5,6 et 7, c'est-à-dire : avoir SOUVENT ressenti des doutes sur la décision prise, de la culpabilité, une grande tristesse, de la colère ou de l'agressivité, faire SOUVENT des rêves sur l'IVG, ne pas pouvoir parler facilement de l'IVG, revivre l'avortement, avoir des conduites d'évitement face à la grossesse/IVG, avoir ressenti une modification négative de son état de santé. Nous avons considéré qu'une réponse positive à au moins sept des neuf questions définissait une détresse majeure.

TABLEAU 5. État émotionnel au cours des années post-IVG

	JAMAIS	PARFOIS	SOUVENT
Doute sur la décision	43	22	35
Grande tristesse	27	22	51
Colère / agressivité	39	25	35
Culpabilité	31	22	47
Faire des rêves sur IVG	64	17	16

TABLEAU 6. Vécu à distance

	OUI	NON
Pouvoir parler facilement de l'IVG	51	47
Revivre l'avortement	47	52
Conduite d'évitement face à la grossesse / IVG	29	70
Se souvenir de la date de l'IVG	70	20

TABLEAU 7. Modification de l'état de santé depuis l'IVG

Aucun problème	25
Troubles du sommeil	28
Gain ou perte de poids inexplicable	23
Difficultés sexuelles	36
Augmentation du tabac	17
Augmentation de l'alcool	9
Augmentation de marijuana	5
Repli sur soi	34
Sentiments dépressifs	52
Pensées suicidaires	17
Autres	17

À l'opposé, nous avons défini un score de sérénité post-IVG en reprenant les réponses négatives (JAMAIS ressenti) à ces mêmes neuf questions et défini la sérénité par l'existence de réponse négative à au moins sept des neuf questions.

L'analyse des questionnaires permet d'identifier 26 personnes dans le groupe de Détresse majeure et 26 autres dans le groupe Sérénité. Les 48 femmes restantes présentent un profil intermédiaire.

La comparaison entre les femmes du groupe Sérénité et celles du groupe Détresse (tableau 8) suggère certaines différences. Dans le groupe Sérénité, les femmes se disent beaucoup plus souvent athées ou laïques alors que, dans le groupe Détresse, elles déclarent plus souvent être catholiques ou avoir une religion. Elles semblent venir d'un milieu socio-économique plus favorisé (moins de bénéficiaires d'une aide sociale) et avoir plus souvent obtenu un diplôme universitaire.

TABLEAU 8. Comparaison entre le groupe Détresse et le groupe Sérénité

	Détresse majeure	Sérénité	Tests statistiques
Nombre	26	48	26	
Diplôme :				
Primaire	0	3	1	
Secondaire	6	22	4	
Sup. non Univ.	14	10	6	
Universitaire	6	12	15	p<0.03
Statut :				
Sans emploi	7	8	3	
Etudiante	8	23	13	
Employée	9	12	4	
Fonctionnaire	1	4	3	
Indépendante	1	1	3	
Aide sociale :				
Oui	9	6	1	
Non	17	42	25	p<0.05
Catholique	8	19	4	
Laiques/Athées	12	20	22	p<0.02
Autres	6	9	0	
Bonne santé psychologique :				
Oui	10	33	23	
Non	16	13	3	p<0.002
Recours à un psychologue :				
Oui	14	25	12	
Non	12	23	14	
Témoin de violence :				
Oui	8	14	2	
Non	18	42	24	
Victime de violence :				
Oui	17	25	7	p<0.02
Non	9	21	19	
IVG :				
≤ de 3 ans	15	32	8	
≥ de 4 ans	9	12	18	
Grossesse désirée :				
Oui	3	3	3	
Non	23	43	23	
Conflit avec partenaire :				
Oui	13	13	3	p<0.02
Non	13	32	23	
Raison financière	12		7	
Pression familiale	8	9	0	
Pression sociale	1	7	0	
Raison médicale	2	5	1	
Pas de souhait d'enfant	2	34	17	p<0.0005
Durée :				
4-8	11	30	20	p<0.05
9-12	10	10	4	
+12	5	6	2	
Partenaire présent :				
Oui	11	23	11	
Non	45	22	15	
Détresse :				
Non	2	10	14	p<0.005
Légère	1	6	9	p<0.05
Modérée	3	14	1	-
Très grande	19	18	1	p<0.001
Soulagement :				
Oui	2	24	24	p<0.001
Non	24	24	2	

Dans le groupe Détresse, on retrouve davantage de personnes psychologiquement vulnérables vu que 62% de ces femmes ne se disent pas en bonne santé psychologique et que 65% ont été victimes de violence au cours de leur vie pour respectivement 12% et 27% dans le groupe Sérénité.

Le contexte de vie lors de la survenue de la grossesse puis de l'IVG apparaît également assez différent entre les deux groupes. Dans le groupe Détresse, on constate que la moitié des femmes étaient en conflit avec leur partenaire pour seulement 11% dans le groupe Sérénité.

Avec le recul, 73% des femmes du groupe Détresse disent qu'elles vivaient un état de détresse majeure lors de cet événement pour seulement 4% dans le groupe Sérénité.

De même, l'IVG a apporté un soulagement chez 92% des femmes du groupe Sérénité mais chez à peine 8% des femmes du groupe Détresse.

La décision de l'IVG pourrait aussi avoir été plus facile dans le groupe Sérénité puisqu'on constate que ces patientes ont une IVG à un stade moins avancé de la grossesse et qu'elles formulent plus souvent comme indication un motif simple et clair « pas de souhait d'enfant ».

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude préliminaire était d'évaluer la santé psychologique à long terme, c'est-à-dire plus d'un an après l'interruption d'une grossesse non désirée. Pour ce faire, nous avons eu recours à un questionnaire anonyme diffusé sur internet, afin de recueillir l'avis d'un grand nombre de personnes concernées sans créer la difficulté d'une estimation en face à face, peut-être plus fiable mais beaucoup plus délicate à obtenir.

L'évaluation de l'état psychologique s'est faite par un questionnaire qui reprenait les principaux problèmes relevés dans la littérature et, pour des raisons opérationnelles, nous avons utilisé un score clinique de détresse majeure basé sur la présence d'au moins 7 des 9 plaintes les plus fréquentes. De la même façon, nous avons proposé un score de sérénité probable en l'absence complète d'au moins 7 de ces mêmes plaintes. Ces observations préliminaires montrent des résultats intéressants même s'il reste nécessaire de valider le questionnaire dans une population beaucoup plus large et de réévaluer ces scores cliniques de manière plus précise et scientifique.

L'échantillon obtenu montre une population qui nous semble assez représentative des jeunes en âge de reproduction. Il est quand même intéressant d'observer que, dans ce groupe de femmes ayant vécu l'IVG, il n'y a que 40% qui utilisaient une méthode de contraception moderne réputée fiable et que, pour 16% d'entre-elles, ce ne fut pas la seule IVG dans leur vie. Ceci montre combien il est nécessaire de réaliser, dès le plus jeune âge, une éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) de qualité, accessible et compréhensible par le plus grand nombre. Dans les équipes multidisciplinaires

qui participent à cette EVRAS, il faut souligner le rôle du médecin qui doit informer correctement, proposer la contraception la plus adaptée et accompagner la patiente en cas d'effets secondaires, d'échec ou de mauvaise compréhension surtout s'il perçoit un contexte socio-familial déficitaire.

Une première évaluation de l'état psychologique de ces personnes ayant eu recours à l'IVG suggère qu'un quart d'entre-elles dit avoir vécu cet épisode sans aucune difficulté et avoir été tout de suite soulagées. Par contre, pour un autre quart de l'échantillon, cela semble avoir été une épreuve majeure qui a laissé des séquelles gênantes. Au milieu de cela, la moitié des femmes concernées aurait traversé cette période de manière acceptable et sans grave séquelle à long terme.

Il est assez surprenant de constater que 26% de ces femmes puissent souffrir de difficultés psychologiques sérieuses persistant plus d'un an après l'IVG. Il est possible que ce taux soit quelque peu surévalué car on peut penser que ces femmes en souffrance soient beaucoup plus disposées, en voyant passer un questionnaire sur le vécu post-IVG, à y apporter leur réponse par rapport à une population de femmes pour qui ce fut un problème vite réglé et tout à fait métabolisé.

Notre étude suggère cependant que, dans la population des jeunes femmes demandant une IVG, on pourrait identifier deux profils différents. D'une part, des femmes qui consultent à un stade de grossesse plus précoce, qui invoquent plus souvent une raison simple (pas de souhait d'enfant), qui ne ressentent pas de grande détresse, chez qui l'IVG apporte le soulagement rapide et qui ne présente aucun problème à long terme. Elles viennent plus souvent d'un milieu plus favorisé et déclarent une meilleure santé psychologique.

À l'opposé, il y a des personnes de santé psychologique plus fragile, ayant été plus souvent victime de violence, se trouvant plus souvent en conflit avec leur partenaire, qui consultent parfois à un stade plus avancé, avec des raisons plus variées, qui se trouvent en détresse majeure et chez qui l'IVG amène rarement un soulagement.

Entre ces deux tableaux cliniques assez tranchés, il existe de multiples situations intermédiaires variables.

Ces observations nous semblent pouvoir intéresser les cliniciens impliqués dans la prise en charge des grossesses non désirées. Il est nécessaire d'identifier les personnes ayant un parcours psychologique plus difficile, qui viennent demander une IVG parfois plus tard dans la grossesse, dans un contexte d'ambivalence et de détresse prononcées.

Ce sont elles qui nécessitent une prise en charge multidisciplinaire plus serrée car l'acte médical n'apportera pas souvent le soulagement recherché et la souffrance psychologique se maintiendra ou s'aggraverait.

D'autre part, ce travail rappelle aussi que tout médecin praticien doit garder en tête la possibilité d'une IVG antérieure en cas de difficultés psychologiques ou de troubles psychosomatiques chroniques. Dans de telles situations, il doit explorer délicatement la question et

ouvrir le dialogue dans un climat de bienveillance, ce qui permet souvent la gestion des émotions.

Par ailleurs, cette étude préliminaire pourrait aussi suggérer que ce n'est pas tellement l'interruption de la grossesse qui génère les difficultés psychologiques observées par la suite mais possiblement le contexte humain personnel dans lequel est survenue une grossesse difficile à assumer.

Enfin, ce travail qui montre, après une IVG, autant de femmes pleines de sérénité que de femmes en détresse majeure, permet peut-être aussi de comprendre la difficulté du dialogue dans la société entre ceux qui ont tendance à banaliser l'IVG et ceux qui soulignent ses conséquences dramatiques. Comme l'écrit Sandra Vizzanova, ... c'est la preuve qu'un avortement peut provoquer l'indifférence ou une déflagration, ... qu'il peut l'occuper vingt ans ou les seules semaines nécessaires à son accomplissement (12).

RÉFÉRENCES

1. Institut Européen de Bioéthique. Avortement : 28 ans d'application de la loi en Belgique. Décembre 2018 www.ieb-eib.org
2. Thorp J, Hartmann K, Shadigan E. Long term physical and psychological health consequences of induced abortion: Review of the evidence. *Obstet Gynecolog Survey*. 2002; 58 : 67-79.
3. Coleman P. Abortion and mental health : Quantitative synthesis and Analyses of research published 1995 - 2009. *Br J Psych*. 2011; 199 : 180-186.
4. Mota N, Burnett M, Sareen J. Associations between abortion, mental disorders and suicidal behavior in a nationally representative sample. *Can J Psychiatry*. 2010; 55 : 239-247.
5. Robinson G, Stotland N, Russo N, Lang J, Occhiogrosso M. Is there an "abortion trauma syndrome"? Critiquing the evidence. *Harv Rev Psychiatry*. 2009, 17 : 268-280.
6. Kelly K. The spread of "Post abortion syndrome" as social diagnosis. *Social Sc Medic*. 2014; 192 : 18-21.
7. Fergusson D, Morwood J, Boden J. Abortion and Mental Health disorders : evidence from a 30-year longitudinal study. *Br. J. Psychiatry*. 2008; 193 : 444-451.
8. Gissler M, Berg C, Bouvier-Colle MH, Buekens P. Pregnancy – associated mortality after birth, spontaneous abortion or induced abortion in Finland 1987-2000. *Am J Obstet Gynecol*. 2004, 190 : 422-427.
9. Clerget S. *Quel âge aurait-il aujourd'hui*. Le tabou des grossesses interrompues. Paris, Fayard 2007.
10. Broen A, Moum T, Botker A, Ekeberg O. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*. 2005; 3: 18.
11. Lavin G, Garcia Z. Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. *Acta Esp Psiquiatr*. 2005 ; 33 : 267-272.
12. Vizzanova S. *Interruption. L'avortement par celles qui l'ont vécu*. Stock 2021.

CONCLUSION

Dans notre société, l'IVG ne devrait être ni diabolisée ni banalisée. Un grand nombre de femmes traversent cette épreuve sans difficulté importante mais notre étude suggère qu'il pourrait y avoir jusqu'à 25% de femmes présentant encore des signes de détresse majeure plus d'un an après l'IVG. Ces observations sont très intéressantes pour le médecin qui a un rôle important tant préventif (éducation à la santé sexuelle, contraception ...) que curatif (détection et traitement des difficultés psychologiques).

AFFILIATIONS

1. Service de Gynécologie Obstétrique, Clinique Saint-Jean Bruxelles
2. Master en Sciences de la Famille et la Sexualité, UCLouvain

CORRESPONDANCE

DR. XAVIER DE MUYLDER
Clinique Saint-Jean
Service de Gynécologie Obstétrique
Bld du Jardin Botanique 32
B-1000 Bruxelles