

Travail noté 2

*Revue de littérature approfondie et plan de l'essai*

par

Raphaëlle Tremblay

présenté dans le cours

SAM 4040 - Travail dirigé

Automne 2015

## SYNTHÈSE

Ce travail se veut une synthèse de l'information pertinente recueillie lors de notre recherche approfondie préalable à la rédaction de notre essai dont l'objectif est de découvrir si l'interruption volontaire de grossesse (IVG) entraîne des conséquences sur le plan de la santé mentale. Nous vous présenterons les thèmes associés à notre sujet ainsi que les études qui les supportent à travers une série de questions qui sous-tendent notre démarche. Nous commencerons par nous intéresser aux dimensions personnelles et psychosociales de l'avortement, en décrivant le vécu émotionnel des femmes face à cet événement, notamment. Puis, nous discuterons du concept de syndrome post-avortement avant de plonger dans notre thème principal, c'est-à-dire, les conséquences potentielles sur le plan de la santé mentale suite à un avortement. Nous aborderons le sujet en faisant un survol des études sur le lien entre l'avortement et le développement subséquent de problématiques de santé mentale, en approfondissant certains aspects qui nous intéressent tels que : la probabilité traumatique de l'avortement, la non-désirabilité de la grossesse, la comparaison entre l'IVG médicale et chirurgicale, la qualité des études et le rôle des antécédents psychiatriques et de violence. Ensuite, nous explorerons d'autres pistes à suivre, en abordant la question du deuil post-avortement et du trouble de l'adaptation. Enfin, nous résumerons brièvement de quoi il a été question dans notre synthèse avant de passer au plan de l'essai.

### 1. DIMENSIONS PERSONNELLES ET PSYCHOSOCIALES DE L'AVORTEMENT

De prime à bord, il serait pertinent de mettre en contexte le vécu émotionnel des femmes vis-à-vis de la décision d'interrompre leur grossesse, en tenant compte de la dimension psychosociale entourant l'avortement.

L'étude prospective qualitative de **Broen, Moum, Bødtker et Ekeberg (2004)** nous renseigne à cet effet, puisqu'elle suit pendant deux ans des femmes qui se sont fait avorter et porte sur le lien entre les raisons qui ont mené à cette décision et la détresse émotionnelle associée. Il semblerait que la pression du partenaire exerce

un impact négatif sur le plan psychologique des femmes, voire serait l'élément le plus associé à la présence de détresse émotionnelle, six mois et deux ans après l'avortement. Néanmoins, les auteurs mentionnent qu'un sentiment de soulagement et de prendre la bonne décision est hautement rapporté: «Apparently, the abortion was experienced as a solution to a difficult problem» (Broen et al., 2005, p. 42). D'autre part, les femmes ont attribué des notes élevées à des raisons d'ordre financier et occupationnel ainsi qu'à l'argument que le foetus actuel n'est pas voulu et devrait l'être pour poursuivre la grossesse, notamment.

L'étude longitudinale prospective de **Rocca, Kimport, Roberts, Gould, Neuhaus et Foster (2015)** est également éclairante, cette dernière ayant suivi pendant trois ans deux groupes de femmes qui ont eu un avortement (1<sup>er</sup> groupe : avortement au 1<sup>er</sup> trimestre, 2<sup>e</sup> groupe : avortement 2 semaines avant la date limite pour effectuer la procédure). L'étude démontre que 95% des femmes croient avoir pris la bonne décision et que l'intensité émotionnelle, qu'elle soit positive (bonheur, soulagement) ou négative (regret, culpabilité, colère, tristesse), s'atténue avec le temps tout comme les pensées des participantes relatives à l'IVG. La minorité de femmes qui s'adapte plus difficilement émotionnellement constitue celles dont la décision a été moins évidente à prendre et dont la grossesse révélait davantage de planification. Enfin, le support social est rapporté comme un facteur protecteur, tandis que le stigma associé à l'avortement ressort comme un facteur influençant négativement les femmes sur le plan émotionnel.

**Kimport, Foster et Weitz (2011)** ont quant à eux mené une étude qualitative intéressante auprès de 21 femmes qui ont vécu des difficultés émotionnelles suite à une interruption volontaire de grossesse, afin d'explorer ce qui, sur le plan social, avait eu un impact sur leur état émotionnel. Il appert que le sentiment d'autonomie et d'empowerment quant à la décision de se faire avorter ou non s'avère essentiel, notamment, parce que les femmes sentent que le poids de la responsabilité leur incombe. Pour certaines, l'impression que la décision finale leur échappe ou qu'elle leur a été imposée se traduit par des difficultés émotionnelles, tout comme le manque de support du partenaire ou de l'entourage immédiat. Dans le cas contraire, cela consiste en un facteur de protection. Enfin, le silence sur

l'avortement en raison d'une peur d'être jugées par les proches engendrerait des émotions négatives.

L'étude de **Ralph, Gould, Baker et Foster (2014)** arrive à des conclusions similaires à travers leur analyse du rôle du partenaire et des parents dans la prise de décision d'une mineure de se faire avorter et en regard de l'anticipation de cette dernière de la période post-avortement. Un support insuffisant et une pression induite du partenaire ou des parents sont des facteurs qui influenceraient le niveau de confiance quant à la prise de décision et à la capacité de s'adapter après l'avortement, chez une minorité des mineures.

Au fil de nos lectures, nous avons également constaté, tout comme le notent **Bradshaw et Slade (2003)**, que les femmes présentent généralement une symptomatologie anxio-dépressive non négligeable ainsi que de la détresse avant l'avortement, diminuant après l'intervention de façon variable. D'ailleurs, **Steinberg, Tschann, Furgerson et Harper (2015)** se sont intéressés aux facteurs psychosociaux associés à la santé mentale précédant l'avortement. Il y aurait une association entre la symptomatologie dépressive, anxieuse et le stress présenté par les participantes avant la procédure et des difficultés dans l'enfance ou avec le partenaire. Ces facteurs expliqueraient la variabilité d'une femme à l'autre quant à l'expression de cette symptomatologie pré-avortement, mais ce qui est particulièrement intéressant, c'est l'influence qu'exercerait la perception du stigma de l'IVG. Ce dernier affecterait également la santé mentale des femmes avant l'avortement et semblerait aussi être un prédicteur de la santé mentale subséquente.

Jusqu'à maintenant, nous avons vu que les femmes partagent certaines similarités quant au vécu émotionnel entourant l'avortement, mais que différents facteurs entraînent également une variabilité de l'expérience, notamment, sur l'intensité émotionnelle et sa couleur. L'analyse interprétative phénoménologique de **Goodwin et Ogden (2007)** rend bien compte, à notre avis, des différents parcours par lesquels les femmes ayant interrompu leur grossesse peuvent passer. En effet, en se basant sur une réflexion rétrospective de femmes ayant vécu un avortement,

les auteurs observent quatre *pattern* de changement sur le plan émotionnel. Le premier (*linear recovery*) s'exprime par la présence de sentiments négatifs qui affectent les femmes après l'IVG, mais s'amenuisent au fil du temps. Les femmes s'adaptent à la situation, avancent sans penser fréquemment à l'événement. Le deuxième *pattern* (*persistent upset*) laisse entendre des sentiments négatifs subjectivement plus intenses en lien avec l'avortement, qui occupent la pensée des femmes régulièrement et de façon persistante. L'adaptation à l'événement semble difficile, voire affecte les femmes sur le plan identitaire et relationnel. Le troisième *pattern* (*negative reappraisal*) s'illustre par des émotions négatives subséquentes à l'avortement qui sont rapidement balayées sous le tapis, pour resurgir plus tard dans la vie des femmes. Néanmoins, cela semble être accueilli comme la possibilité d'affronter ce qui a été mis de côté, afin de tourner la page pour de bon. Le dernier *pattern* (*never being upset*) témoigne que les femmes ne se sont pas senties affectées par l'événement, à tout moment de leur vie, révélant plutôt des émotions positives telles que le soulagement, notamment. Goodwin et Ogden (2007) décrivent également des facteurs explicatifs de ces différents *patterns*. En premier lieu, les femmes qui perçoivent le fœtus de façon plus humaine ont un *pattern* de changement émotionnel plus difficile (2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup>) tandis que dans le cas contraire, les femmes ne se disent pas affectées par l'avortement ou ont un *pattern* linéaire. Puis, le support de l'entourage et des professionnels après l'avortement et ultérieurement ainsi qu'une préparation adéquate à l'événement semblerait également influencer positivement la voie du *pattern* émotionnel. Enfin, les croyances à propos de ce que la société pense de l'avortement entraîne un mélange d'émotions chez les participantes et influencent son évolution. En effet, d'un côté, il semble difficile de se sentir jugée par la société et de l'autre, il n'apparaît pas évident de conjuguer avec le sentiment que la société banalise l'IVG et ses conséquences sur le plan émotionnel.

En résumé, nous retenons que l'avortement est une expérience bouleversante se traduisant généralement par des symptômes anxio-dépressifs ainsi que par la présence d'un mélange d'émotions à la fois positives (bonheur, soulagement) et négatives (tristesse, regret, colère, culpabilité) dont la nature, l'intensité et l'évolution varient en fonction de divers facteurs. En effet, l'autonomie

décisionnelle, le support de l'entourage et le sentiment d'avoir pris la bonne décision s'avèreraient positifs tandis que la pression de l'entourage, le manque de support, le stigma social (ou sa perception) ainsi qu'une préparation inadéquate à l'avortement exerceraient une influence négative. Bien que la période précédant l'avortement est reconnue haute en émotions pour la majorité des femmes et qu'on remarque une amélioration après l'avortement en raison du soulagement d'avoir pris la bonne décision, ce ne serait qu'une minime proportion des femmes qui ferait l'expérience de sentiments négatifs (regret, culpabilité, tristesse, dépression) qui persistent dans le temps, selon **Charles, Polis, Sridhara et Blum (2008)**.

## **2. SYNDROME POST-AVORTEMENT**

Ce qui nous amène à nous demander : Qu'en est-il de cette minorité de femmes qui se remet difficilement de leur IVG ? Le mouvement Pro-Vie répondrait sans aucun doute que ces femmes souffrent d'un syndrome post-avortement, la nouvelle « arme de propagande » des Pro-Vie dans la lutte à l'avortement, selon l'article de **Dadlez et Andrews (2010)**. Afin de décrire les symptômes de ce syndrome, les auteurs se réfèrent au site de Ramah International <sup>1</sup>, une organisation à but non lucratif qui sensibilise le public, donne de l'information et du soutien aux femmes, supporte la recherche et offre des formations à l'Église, notamment, afin que cette dernière soit en mesure d'aider les femmes aux prises avec ce syndrome :

«Colère, consommation d'alcool et de drogue, anxiété et attaques de panique, se tenir à l'écart des bébés/enfants ou des femmes enceintes, dépression, troubles alimentaires, revivre l'expérience de l'avortement, crainte que leur (autre) enfant meurt, peur relative à sa fertilité, engourdissement émotionnel, culpabilité, tomber rapidement enceinte pour remplacer le fœtus avorté, comportements auto-

---

<sup>1</sup> Nous n'avons malheureusement pas été en mesure de nous connecter au site <https://ramahinternational.org/>, mais nous avons accédé à l'information sur leur page facebook. Le syndrome post-avortement prend le nom suivant : Postabortion PTSD, dont la traduction libre serait TSPT post-avortement.

destructeurs ou pensées suicidaires, difficulté à établir un lien avec des enfants, voire avec son propre enfant conçu après l'avortement».

**Dadlez et Andrews (2010)** critiquent vigoureusement David C. Reardon, l'un des créateurs et auteurs couramment publiés à ce sujet et dont la soi-disant expertise du syndrome post-avortement ne s'appuierait pas sur une formation rigoureuse dans le domaine (il détient un diplôme en ingénierie), mais découlerait plutôt de la publication d'un livre sur le sujet (*Aborted Women : Silent No More*). Puis, l'association de Reardon avec le mouvement Pro-Vie, fait douter les auteurs de son objectivité, sans compter que ce dernier semble profiter de son statut de docteur pour renforcer sa crédibilité, malgré l'obtention d'un doctorat d'une institution non reconnue. Enfin, nous retenons une citation, qui résume bien la conclusion des auteurs quant à la validité du syndrome post-avortement :

«Life is filled with difficult, debilitating choices, some of which we regret. Yet to call the very real distress that sometimes results from such choices a *syndrom* is to grant it a prevalence it simply does not possess» (Dadlez et Andrews, 2010, p. 452).

Cet article nous a fait réfléchir et a suscité notre esprit critique. Nous pensons qu'avant de parler d'un nouveau syndrome, il importe d'explorer les études scientifiques traitant de l'avortement et de ses répercussions sur les femmes. De plus, il nous semble clair que syndrome ou pas, certaines femmes peuvent être affectées suite à une IVG et l'étude de **Curley et Johnston (2013)** sur la détresse psychologique suite à une interruption volontaire de grossesse chez les étudiantes universitaires renforce cette idée. En effet, si les participantes avaient eu l'opportunité d'obtenir un suivi post-avortement, plus de 50% d'entre elles auraient aimé en bénéficier.

Ce qui nous amène à notre questionnement central et sujet d'essai : Est-ce que l'interruption volontaire de grossesse entraîne des conséquences sur le plan de la santé mentale ? C'est ce que nous tenterons de découvrir, dans la prochaine section.

### 3. SURVOL DES ÉTUDES SUR LE SUJET

#### 3. 1. L'avortement traumatique

La revue de littérature (de 1995 à 2011) quant à la question des problèmes de santé mentale survenant à la suite d'un avortement de **Bellieni et Buonocore (2013)** constitue un bon point de départ à notre travail. Les auteurs sont d'avis que la perte d'un fœtus révèle un caractère traumatique, d'où l'importance d'assurer un suivi auprès de ces femmes, surtout chez celles qui ont eu une fausse couche ou une IVG. En effet, ces dernières seraient une source potentielle de conséquences délétères sur le plan de la santé mentale et les auteurs croient que les femmes devraient en être informées. De plus, Bellieni et Buonocore (2013) suggèrent de poursuivre les études à ce sujet, car il s'avère difficile de démontrer clairement le lien entre l'avortement et les problèmes de santé mentale, principalement en raison du nombre peu élevé d'études et de leur hétérogénéité.

Puisque Bellieni et Buonocore (2013) parlent de l'avortement en terme de traumatisme, nous nous sommes demandé si l'IVG pouvait entraîner un trouble de stress post-traumatique (TSPT). La revue de littérature de **Daugirdaite, Akker et Purewal (2015)** a donc retenu notre attention puisqu'elle porte sur l'association entre l'interruption de grossesse et les pertes sur le plan reproductif (fausse couche, mort périnatale et néonatale, fécondation in vitro non réussie) ainsi que le développement ultérieur d'un TSPT et d'un stress post-traumatique. Selon les auteurs, peu importe la forme de perte (volontaire et involontaire), la présence de trouble de stress post-traumatique était moins importante que celle de stress post-traumatique et un lien est observé entre une grossesse plus avancée et un pourcentage plus important de TSPT et de stress post-traumatique. Néanmoins, avec le temps, l'intensité de ces deux manifestations s'amenuiserait et ces dernières seraient influencées par des facteurs d'ordre psychosocial ainsi que des caractéristiques sociodémographiques.

L'étude de **Lundell et al. (2013)** nous a néanmoins fait douter de la probabilité du caractère traumatique de l'avortement. En effet, leur étude sur la prévalence du TSPT et du stress post-traumatique chez les femmes qui ont subi un avortement



démontre que 23% des participantes qui ont fait les démarches pour se faire avorter présentaient une symptomatologie post-traumatique et 4% un TSPT au moment de leur demande. Des pourcentages plus importants de symptômes anxio-dépressifs se sont révélés chez ces femmes, comparativement à celles qui ne présentaient pas de trouble ni de symptomatologie post-traumatique. Fait également intéressant, près de la moitié des femmes de l'étude a confié avoir dans son bagage une expérience traumatique. À notre avis, l'importance accordée au caractère traumatique probable de l'avortement nécessite peut-être une certaine relativisation en regard de ces informations.

En effet, **Steinberg et Finer (2011)** affirment que les résultats de Coleman, Coyle, Shuping et Rue (2009) basés sur une approche considérant l'avortement tel un trauma ne sont pas reproductibles lorsqu'on utilise une approche qui tient compte de d'autres facteurs de risque. En se basant sur le National Comorbidity Survey, Steinberg et Finer (2011) ont démontré que l'association entre le trouble anxieux ou d'abus de substance et une histoire d'avortement n'était plus significative lorsqu'un contrôle des antécédents psychiatriques et de violence est appliqué. Par ailleurs, un risque plus important de développer un trouble d'abus de substance dans un cas d'avortements répétés persistait malgré la prise en compte de plusieurs variables confusionnelles, mais d'autres recherches sont requises à cet effet pour être certain de cerner tous les facteurs à contrôler.

### **3.2. Grossesse non désirée**

D'autre part, la suggestion de **Fergusson, Horwood et Ridder (2006)** comme quoi la survenue d'une grossesse non désirée pourrait porter le caractère traumatique plutôt que l'avortement a attiré notre attention. Cette hypothèse nous semble pertinente et l'étude prospective et longitudinale de **Biggs, Neuhaus et Foster (2015)** s'avère intéressante à cet égard. Cette dernière compare trois groupes de participantes : le 1<sup>er</sup> est constitué de femmes dans leur premier trimestre de grossesse ; le 2<sup>e</sup> de femmes qui se font avorter à deux semaines de la limite gestationnelle maximale exigée des cliniques d'avortement ; le 3<sup>e</sup> est constitué de

femmes qui ont voulu se faire avorter trois semaines au-delà des limites acceptables et n'ont pas pu avoir l'intervention qui leur a été refusée. Selon les auteurs, il ne serait pas plus risqué de développer une problématique de santé mentale pour les femmes dont la grossesse est près des limites gestationnelles pour une IVG et à qui on a accordé l'avortement que pour celles qui poursuivent leur grossesse malgré que cette dernière ne soit pas désirée. Par ailleurs, il semblerait plus probable que les femmes qui ont essuyé un refus quant à l'avortement pour ensuite obtenir ce dernier ou faire une fausse couche ainsi que les femmes qui ont eu une IVG dans leur premier trimestre de grossesse présentent une anxiété récente auto-diagnostiquée que les femmes dont l'avortement est effectué dans les limites gestationnelles.

L'étude prospective longitudinale de **Herd, Higgins, Sicinski et Merkurieva (2016)** basée sur les données du *Wisconsin Longitudinal Study* s'avère également éclairante sur le plan de la désirabilité de la grossesse, car elle tente de découvrir s'il y a une association entre les femmes qui ont eu une grossesse non désirée ou non planifiée avant que l'avortement ne soit légalisé en 1973 et leur santé mentale plus tard, au courant de leur vie. Il se trouve que les femmes qui ne désiraient pas poursuivre leur grossesse ont été plus sujettes à vivre un épisode de dépression et ont démontré davantage de symptômes dépressifs. Toutefois, les femmes dont la grossesse était seulement inopportune ne différaient pas de celles dont la grossesse était planifiée, sur le plan de l'analyse statistique.

### **3.3. Avortement médical versus avortement chirurgical**

Par ailleurs, une autre question s'est imposée lors de nos recherches, à savoir si le type de procédure (avortement médical ou chirurgical<sup>2</sup>) joue un rôle dans la probabilité de développer ou non un trouble de santé mentale. **Sit, Rothschild,**

---

<sup>2</sup> Selon le site de sos grossesse, l'avortement médical consiste en une prise de médicament dans les 5 à 7 premières semaines gestationnelles. La prise de Méthotrexate empêche la poursuite du développement de l'embryon et quelques jours plus tard, la prise de Misoprostol entraîne les contractions de l'utérus nécessaires à l'avortement. Cette procédure permet à la femme de rester à la maison, mais peut occasionner des douleurs au ventre. L'avortement chirurgical, quant à lui, procède par «dilatation-aspiration-curetage» et prend entre 10 et 20 minutes à exécuter sous anesthésie locale. Néanmoins, la femme doit attendre une heure avant de quitter, dans la salle de repos (Dernière consultation le 6 septembre 2016 : <http://sosgrossesse.ca/poursuivre-grossesse/interruption-volontaire/>).

**Creinin, Hanusa et Wisner (2007)** se posaient également la question lorsqu'ils ont voulu découvrir si la mifépristone, une molécule utilisée pour l'avortement médical, avait un effet protecteur sur le plan de l'humeur, comparativement à l'avortement chirurgical. La mifépristone n'a pas démontré d'effet protecteur sur l'humeur dépressive suivant l'avortement. En effet, lors de la période précédant l'avortement, le pourcentage de femmes à risque de développer une dépression était de 35-36%, puis diminuait à 17-21% après la procédure. Il n'y avait aucune distinction quant au risque entre le groupe d'avortement médical et le groupe d'avortement chirurgical, et ce, tant avant qu'après la procédure. Toutefois, les risques de dépression post-avortement étaient accrus chez les femmes présentant des troubles anxieux ou des antécédents psychiatriques.

**Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier et Chabrol (2011)** se sont aussi intéressés à la question, mais en restreignant toutefois leur sujet au lien entre le Trouble de stress post-traumatique et le type d'avortement, dans leur étude prospective et longitudinale auprès des femmes françaises. Selon les auteurs, le risque de développer ce qui s'apparente à un TSPT apparaîtrait plus important lorsque la femme subit un avortement médical. L'intensité des symptômes dépressifs et anxieux serait plus faible six semaines après l'IVG. Néanmoins, environ 1/3 des femmes seraient peut-être à risque de développer un trouble de stress post-traumatique, selon les auteurs, en regard de leur symptomatologie post-traumatique. L'intensité de cette dernière semblerait surtout liée à la présence d'émotions et de dissociation péritraumatiques.

### **3.4. Un besoin d'études de meilleure qualité**

Jusqu'à présent, il nous semble difficile de s'y retrouver, étant donné l'hétérogénéité des études, leurs limites ainsi que des résultats qui se contredisent ou qui peuvent porter à confusion, notamment, en ce qui a trait à leur interprétation. Certains auteurs ont tenté d'éclaircir la situation, tels que **Steinberg et Russo (2009)**, dans leur article visant à définir des lignes directrices, afin d'améliorer les recherches subséquentes dans le domaine. Les auteurs couvrent quatre aspects qui peuvent altérer la qualité de la recherche traitant de

l'association entre l'avortement et le développement de problèmes de santé mentale. Le premier aspect concerne la sélection des groupes de comparaison. En effet, des biais peuvent survenir en raison des critères d'inclusion ou d'exclusion de certaines participantes. On peut penser également à la non prise en compte de l'intention des femmes qui se font avorter, puisque certaines mettent un terme à leur grossesse à contrecœur, tandis que d'autres perçoivent l'intervention comme une solution, une délivrance. Le second aspect a trait à la nécessité de contrôler les d'antécédents psychiatriques et d'utiliser des outils de mesure validés. Le troisième point réfère à la prise en compte d'autres hypothèses explicatives dans l'interprétation des résultats. Enfin, les auteurs abordent la question des corrections apportées dans les publications scientifiques, ces dernières devant être prises en compte lorsque d'autres auteurs font une recherche sur le sujet.

Dans un même ordre d'idées, la revue de littérature de 1989 à 2008 sur les conséquences à long terme de l'avortement sur le plan de la santé mentale de **Charles, Polis, Sridhara et Blum (2008)** tient compte de critères de qualité dans l'analyse des études, tels que des groupes de comparaison appropriés, des outils validés de santé mentale, des antécédents psychiatriques, un contrôle des variables confusionnelles et l'exploration de pistes explicatives dans l'interprétation de résultats (Charles et al., 2008, p. 437). Les auteurs mentionnent que les études présentant davantage de biais sur le plan méthodologique concluaient à une association entre l'avortement et des conséquences subséquentes sur le plan de la santé mentale, tandis que les études de qualité supérieure ne pouvaient conclure, si ce n'est que quelques exceptions, que les femmes subissant une IVG présentent davantage de problèmes de santé mentale que celles faisant partie des groupes témoins.

**Robinson, Stotland, Russo, Lang et Occhiogrosso (2009)** sont également au fait des problèmes méthodologiques courants dans le domaine et les prennent en considération dans leur revue de littérature évaluative des études sur le lien entre l'avortement et le développement de problèmes subséquents de santé mentale. Selon les auteurs, lorsqu'il est question de troubles de santé mentale subséquents à l'IVG, les antécédents psychiatriques se révèlent être le facteur prédictif le plus

probable et dont l'association avec une histoire de violence conjugale et d'abus sexuel est également importante, selon les études de bonne qualité méthodologique.

### **3.5. Antécédents psychiatriques et violence**

Comme on a pu le constater, des antécédents psychiatriques et de violence sont des facteurs confusionnels à contrôler dans la recherche sur les conséquences probables de santé mentale suite à une IVG. Nous retenons trois études qui tiennent compte de cette prérogative et que nous vous présenterons après avoir vu quelques faits saillants relatifs au lien entre l'IVG et la violence.

En effet, nous trouvons pertinent l'article de **Coyle, Shuping, Speckhard et Brightup (2015)** qui explore la relation entre la violence faite aux femmes et l'avortement. Il faut savoir que la santé sur le plan physique et émotionnel est vulnérable chez les femmes qui se font avorter et dont le partenaire est violent ou abusif. De plus, dans une relation abusive empreinte de violence, le partenaire peut exercer un contrôle sur le plan sexuel et reproductif de la femme, cette dernière étant plus à risque d'être confrontée à une grossesse non planifiée (Campbell & Soeken, 1999 ; Pallito et al., 2013 dans Coyle et al., 2015, p. 113). Les chances sont donc meilleures pour une femme ne subissant pas de pression ou n'étant pas forcée d'interrompre sa grossesse de prendre une décision à cet égard, en conservant son libre-arbitre et espérer mieux s'adapter à la situation ainsi qu'obtenir du soutien.

D'autre part, plusieurs variables confusionnelles ont été prises en considération dans l'étude de **Fergusson, Horwood et Ridder (2006)**, notamment, la santé mentale. En effet, cette étude rétrospective longitudinale (25 ans) s'est intéressée à l'effet de l'avortement sur la santé mentale chez des femmes qui ont eu cette intervention à l'adolescence et à l'aube de l'âge adulte. Même après avoir contrôlé les antécédents psychiatriques, un pourcentage plus élevé de troubles d'usages de substance, de comportements suicidaires, d'anxiété et de dépression a été constaté chez les jeunes femmes qui se sont fait avorter.

Puis, **Steinberg et Russo (2008)** ont mené deux études sur le lien entre l'avortement et l'anxiété à l'aide des données du United States National Survey of Family Growth (NSFG) et du National Comorbidity Survey (NCS). L'analyse des données du NSFG témoigne d'une association entre des manifestations d'anxiété suite à l'interruption d'une première grossesse, mais plusieurs facteurs confusionnels tels que la présence d'anxiété avant l'avortement et l'exposition à la violence peuvent expliquer cette relation. D'autre part, l'analyse des données du NCS exprime un plus grand pourcentage d'anxiété sociale et de trouble de stress post-traumatique chez les femmes qui ont vécu des avortements répétés. Néanmoins, un historique de trouble de santé mentale est un facteur explicatif important dans ces résultats tout comme un pourcentage élevé de violence, ce dernier étant associé aux antécédents psychiatriques.

L'étude de **Curley et Johnston (2013)** s'est penchée sur la détresse psychologique des étudiantes universitaires suite à une IVG, en comparant les participantes qui n'ont pas fait l'expérience de la grossesse avec celles qui se sont fait avorter et auraient souhaité un suivi post-avortement ainsi que celles qui n'auraient pas voulu de suivi post-avortement. Ce qui nous frappe c'est que malgré une forte présence de femmes présentant des problèmes co-existants sur le plan de la santé mentale parmi le groupe préférant un suivi<sup>3</sup>, l'avortement et les circonstances entourant la survenue d'une grossesse non attendue sont les raisons évoquées quant à cette préférence. Ce groupe présentait davantage de symptômes d'évitement et d'intrusion, mais la symptomatologie post-traumatique et l'expérience de deuil périnatal touchaient toutes les femmes ayant vécu un avortement. Par ailleurs, certaines participantes de l'étude ont rapporté des éléments qui se sont avérés troublants et qui peuvent être des pistes à suivre, dans la compréhension de la détresse psychologique subséquente à l'avortement. Par exemple, la vue de l'embryon à l'échographie avant l'IVG, sans y être préparée ou avoir l'occasion d'en discuter après, ainsi que des complications suite à l'intervention, telles que des saignements abondants.

---

<sup>3</sup> Prenez note qu'il est bel et bien question de problèmes co-existants, les antécédents psychiatriques ayant été contrôlés.

## 4. D'AUTRES PISTES À EXPLORER

### 4.1. Deuil post-avortement

Il semble désormais évident que plusieurs facteurs peuvent être associés à l'interruption volontaire de grossesse ainsi qu'à ses répercussions. À travers nos recherches, nous nous sommes également demandé s'il était possible que la détresse parfois associée à l'avortement ne soit que l'expression normale d'un deuil ?

Dans notre exploration du sujet, nous voulions d'abord nous appuyer sur une définition claire du deuil dans un contexte d'avortement. Nous nous sommes donc initiée au sujet à l'aide de l'analyse conceptuelle fondée sur des principes de **Fenstermacher et Hupcey (2013)** qui porte sur le concept de deuil périnatal. Selon les auteurs, ce dernier requiert une définition théorique claire afin d'assurer la validité et la cohérence sur le plan de la recherche ainsi qu'en ce qui a trait à l'élaboration d'outils de mesure dans ce domaine. **Fenstermacher et Hupcey (2013)** définissent le deuil périnatal comme l'expression chez les parents d'un deuil, d'un sentiment de perte et d'un mélange d'émotions. Des facteurs internes, externes, situationnels, religieux, culturels et traditionnels exercent une influence sur ce type de deuil. Fait intéressant, le deuil périnatal est associé, entre autres, à la perte par fausse couche ainsi que par IVG en raison d'une malformation du fœtus, mais on ne fait pas mention de l'IVG sans anomalie du fœtus.

Cette définition nous a laissée perplexe, dans le sens où nous nous sommes demandées si le deuil chez une femme qui se fait avorter suite à une grossesse non désirée est reconnu ou, à tout de moins, possible. L'étude de **Dyer Layer, Roberts, Wild et Walter (2004)** a été éclairante quant à notre questionnement. ). Le deuil post-avortement présenterait des similarités avec le trouble de stress post-traumatique et serait fréquemment associé à des sentiments de honte et de culpabilité ainsi que des tendances à l'évitement de situation rappelant l'avortement. Les groupes démontreraient une certaine efficacité, les auteurs précisant que selon eux, il y a très peu de chances que les femmes se portent mieux simplement grâce à l'effet du temps : « (...) Most of the women described

their PAG as “deeply buried” and reported feeling “numb” prior to the intervention» (2004, p. 349).

Une référence à Dupont (2004) dans l'étude de **Rousset, Brulfert, Séjourné, Goutaudier et Chabrol (2011)** nous apparaît intéressante quant à la distanciation des femmes face à leur avortement. En effet, il est proposé que certaines d'entre elles se prémunissent des pensées relatives à la maternité ainsi que des émotions subséquentes à l'avortement en faisant appel à des mécanismes de défense pour s'adapter à la situation, ce qui pourrait entraîner un deuil pathologique.

Ces femmes auraient donc de la difficulté à reconnaître leur propre deuil et il semblerait que la non-reconnaissance extérieure d'un deuil soit également problématique pour les femmes. Nous croyons que l'expression «deuil désaffranchi» de Dakota (1989, dans Goodwin et Ogden, 2007, p. 45) rend bien compte de cette expérience.

#### **4.2. Trouble de l'adaptation**

Enfin, nous émettons l'hypothèse que pour certaines femmes, les difficultés vécues suite à un avortement pourraient être l'expression d'un trouble de l'adaptation :

«Critère A : Développement de symptômes dans les registres émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables, au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).

Critère B : Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :

1. soit une souffrance marquée qui est hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, en tenant compte du contexte externe et des facteurs culturels pouvant influencer sur la sévérité et la présentation des symptômes ;
2. soit une altération significative du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

Critère C : La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.



Critère D : Les symptômes ne sont pas l'expression normale d'un Deuil.

Critère E : Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de six mois.<sup>4</sup>»

La consultation de l'étude exploratoire de **Curley et Johnston (2014)** sur les préférences des étudiantes universitaires en regard d'un traitement post-avortement renforce cette hypothèse. En effet, l'aspect le plus fondamental souhaité du volet d'intervention chez les participantes qui ont eu un avortement et auraient souhaité un suivi psychologique consistait en du support en regard de la culpabilité inattendue. De plus, le développement de stratégies d'adaptation avait également de l'importance. Il appert qu'une grossesse inattendue, surtout si c'est la première, suivie de la décision d'interrompre cette dernière semble être une expérience déstabilisante pour les femmes. Un événement comme celui-ci pourrait dépasser les capacités d'adaptation d'une femme, notamment, par son manque d'expérience en la matière, le mélange d'émotions que cela suscite et la confrontation à la maternité, notamment si elle n'est pas attendue.

En résumé, l'IVG n'est pas un événement banal dans la vie d'une femme. Cela s'avère stressant et suscite un mélange d'émotion avant et après la procédure, bien que l'intensité diminue après l'avortement pour une majorité des femmes. Plusieurs facteurs psychosociaux exercent une influence certaine sur le vécu émotionnel des femmes, du moment de la prise de décision jusqu'à la période post-avortement. Ces facteurs confusionnels ne facilitent pas le travail des chercheurs, puisqu'il devient difficile de tirer des conclusions définitives sur la question de l'association entre l'avortement et les troubles mentaux subséquents. Néanmoins, plusieurs hypothèses se valent pour expliquer la détresse émotionnelle des femmes et la persistance d'un mal-être chez une minorité d'entre elles.

---

<sup>4</sup> Consulté le 7 septembre 2016. Récupéré du site du Gouvernement du Canada (Anciens combattants) : <http://www.veterans.gc.ca/fra/services/after-injury/prestations-invalidite/benefits-determined/entitlement-eligibility-guidelines/adj-dis>

En terminant, cette synthèse avait également pour objectif de nous aider à définir le plan de notre essai que nous vous présentons :

## **INTRODUCTION**

- Quelques statistiques sur l'avortement
- Polémique entourant les répercussions de l'avortement sur la santé mentale
- Présentation du sujet et des différentes sections de l'essai

## **1. L'AVORTEMENT: PROCESSUS SINGULIER**

### **1.1. Une expérience bouleversante**

- Décrire l'expérience émotionnelle des femmes, son évolution et ce, en lien avec la décision d'avorter ainsi qu'avec le rôle de certains facteurs psychosociaux.

### **1.2. Un syndrome controversé**

- Décrire le syndrome post-avortement et faire part des critiques sur le sujet

## **2. PORTRAIT MITIGÉ DE LA SANTÉ MENTALE POST-AVORTEMENT**

### **2.1. Le traumatisme d'une maternité avortée**

- Discuter du potentiel trauma de l'avortement à mettre en lien avec les études sur le TSPT et la symptomatologie post-traumatique.

### **2.2. Des études de qualités**

- Présenter les critères de qualités dans le domaine de la recherche (groupe de comparaison, contrôle d'antécédents psychiatriques et autres hypothèses explicatives) et donner des exemples en les mettant en lien avec les différentes études et les résultats mitigés associés.

### **2.3. L'importance des antécédents**

- Cette section est dédiée aux antécédents psychiatriques et de violence, puisque c'est un critère confusionnel important dans la recherche sur notre sujet. Nous allons développer davantage à ce propos.

## **3. UNE PERTE DÉSTABILISANTE**

### **3.1. Un deuil qui échappe**

- Implication du deuil post-avortement chez la femme et de sa non-reconnaissance

### **3.2. Une adaptation difficile**

- Définir le trouble de l'adaptation et le mettre en lien avec les difficultés post-avortement

## **CONCLUSION**

- Résumer brièvement de quoi il a été question et prendre position
- Ouverture sur les implications sur le plan clinique

## Liste de référence

- Bellieni, C.V., Buonocore, G. (2013). Abortion and subsequent mental health: Review of the literature. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67, 301-310. doi: 10.1111/pcn.12067
- Biggs, M.A., Neuhaus, J.M. et Foster, D.G. (décembre 2015). Mental Health Diagnoses 3 Years After Receiving or Being Denied an Abortion in the United-States, *American Journal of Public Health*, 105(12), 2557-2563. doi: 10.2105/AJPH.2015.302.803
- Bradshaw, Z., Slade, P. (2003). The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: A critical review of literature. *Clinical Psychology Review*, 23, 929-958. doi: 10.1016/j.cpr.2003.09.001
- Broen, A.N., Moum, T., Bødtker, A.S., Ekeberg, Ö. (2005). Reasons for induced abortion and their relation to women's emotional distress: a prospective, two-year follow-up study. *General Hospital Psychiatry*, 27, 36-43. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2004.09.009
- Charles, V.E., Polis, C.B., Sridhara, S.K., Blum, R.W. (2008). Abortion and long-term mental health outcomes: a systematic review of the evidence. *Contraception*, 78, 436-450. doi: 10.1016/j.contraception.2008.07.005
- Coyle, C.T., Shuping, M.W., Speckhard, A. et Brightup, J.E. (2015). The Relationship of Abortion and Violence Against Women: Violence Prevention Strategies and Research Needs. *Issues in Law & Medicine*, 30(2), 111-127. Récupéré de la base de données MEDLINE with Full Text
- Curley, M. et Johnston, C. (2013). The Characteristics and Severity of Psychological Distress After Abortion Among University Students. *Journal of Behavioral Health Services & Research*, 40(3), 279-293. doi : 10.1007/s11414-013-9328-0
- Curley, M. et Johnston, C. (2014). Exploring treatment preferences for psychological services after abortion among college students. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(3), 304-320. Récupéré de : <http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.879566>
- Dadlez, E.M., Andrews, W.L. (2010). POST-ABORTION SYNDROME: CREATING AN AFFLICTION. *Bioethics*, 24(9), 445-452. doi: 10.1111/j.1467-8519.2009.01739.x
- Daugirdaite, V., Akker, O.v.d. et Purewal, S. (2015). Posttraumatic Stress and Posttraumatic Stress Disorder after Termination of Pregnancy and Reproductive Loss: A systematic Review, *Journal of Pregnancy*, 2015, Article ID 646345, 14 p., Récupéré de: [thhp://dx.doi.org/10.1155/2015/646345](http://dx.doi.org/10.1155/2015/646345)

Dyer Layer, S., Roberts, C., Wild, K., Walters, J. (2004). Postabortion Grief: Evaluating the Possible Efficacy of a Spiritual Groupe Intervention. *Research on Social Work Practice*, 14(5), 344-350. doi: 10.1177/1049731504265829

Fenstermacher, K. et Hupcey, J.E. (2013). Perinatal bereavement: a principle-based concept analysis, *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2389-2400. doi: 10.1111/jan.12119

Fergusson, D.M., Horwood, L.J. et Ridder, E.M. (2006). Abortion in young women and subsequent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(1), 16-24. doi: 10.1111/j.1469-7610.2005.01538.x

Goodwin, P. et Ogden, J. (2007). Women's reflexions upon their past abortions : An exploration of how and why emotional reactions change over time. *Psychology and health*, 22(2), 231-248. doi : 10.1080/14768320600682384

Herd, P., Higgins, J., Sicinski, K. et Merkurieva, I. (2016). The Implications of Unintended Pregnancies for Mental Health in Later Life. *Am J Public Health*, 106(3), 421-429. doi : 10.2105/AJPH.2015.302973

Kimport, K., Foster, K. et Weitz, T. A. (2011). Social Souces of Women's Emotional Difficulty After Abortion : Lessons from Women's Abortion Narratives. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 43(2), 103-109. doi : 10.1363/4310311

Lundell, I.W., Poromaa, I.S., Frans, O., Helström, L., Högberg, U., Moby, L., Nyberg, S., Sydsjö, G., Östlund, I. et Svanberg, A. S. (2013). The prevalence of posttraumatic stress among women requesting induced abortion. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18, 480-488. doi: 10.3109/13625187.2013.828030

Ralph, L., Gould, H., Baker, A. et Foster, D. G.(2014). The Role of Parents and Partners in Minor's Decisions to Have an Abortion and Anticipated Coping After Abortion. *Journal of Adolescent Health*, 54, 428-434. Récupéré de : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.09.021>

Robinson, G.E., Stotland, N.L., Russo, N.F., Lang, J.A., Occhiogrosso, M. (2009). Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? Critiquing the Evidence. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(4), 268-290. doi: 10.1080/10673220903149119

Rocca, C. H., Kimport, K., Roberts, S. C. M., Gould, H., Neuhaus, J. et Foster, D. G. (2015). Decision Rightness and Emotional Responses to Abortion in the United States : A Longitudinal Study. *PLoS ONE*, 10(7) : e0128832. doi : 10.1371/journal.pone.0128832

Rousset, C., Brulfert, C., Séjourné, N., Goutaudier, N. et Chabrol, H. (2011). Posttraumatic Stress Disorder and psychological distress following medical and surgical abortion. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(5), 506-517. doi : 10.1080/02646838.2012.654489

Sit, D., Rothschild, A.J., Creinin, M.D., Hanusa, B.H. et Wisner, K.L. (2007). Psychiatric outcomes following medical and surgical abortion. *Human Reproduction*, 22(3), 878-884. doi: 10.1093/humrep/del450

Steinberg, J.R. et Finer, L.B. (2011). Examining the association of abortion history and current mental health: A reanalysis of the National Comorbidity Survey using a common-risk-factors model. *Social Science & Medecine*, 72, 72-82. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.10.0006

Steinberg, J.R. et Russo, N.F. (2008). Abortion and anxiety: Wha's the relationship?. *Social Science & Medecine*, 67, 238-252. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.033

Steinberg, J.R., Russo, N.F. (2009). Evaluating research on abortion and mental health. *Contraception*, 80, 500-503. doi: 10.1016/j.contraception.2009.06.003

Steinberg, J. R., Tschann, J. M., Furgerson, D. et Harper, C. C. (2015). Psychological factors and pre-abortion psychological health : The significance of stigma. *Social Science & Medecine*, 150, 67-75. Récupéré de : <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.12.007>