

Les conséquences psychiques de l'avortement mises en lumière

Le 13 septembre 2013, le Haut Conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes (HCEfh) remettait un rapport à la ministre N. Vallaud-Belkacem, préconisant la création d'outils institutionnels (site internet « en faveur du droit à l'avortement »¹, campagne nationale d'information sur le « droit à l'avortement »...). Ces éléments marquent une volonté politique d'ériger l'avortement comme un droit et de le banaliser. Et pourtant on entend de plus en plus parler des conséquences de cet acte sur la femme. Ainsi, en juillet 2013 C.V. Bellieni² a publié une synthèse d'études³ qui démontrent, au regard de la littérature scientifique internationale, que l'avortement a des conséquences psychiques sur la santé de la femme. Interview avec C.V. Bellieni.

G : *Votre publication fait apparaître que vous avez évalué le risque de corrélation entre l'avortement et des désordres mentaux ultérieurs, afin de donner une information complète aux femmes qui hésitent à avorter. Qu'en avez-vous retiré ?*

CVB : C'est un travail qui a soigneusement analysé toutes les études publiées sur ce risque de corrélation, entre 1995 et 2011, soit 36. Nous en avons exclu six pour des problèmes de méthodologie. Sur les 19 qui comparent avortement et naissance (les autres comparent l'avortement avec les fausses couches ou la naissance d'un enfant non désiré), 13 montrent de pires conséquences avec l'avortement (dépression, troubles de l'anxiété, toxicomanie, ou encore perte de l'estime de soi), 5 des conséquences similaires et seulement une montrerait des conséquences meilleures après un avortement.

Après avoir analysé toutes ces publications, nous pouvons conclure que l'avortement peut être considéré comme un facteur de risque psychique pour la femme plus significatif que la naissance d'un enfant. Il est quand même difficile de penser, à partir des données de la littérature, qu'il soit plus favorable pour la santé psychique d'avorter que de faire naître ou que de faire le deuil d'une fausse couche. Il sera intéressant de pousser les recherches plus loin dans ce domaine pour prouver les conséquences psychiques de l'avortement qui ressortent déjà au regard de la littérature scientifique.

G : *Vous soulignez que la perte d'un enfant avant la naissance est traumatisante, qu'il s'agisse d'une fausse couche ou d'un*

avortement. Pourtant il y a bien une différence entre décider d'éliminer son enfant et de subir sa perte non voulue. Pouvez-vous nous éclairer ?

CVB : A partir des données, le deuil est à faire dans les deux cas, mais certaines études disent qu'il est plus lourd en cas d'avortement. Les conséquences à long terme semblent surtout intéresser l'avortement, tandis que la fausse couche aurait des conséquences graves mais transitoires. Les données semblent souligner que dans les deux cas les femmes vivent cela comme une perte. Mais dans le cas de l'avortement, il semble culturellement et socialement prohibé aux femmes d'élaborer un deuil sur une mort. Dans le cas de la fausse couche la prohibition est « familiale », car l'entourage de la femme tend à la minimiser. L'analogie entre les deux douleurs est intéressante : une douleur mentale, si grave et si similaire, est-elle due à la conscience de la perte d'un enfant, ou d'un « projet » ? Les chercheurs ont aussi souligné les différences entre naissance d'enfant non-programmé et avortement, pour vérifier si ce dernier était une « option favorable » pour la mère, mais les données semblent le démentir.

G : *Vous rappelez que l'avortement est un problème de santé publique. Pourtant, la société française, par exemple, ne le prend pas en considération. Comment expliquez-vous une telle négation qui porte préjudice aux femmes ? Pour vous que faudrait-il leur proposer ?*

CVB : Il ne s'agit pas seulement de l'avortement, c'est la grossesse même qui est

encore un tabou ; on peut en parler seulement quand on sait qu'il n'y aura pas de problème ; la possibilité de penser à des risques est simplement prohibée : le fils doit être parfait, la dépression *post partum* ou le deuil après une perte fœtale sont ignorés, comme après l'avortement. La prématurité est banalisée. Une écologie de la reproduction, une écologie de la grossesse, au contraire, considérerait cela, et pallierait les conséquences psychologiques de l'avortement.

Nos conclusions ne sont pas isolées : une autre étude faite par un groupe de Nouvelle Zélande⁴ montre des résultats pareils aux nôtres ; et une récente étude de l'Université de la Floride (2013), sur les avortements des étudiantes, montre le haut risque de stress post-traumatique ; et pourtant, les conséquences psychologiques de l'avortement comparées aux naissances sont ignorées par les médias.

Ce silence est étonnant et la responsabilité des politiques de la grossesse est grande. Il faut choisir entre accompagner chaque grossesse ou laisser les personnes décider toutes seules ; accompagner signifie certes éviter le paternalisme, mais aussi proposer un chemin. Il faut que, même dans les pays où l'avortement est permis, soient prévues des aides économiques, des alternatives (adoption néonatale), un parcours prénatal qui ne donne pas seulement un diagnostic, mais aussi des connaissances et possibilités thérapeutiques et sociales et enfin une aide pour la souffrance des mères « manquées »⁵. ●

1. Mis en ligne le samedi 28 septembre 2013 ; 2. Carlo V. Bellieni est néonatalogiste et docteur en médecine. Il est un des dirigeants de l'unité de soin intensif néonatale de l'Université de Sienne en Italie. Il est aussi secrétaire de la commission bioéthique de la société pédiatrique italienne ; 3. « Avortement et conséquences sur la santé mentale : regard sur la littérature » co-écrite avec Giuseppe Buonocorre, docteur en médecine et en philosophie et publiée en juillet 2013 dans la Revue japonaise *Psychiatry and clinical Neurosciences* ; 4. (Aust N Z) *Psychiatry*, Septembre 2013) ; 5. Femme qui n'ont pas pu être mère du fait d'un avortement : ndlr ;

Le fœtus est sensible à la douleur.. et aux émotions

par le Professeur Emmanuel SAPIN⁶

Alors que Carlo Bellieni s'interroge sur la souffrance de la femme à la suite d'un avortement, qu'en est-il du fœtus ? Un article, publié sur le NYTimes.com mi septembre, informait que la chambre des représentants des Etats-Unis avait voté un projet de loi tendant à étendre l'interdiction de l'avortement au-delà de 20 semaines, en vigueur dans douze états, au motif qu'au-delà de cette date, le fœtus ressent de la douleur. Cela signifie-t-il qu'en deçà de 20 semaines le fœtus ne ressent rien ? Le professeur Emmanuel Sapin nous éclaire sur la question.

Il faut distinguer entre la souffrance physique (douleur) et la souffrance psychique en tant que ressenti psychique conscient de la douleur physique. Cette **souffrance psychique** n'est ressentie par l'enfant qu'après sa naissance.

La souffrance physique en tant qu'acheminement au cerveau de stimulation dite nociceptive⁷ (provoquée par ex. par une piqûre), nécessite une maturation du système neurologique.

Il faut distinguer : **l'arc réflexe** présent bien avant 20 semaines (retrait d'un

membre à la piqûre), de **l'information remontant**, disons, à la « partie basse » du cerveau, possible avant 20 semaines, et, enfin, **la mémorisation cérébrale de la douleur** qui, elle, se fait dans des centres « plus haut » du cerveau qui n'est pas encore suffisamment mature à 20 semaines. Pour cette raison, ignorant les effets centraux sur le fœtus d'une stimulation douloureuse, nous avons pris le parti, lorsque, pionniers, nous avons opéré des fœtus porteurs de certaines malformations graves, à l'Hôpital Saint Vin-

cent de Paul à Paris dans les années 89-91, d'anesthésier le fœtus opéré en injectant un produit dans le cordon afin de lui éviter toute douleur.

Enfin, **un état douloureux ressenti par la femme enceinte** est un stress auquel elle réagit en sécrétant des hormones (adrénaline et cortisol) qui auront un effet sur le cerveau du fœtus dès le deuxième trimestre de la grossesse, avec des conséquences sur le comportement post-natal de l'enfant. ●

6. Professeur en chirurgie infantile et néonatale, et chef de service en chirurgie pédiatrique au CHU de Dijon ; 7. Stimulation douloureuse d'un récepteur nerveux du corps.

40 ans de l'AMP⁸ en France : la fuite en avant

Pour marquer les 40 ans des Centres d'étude et de conservation des œufs et du sperme humains (CECOS) deux jours de débat ont été organisés au Palais Bourbon les 12 et 13 septembre. La ministre de la santé Marisol Touraine a introduit ces journées consacrées au thème «De la naissance de l'AMP au futur». Les horizons évoqués sont vertigineux. Depuis 40 ans, la considération exclusive de la procréation artificielle a entraîné l'élaboration de la notion de « droit à l'enfant », et initié la sélection des enfants imparfaits. Ce qui était compris hier comme une transgression est aujourd'hui présenté comme le fruit de « l'altruisme social ». Ayant suivi ces deux jours de débat, Gèneéthique présente ici trois enjeux de l'AMP en 2013 et une analyse critique.

L'altruisme, présenté comme valeur centrale de l'AMP

Pour les intervenants du colloque : l'AMP a pour vocation de donner un enfant exempt de maladie à des parents qui ne peuvent en avoir pour cause d'infertilité, ou porteurs de maladies graves transmissibles génétiquement. Ainsi, les CECOS, organisateurs de l'AMP, revendiquent de donner « le bonheur d'être parents » et rendent hommage à la « démarche altruiste » des donneurs. La question est de savoir si on peut parler d'altruisme quand il s'agit de fabrication d'enfants « nés d'une machine froide qui les fait délibérément orphelins de racines⁹ » et quand

ces enfants¹⁰ se révoltent contre le principe d'anonymat du don de gamètes. Ceci n'est pas une préoccupation pour les CECOS qui se focalisent, eux, sur la diminution très nette du nombre de donneurs. 60% des donneurs renonceraient si l'anonymat était levé.

« N'allons pas casser leur élan altruiste en leur demandant en plus de prendre des responsabilités » insiste un intervenant. Une seule priorité : produire des enfants aux couples demandeurs.

Les donneurs sont déconnectés de la réalité de leur don, et les enfants bercés dans l'idée que la parenté n'est que « croyance, parole ».

L'aggravation de la sélection sur patrimoine génétique et de la culture eugénique.

L'autre préoccupation du débat porte sur la technique qui permettra de donner un enfant indemne de toutes maladies dans le cadre de l'AD¹¹. Pour le Pr Siffroi : « bientôt, le bilan génétique des donneurs sera [possible par] le séquençage complet du génome pour une centaine de dollars ». Le Pr Stoppa-Lyonnet¹² présente ce projet de sélection des donneurs sur patrimoine génétique en s'appuyant sur l'avis 120 du CCNE¹³ relatif au test de diagnostic prénatal non invasif (DPNI) de la trisomie 21. Pour rappel, le CCNE en

considérant le DPNI comme un « *progrès médical* » et en niant ses conséquences eugénistes (comme il l'a fait du DPN depuis longtemps) lui a attribué une caution morale¹⁴. La comparaison entre le DPNI et le décryptage du génome du donneur renseigne sur l'anesthésie des acteurs de la sélection anténatale. La culture eugénique est développée à un point tel aujourd'hui que les acteurs de la PMA ne distinguent plus le degré de gravité entre l'élimination d'êtres humains en raison de leur génome et la mise à l'écart de gamètes de donneurs potentiels. Il faut dès lors s'interroger sur les forces susceptibles de s'opposer au projet de purification du patrimoine génétique en France.

Vitrification d'ovocytes et industrie procréatique

3^{ème} sujet de débat : l'autoconservation ovocytaire sociétale. L'autoconservation des ovocytes est possible uniquement

pour des raisons médicales¹⁵. Le Pr Frydman et le CNGOF militent pour qu'elle soit possible pour des raisons sociétales. Cependant, outre les risques individuels¹⁶ qu'elle induit, la conservation ovocytaire « de convenance » ferait sauter la condition médicale de l'AMP¹⁷. Par ailleurs disposer de stocks de gamètes congelés crée les conditions de la fabrication d'embryons pour la recherche et de leur instrumentalisation. On peut y déceler l'intérêt des chercheurs et des laboratoires pharmaceutiques. Et donc craindre que l'autorisation de l'AMP « de convenance » contribue à développer l'industrie de la procréation. Comme à chaque développement de l'AMP il faut écouter le biologiste Jacques Testart : les innovations de l'AMP « *sont masquées par des arguments d'utilité : principalement satisfaire « le projet parental » et respecter « la liberté de la recherche ».* Alors on peut fabriquer des enfants privés d'origines, ou triés dans

l'éprouvette, mais aussi utiliser les embryons humains comme un matériau expérimental ordinaire...¹⁸ ».

Enfin cet utilitarisme économique installe l'AMP comme unique solution à l'infertilité, évinçant de fait l'assistance à la procréation naturelle. Au colloque les spécialistes l'avouent : « *avec l'ultra performance de l'AMP on court-circuite les problèmes de la fertilité sans même comprendre l'origine du problème.* ».

Un enjeu politique

Mi-septembre, la porte-parole du gouvernement Najat Vallaud-Belkacem annonçait¹⁹ que la question de l'ouverture de l'AMP aux couples homosexuels était reportée après 2013. Elle complétait l'information en indiquant que ce débat s'inscrirait dans le cadre d'un texte global qui toucherait à l'ensemble des enjeux bioéthiques. Le lobbying des promoteurs de l'AMP a déjà commencé. ●

8. Assistance médicale à la procréation ; 9. Jacques Testart, « l'Assistance conviviale à la procréation » - Le Monde, 14/02/2013 ; 10. Représentés par l'association Procréation Médicalement Anonyme ; 11. Insémination artificielle avec tiers donneur ; 12. Institut Curie et Université de Paris Descartes, Paris ; 13. Avis publié le 25 avril 2013 ; 14. Lettre mensuelle Génétique-Juin 2013 ; 15. Autorisée depuis la loi bioéthique de 2011, la vitrification ovocytaire permet aux femmes qui subissent un traitement médical risquant d'altérer leur fertilité ou qui ont donné leurs ovocytes, de conserver leurs gamètes pour une PMA ultérieure ; 16. Le professeur Le Lannou précise que la stimulation ovarienne et la ponction d'ovaires sont des gestes agressifs bien souvent inutiles puisque seul 1 à 5% des ovaires sont réutilisables ; 17. Maladie génétiquement transmissible, infertilité, traitement médical altérant la fertilité ; 18. Jacques Testart « Ne laissons pas les lobbies et les praticiens dicter leur loi à la bioéthique » - Le Monde, 1/09/2013 ; 19. Conseil des ministres du 11 septembre 2013