

**FACTEURS DE STRESS PRÉDICTIONNELS D'UNE  
PERTE DE GROSSESSE ET DE SES  
CONSEQUENCES**

**JOFFRES CORINNE**

**DIPLÔME UNIVERSITAIRE  
STRESS ,TRAUMATISME ET PATHOLOGIES**

**UNIVERSITE PARIS VI**

**faculté de Médecine Pitié-Salpêtrière**

**directeur de l'enseignement :Pr Ph Mazet, Dr JM Thurin**

**ANNEE 2008-2009**

## **remerciements**

**Avant de présenter mon mémoire je souhaiterais  
remercier MR ET MME Thurin pour m'avoir  
guidée dans la réalisation de ce mémoire ainsi que  
tous les intervenants pour la qualité  
d'enseignement transmis à travers ce diplôme  
universitaire**

### **TABLE DES MATIERES**

<b>I. DÉMARCHE OU INTRODUCTION</b>	<b>P 6</b>
<b>II LE STRESS</b>	<b>P 7</b>
<b>III STRESS ET PERTE DE GROSSESSE</b>	<b>P 9</b>
<b>III.1 :activité professionnelle</b>	<b>P 9</b>
<b>III.2 :données statistiques</b>	<b>P 9</b>

**III.2.1 :données**

**III.2.2 :motif de consultation de ces patientes**

**III.2.3 :age de ses patientes et délai depuis l'IVG**

**III.2.4 :antécédents personnels de ces patientes**

**III.2.5 :antécédents familiaux de perte de grossesse**

**III.2.6 :contexte de la perte de grossesse**

**III.2.7 :raisons de ce recours**

**III.3: vignettes cliniques**

**P 13**

**III.3.1: vignette 1**

**III.3.2 :vignette 2**

**III.3.3 :vignette 3**

**III.3.4 :vignette 4**

**III.3.5 :vignette 5**

**III.4 :analyse**

**P 32**

**III.4.1 :les facteurs familiaux**

**III.4.2 :l'histoire personnelle de la patiente**

**P 32**

**III.4.2.1: sexe age santé**

**III.4.2.2 :traumatismes de l'enfance**

**III.4.2.3 :autres traumatismes**

**III.4.3 :comment a été géré le stress ? P 38**

**III.4.3.1 :environnement social**

**III.4.3.2 :coping \_mécanisme de défenses**

**III.4.3.3 :personnalité**

**III.4.3.4 :addictions**

**III.4.3.5 :troubles du sommeil,anxiété, dépression**

**III.4.4 :recours à l'IVG ou perte de grossesse P 41**

**III.4.4.1 : manque de cadre socio-familial**

**III.4.4.2 :manque de soutien conjugal**

**III.4.4.3 :reproduction de la violence subie**

**III.4.4.4 :troubles psychologiques**

**III.4.4.5:relation avec les traumatismes anciens**

**III.4.4.6 :représentativité de la maternité**

**IV STRESS ET PERTE DE GROSSESSE VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE P 48**

**IV.1 : le syndrome post abortif P 48**

**IV.1.1 :culpabilité**

**IV.1.2 :dépression**

**IV.1.4 :deuil pathologique**

	<b>IV.1.5 :troubles de la relation interpersonnelle</b>	
	<b>IV.1.6 :anxiété</b>	
	<b>IV.1.7 :difficulté d'attachement aux enfants ultérieurs</b>	
	<b>IV.1.8 :PTSD</b>	
	<b>IV.1.9 :morbidité</b>	
<b>52</b>	<b>IV.2 :conséquences d'une fausse couche spontanée</b>	<b>P</b>
<b>53</b>	<b>IV.3 :relations avec les facteurs de stress antérieurs</b>	<b>P</b>
<b>VI</b>	<b>DISCUSSION</b>	<b>P 53</b>
<b>VII</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>P 57</b>
	<b>ANNEXES</b>	<b>P 59</b>
	<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>P 71</b>

## **I. DÉMARCHE OU INTRODUCTION**

Les pertes de grossesse volontaires ou involontaires représentent plus de 400000 cas par an en France.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) représente à elle seule 209700 actes (DRESS ) en 2006.

En France tout acte médical est évalué et l'interruption volontaire de grossesse se doit d'être évaluée tant en amont qu'en aval de son utilisation et cela en dehors de tout cadre polémique. En effet la Haute Autorité de Santé (HAS) a établi un protocole où ne figure pas l'inventaire de facteurs quel qu'ils soient pouvant induire une demande d'interruption volontaire de grossesse .Les dernières recommandations de l'HAS , datant de 2001 , n'incluent pas les dernières littératures scientifiques internationales sur les conséquences de l'avortement mais avaient déjà en projet ,à cette date , d'évaluer le retentissement psychologique de cet acte .Une évaluation médicopsychosociale des patientes éligibles à un acte de ce type est préconisé sans plus de

précision. Les complications ne sont évaluées que sur le plan du retentissement génital et post opératoire.

Il me semble pertinent d'évaluer de quelle manière des facteurs de stress dans la vie de ces patientes pourraient devenir prédictifs d'un recours à une interruption volontaire de grossesse et comment ces mêmes facteurs pourraient compliquer les répercussions de cet acte sur la santé des femmes qui y ont recours.

Cette étude ,reposant sur des données rétrospectives ,ne pourra pas prétendre à des conclusions exhaustives car elle ne représente qu'une petite population mais elle pourrait servir de réflexion à l'élaboration d'un outil d'évaluation et de suivi ou de prévention auprès de cette population .

## **II LE STRESS**

### ***II.1 :description***

La définition du stress est tout d'abord physique « une force qui s 'applique » puis physiologique, définie par Cannon comme une réaction visant le rétablissement de l'homéostasie perturbée sans intervention du psychisme pour réagir :c'est une action centrale réflexe.

Seyle définit le stress comme la cause et l'effet d'un processus au service d'une action.

Il y a différents niveaux de stress:

- des évènements stressants aigus

  - des stress courts comme les examens

  - des stress de deuils ou traumatismes (état de stress aigus ou état de stress post

traumatique)

des stress chroniques pouvant altérer l'identité

Les conséquences sont différentes allant d'une bonne adaptation physiologique et biologique du corps à une altération des fonctions neuro-végétative, neuro-endocriniennes avec un impact somatique touchant les sphères cardiaques , digestives ,neuro musculaires , sans oublier l'impact neuro-psychologique avec altération de certaines structures cérébrales comme l'amygdale et l'hippocampe et perturbations psychopathologiques .

Le stress a une action délétère sur la santé somatique et psychologique selon sa qualité , la durée d'exposition et toute l'histoire antérieure de l'individu.

## ***II.2 : modèle d'Irwin***

Le modèle d'Irwin représente bien toutes ces interactions comme nous pouvons le voir ci dessous. C'est un modèle biopsychosocial présentant les relations entre le stress , la santé et leurs déterminants (Thurin 2008).

*schéma inspiré du modèle d'IRWIN (Dr Thurin 2008)*

La situation de vie des personnes concernées par une perte de grossesse sera évaluée selon ce modèle : leur environnement social ,leurs données personnelles de vie au moment de stress important antérieur à toute grossesse ,leurs mécanisme de défense pour faire face à ces situations de stress particulière dans leur vie , leurs moyen d'adaptation et leur répercussion sur la santé (troubles du sommeil , addictions dépression anxiété) les différents sentiments perçus

comme la culpabilité .

Cette analyse devrait nous permettre de voir s'il existe une relation entre un stress antérieur de vie et la décision de recourir à une interruption de grossesse ou le fait de subir une fausse couche.

Le stress antérieur peut-il fragiliser une personne dans cette décision?

Le stress antérieur vécu peut-il aggraver le vécu même de la perte de grossesse?

Un questionnaire pourrait-il être établi en amont d'une décision d'IVG en connaissant les facteurs de risques d'un mauvais ajustement du stress ?

Une évaluation post-IVG ou prè-IVG permettrait elle de suivre plus tôt ces personnes?

### **III STRESS ET PERTE DE GROSSESSE**

#### ***III.1 situation professionnelle***

Il s'agit d'une pratique exclusivement de psychothérapie en cabinet libéral et en milieu rural

#### ***III.2 :données statistiques***

##### ***III.2.1 :données générales***

L'étude est rétrospective et porte sur une patientèle évoluant sur quatre ans de pratique.

Sur 156 dossiers on note 262 histoires de grossesses et 140 femmes sexuellement actives .

Sur ces 140 femmes , 45 personnes (soient 32%), ont été victimes de pertes de grossesses se répartissant ainsi :

22 patientes ayant eu recours à une IVG dont 5 de manière répétée dans leur vie

11 patientes ayant subi une fausse couche

12 patientes ayant vécu les deux évènements :IVG et fausse couche

Donc au total on observe 33 personnes ayant subi une IVG soient 23,57% ( 17,2% des femmes sexuellement actives selon la DRESS en 2006).

*Mon échantillon n'est pas significatif épidémiologiquement ce qui pourrait s'expliquer par une patientèle déjà sélectionnée sur la base d'un souhait d'une démarche psychothérapeutique. Cela expliquerait une plus grande concentration de vécus difficiles.*

On observe en fait à partir de ces 45 histoires les chiffres suivants ,sur 118 grossesses:

41 (34,7%) ont été interrompues par IVG

27 ( 22,8%) par fausse couche

A l'échelle française en 2006 sur 796800 grossesses 209699 ont été interrompues par IVG soit 26,31% ;ici on retrouve 68 grossesses interrompues soit 26%.

Là mon échantillon est représentatif de l'échantillon national.

### **III.2.2 :motif de consultation de ces patientes**

Les motifs de consultation de ces patientes ne sont pas en rapport direct avec ces pertes de grossesses mais sont formulées ainsi:

mal être depuis des années

troubles de la relation conjugale

trouble de la relation parents-enfants

deuils récents difficiles à vivre

La perte de grossesse est rapidement évoquée dans l'historique de la patiente et c'est à ce moment là que la patiente commence à en parler plus librement , non sans difficulté après des années de silence et de crainte de jugement ou d'incompréhension,avec un sentiment de détresse illégitime.

### III.2.3 :age de ses patientes et délai depuis l'IVG

Le délai de consultation par rapport à la perte de grossesse est souvent long :entre 15 et 30 ans en moyenne pour les patientes âgées de 35 ans à 50 ans au nombre de 32

Ce délai passe à moins de dix ans pour les patientes plus jeunes au nombre de 11

Il y a deux cas de patientes venues juste après l'IVG

### III.2.4 :antécédents personnels de ces patientes

Patientes ayant vécu...	IVG	IVG+FC	FC
Antécédents maltraitance sexuelle seule	0	0	0
Antécédents maltraitance physique seule	2 soit 9%	0	1 soit 9%
Antécédent de carence affective	8 soit 36,3%	1 soit 8,3%	6 soit 54%
Antécédents maltraitance mixte	7 soit 31%	6 soit 50%	3 soit 27%

Le taux de maltraitance ,toutes causes confondues ,dans les autres dossiers sans perte de grossesse est de 37 cas soit 37%.

### III.2.5 :antécédents familiaux de perte de grossesse

	IVG	IVG + FC	FC
Antécédents familiaux de perte de grossesse	10 soit 45,45%	3 soit 25%	4 soit 36%

### III.2.6 :contexte de la perte de grossesse

	IVG	IVG + FC	FC
Violences conjugales	3	4	1
Couple instable	11	5	6
Troubles relationnels avec les parents	13	6	2
Addictions	16	3	4
PTSD (syndrome post-traumatique probable)	6	5	1
État dépressif	9	2	4
Événement traumatiques antérieur	10	7	1
Atcd somatiques	2	4	1
Atcd suicide	5	0	1
Violences conjugales parentales	9	4	3

### **III.2.7:raisons de ce recours**

Les motivations sont dans un cas le fruit d'un viol,les problèmes psychiatriques dans deux cas.

Pour les autres situations on retrouve l'absence de soutien conjugal , le fait de cacher un adultère,la pression parentale , le sentiment de ne pas être à la hauteur , d'être un échec.

Ce sont des motivations contextuelles à la venue du bébé qui ne traduisent pas forcément la réalité .

### **III.3: vignettes cliniques**

Plusieurs vignettes cliniques évoquant diverses situations autour de la perte de grossesse sont détaillées selon le plan de la formulation de cas associé à une dimension plus psychométrique avec l'échelle santé maladie (Laborsky 1975) et l'échelle psychodynamique de Hoglend (Hoglend 2000) et l'évaluation nosographique selon le DSM IV en plus de l'histoire spécifique de la perte de grossesse. Les deux échelles sont des outils multidimensionnels permettant ,pour le premier ,de poser la problématique psychopathologique et pour le deuxième , de suivre l'évolution d'un patient dans ses capacités de fonctionnement comme les relations familiales , les relations amicales ,les relations sentimentales , la tolérance aux affects ,la compréhension cognitive des conflits « insight » , la résolution de problèmes et capacité d'adaptation

J'ai choisi des situations associant recours à l'IVG et fausse couche , recours à l'IVG simplement, multiple recours à l'IVG , fausse couche simple afin d'évoquer différents contexte de recours à la décision d'une IVG.

### **III.3.1: vignette 1- Mlle F**

Il s'agit d'une patiente âgée de 46 ans,sans enfant .

Elle a subi 3 IVG et 2 fausses couches.

#### **problématique actuelle :**

harcèlement au travail ayant entraîné sa démission

contexte :précarité sociale, RMI,relation conjugale inexistante

histoire personnelle:

Carence affective parentale et père violent verbalement au comportement tendancieux à son égard sans véritables abus reconnus ,mère peu affectueuse,un frère adulé selon elle ,échec scolaire au lycée,aucune communication possible avec ses parents selon elle .

Pas de figure d'attachement stable ni parentale ni extra familiale , attachement de type désorganisé. et désorienté.

Elle a toujours eu l'impression d'être un fantôme pour ses parents , de ne pas exister au profit de son frère cadet .Elle n'a jamais eu de retour positif de la part de ses parents quant à ses actes ! Elle n'a pas reçu de manifestation concrète de tendresse physique ou verbale .

La relation qu'elle vivait avec son père était de l'ordre de la manipulation .

A l'heure actuelle elle présente une forte dépendance à sa mère comme pour retrouver une symbiose jamais existante,on retrouve une attitude régressive donc et une recherche constante d'amour chez son père qui renforce le schéma de dévalorisation.

Par la suite elle aura trois relations conjugales en échec par la suite puis multipartenariat ,perte régulière de ses emplois en usine essentiellement avec des périodes intermittentes de rupture sociale avec RMI.

- évènements de stress antérieur aux pertes de grossesse:

-scène de violence subie par un élève de collègue dans sa classe par un professeur ( il lui « a éclaté la tête contre le carreau »),elle a eu très peur avec une dissociation péri-traumatique « je le voyais , mais j'y étais pas » « .je pensais à qui serait le prochain! »

-A 16 ans elle a subi un viol par un cousin , où elle décrit une abréction totale que son cousin a pris pour du consentement .Elle précise ne pas avoir compris la situation.

-A 18 ans elle subit un deuxième viol par un élève du lycée ,sur un retour de promenade .Elle dit ne pas avoir vu venir le problème , sans violence ,sans réaction , sans peur .

Elle n'a jamais parlé à ses parents de ses agressions ayant l'impression d'être un « fantôme pour eux »

-Violence conjugale dans le premier couple

- coping addiction , mécanismes de défense

alcool , tabac et troubles du comportement alimentaires

- contexte des pertes de grossesse

*1ère IVG* : Elle a eu lieu dans un contexte de violence conjugale , « bien fait pour moi » c'était le fruit d'un adultère!Quand elle en parle elle dit préférer rester sur une bonne image de lui alors qu'il l'a terrorisée et menacée à plusieurs reprises.

*2ème IVG* :n'aimait pas cette personne

*3ème IVG*:Il voulait confier le bébé à sa mère « je ne voulais pas que sa mère me prenne mon enfant »elle a préféré le perdre et il s'en est suivi beaucoup de rêves de corps déchiétés!

Dans les trois situations il n'y avait pas de réel désir d'enfant , « j'étais pas prête » de même que l'on retrouve une décision d'arrêt de pilule non justifiée par un problème de santé ,ce qui dénote une ambivalence face à la procréation. Il y a une mise à distance de la fonction procréatrice avec ambivalence de sa propre féminité.

On retrouve des troubles du comportement alimentaires alternant boulimie et anorexie

Quelques années après avec un autre partenaire cette patiente est victime de deux fausses couches, prétextant que son corps était pourtant « prêt » maintenant et le regrette sans la

manifestation de la moindre émotion .Elle estime qu'elle ne doit pas être faite pour avoir des enfants.

- relations interpersonnelles:

Instabilité affective dépendance affective vis à vis de ses parents ,très isolée ,sans investissement associatif ou amical ,méfiance interprétative ,aime les postes sans relation à autrui , on doit penser comme elle « si je suis dans ma forteresse je suis quelqu'un d'autre! »

- symptômes:

Névrosisme

Angoisse,humeur labile ,confuse et contradictoire ,phobie sociale ,

Méfiance interprétative vis à vis des autres ,angoisse de séparation

Phobie sociale et troubles du comportement alimentaire mixte

**Facteurs non dynamiques**

Carence affective majeure

**Évaluation psychométrique**

<b>Echelle</b>	<b>santé</b>		
<b>maladie</b>			
Estimation globale	37	Effets sur l'entourage	35
Capacité autonomie	65	Utilisations des capacités	25
Gravité des symptômes	35	Relations interpersonnelles	25
Malaise subjectif	50	Sources d'intérêts	25

<b>Echelle psychodynamique de Hoglend</b>			
Relations familiales	50	Total affect	30
Relations amicales	50	Insight	31
Relations sentimentales	50	Résolution de problèmes	35

<b>DSM-IV-TR</b>	
AXE 1	F40.1
AXE 2	Troubles personnalité à tendance schizotypique F21
AXE 3	Suspicion de LED
AXE 4	Rupture sociale
AXE 5	GAF= 30

### **Intégration des données**

Personne en rupture sociale avec de grande difficulté d'adaptation et des conflits d'autorité. Elle reste en lien avec sa famille mais sur la base d'une dépendance excessive et conflictuelle mais avec une attitude opportuniste de sa part .Elle est en régression..Elle est très méfiante et interprétative vis à vis d'autrui et reste dans l'isolement social . Elle est dans l'évitement et parfois le déni quant à ses traumatismes passés avec inadaptation des affects Éléments de personnalité de type schizotypique .Elle ressent une culpabilité profonde : « une fille comme moi ne peut pas avoir d'enfant !» .

Les IVG répétées semblent structurelles et faire partie de sa personnalité .Elles évoqueraient

cette relation conflictuelle avec sa pauvre mère se traduisant au travers de son propre corps; mais aussi tous ces traumatisme basé sur la sexualité.

### **III.3.2 : Vignette 2 - Mlle P**

Patiente âgée de 45 ans ,mère de deux enfants ,en précarité sociale.

Elle a subi une IVG et une FC

#### **problématique au moment de la consultation:**

harcèlement moral au travail

#### **histoire personnelle:**

Ainée ,née prématurément ,d'une famille de deux enfants ,avec beaucoup de déplacement le père travaillant sur des plates-formes pétrolières. Père alcoolique ,absent et pourtant craint , très violent physiquement et verbalement avec son épouse (menace au fusil par exemple) et qui soumettait sa fille à ces scènes de violences conjugales .

Mère dépressive et soumise , ne développant aucune manifestation de tendresse et de valorisation et ayant perdu un enfant de fausse couche ,avec une difficulté d'attachement à ses enfants restants.

Pas de relation proche avec son frère cadet vivant chez les grands-parents et donc épargné de cette violence du couple parental.

Attachement de type évitant sans modèle stable autour d'elle. Les grands parents auraient pu l'être dit-elle!

Échec scolaire et mauvaise orientation imposée par les parents:elle souhaitait être coiffeuse et s'est retrouvée dans le secrétariat

Mariée une fois avec violence conjugale et adultère,après multipartenariat.

- facteurs de stress antérieur à la perte de grossesse

Enlevée à 2 ans sur un marché en Israël par une fatma durant quelques heures (mise sous sa bourka)

Séparée des années de son jeune frère vivant chez les grands-parents.

Dépression chronique de la mère après une fausse couche.

Alopécie à 10 ans avec humiliation publique par un élève à 11 ans à ce sujet (Cette patiente présente toujours cette alopécie).

Tentative de suicide à 18 ans

- coping addiction , mécanismes de défense

déni , évitement, anorexie

- contexte de la grossesse perdue

C'est dans le cadre d'une relation adultère alors que son fils avait 6 ans qu'elle s'est retrouvée enceinte. N'osant pas l'avouer à son mari et se sentant incapable d'assumer la perte du couple,elle

a décidé d'avorter de « trois fois rien » dit-elle .Elle dit qu'il aurait fallu peu de mots pour l'empêcher: soutien sur le moment et ré humanisation du bébé. Depuis cette femme voit cet enfant grandir dans ses pensées et y pense notamment à sa date théorique anniversaire et aux anniversaires des autres enfants. Elle n'a bénéficié d'aucun soutien parental ,étant éloignée en Guyane ,et la violence conjugale au sein du couple parental étant très forte .Elle en parle avec culpabilité mais de manière rationnelle sans la moindre émotion ,ni affect apparent.

Il s'en est suivi une période de déni importante et quelques années plus tard enceinte à nouveau de son mari, elle perd l'enfant dans une fausse couche consécutive à un choc en voiture .Elle prétend n'avoir eu aucun mal à assumer cette perte de grossesse car elle ne s'y était pas attachée et qu'elle est redevenue enceinte très rapidement après de sa fille.

Sa fille a présenté un syndrome dépressif depuis l'age de ses deux ans,dû selon les médecins au divorce de ses parents. Cette enfant présentait une tristesse intense et lorsque sa mère parle de ses pertes de grossesse à ses enfants devenus grands 17 ans et 12 ans,elle découvre que son fils âgé de 6 ans a assisté à l'adultère , que ses deux enfants s'étaient adonnés pendant deux ans à des attouchements sexuels mutuels sans violence qui avaient cessé depuis , et sa fille persistait à croire qu'elle aurait une jumelle si sa mère n'avait pas eu de fausse couche.

Devant l'insistance de sa fille en travaillant sur le recueil de données des dates de la fausse couche et de l'annonce de la grossesse il n'y avait pas 15 jours,délai insuffisant pour qu'il s'agisse d'un nouveau cycle. Sa fausse couche concernait donc un jumeau de grossesse gémellaire.

Les conséquences sont une culpabilité profonde , une angoisse de mort sur ses deux enfants restants un deuil pathologique et une colère profonde contre elle même.

- relations interpersonnelles

Personne très assujettie et effacée

peu d'investissement personnel et social sauf si elle est sollicitée

Conflit d'autorité avec positionnement de victime

- symptômes

Personnalité de type C

Dépression traitée depuis plusieurs années

Déni et évitement permanent

Instabilité affective avec engagement difficile

Intériorise sa colère, craint la honte et le ridicule

Pas d'affirmation de soi, crainte de la critique, sentiment d'infériorité

Se sent socialement incompétente

**facteurs non dynamiques**

Cadre familial instable avec de multiples déménagements et isolement social du fait des déménagements multiples dans des pays aux cultures différentes et de la violence du père.

**Évaluation psychométrique**

<b>Echelle maladie</b>	<b>santé</b>		
Estimation globale	64	Effets sur l'entourage	70

Capacité autonomie	69	Utilisations des capacités	45
Gravité des symptômes	80	Relations interpersonnelles	50
Malaise subjectif	85	Sources d'intérêts	47

<b>Echelle psychodynamique de Hoglend</b>
---

Relations familiales	45	Total affect	49
Relations amicales	55	Insight	52
Relations sentimentales	35	Résolution de problèmes	57

<b>DSM-IV-TR</b>
------------------

AXE 1	Dépression
AXE 2	Personnalité évitante F60.6
AXE 3	Alopécie générale
AXE 4	Précarité sociale
AXE 5	EGF =55

**intégration des données**

Personne évitante et assujettie , ayant des difficultés relationnelles durables et profondes , alexythimique. Elle maintient des relations familiales proche du sacrifice, avec persistance d'une relation de terreur par rapport à son père .

Elle a du mal à investir un travail de peur du regard posé sur elle ,de jugement , et ses conflits d'autorité avec ses employeurs la renvoie à son père. L'image d'elle même a été très dévalorisante du fait de son alopécie qui la déshumanisait et de la violence qu'elle côtoyait mais très bien compensée par des efforts vestimentaires féminins importants .Ses relations de type sentimentales sont brèves par manque de confiance en l'homme.

L'IVG serait comme révélateur de sa propre non reconnaissance d'elle-même, d'une absence de soutien et de l'absence d'image féminine affirmée. Cet enfant arrive dans le néant du couple où elle n'existe pour personne, cet enfant n'existe pas pour elle. L'IVG symbolisait aussi sa fuite du conflit et sa crainte de perdre son mari.

### **III.3.3 : vignette 3 -Mme N**

Patiente âgée de 50 ans, mariée, mère de trois enfants, travaille dans le social.

Elle a subi une fausse couche au cours d'une grossesse gémellaire et par la suite une IVG

#### **problématique actuelle :**

Ne gère plus sa relation sur le plan affectif avec son mari

Peur de l'abandon et de la séparation

Contexte: difficulté de couple avec son mari, très centré sur lui et sa propre famille. De plus elle-même vit une relation adultère avec un autre homme. Son mari a été au courant mais pense que c'est fini, or cela dure depuis 7 ans. Elle vient pour prendre une décision

#### **histoire personnelle:**

Elle est née dans une famille de 4 enfants dont la troisième sœur n'est venue les rejoindre que trois ans plus tard, le père est absent la semaine et violent le week-end (coups et enfermement), comme « obligé » de les punir sur l'incitation « perverse » de la mère qui est nourricière mais considère ses enfants comme des boulets et a pratiqué elle-même 3 IVG pour cette raison sur 6 grossesses. La patiente s'est vue très tôt prendre les coups volontairement pour protéger sa petite sœur et les provoquer en début de week-end afin d'être « tranquille par la suite », elle considérait « maîtriser » la violence de son père « fouettard ». Elle en tire dit-elle une forte

solidarité avec son frère .

Pas de figure maternelle maternante et aimante ni d'exemple de féminité.

N'ayant pas de figure d'attachement stable et elle développe une catégorie d'attachement anxieux évitant avec une apparente autonomie précoce et un détachement affectif vis à vis de ses parents.

On observe cependant une forte identification active au père qu'elle recherche et maintient encore au travers de ses partenaires pour ses enfants: « tout pourvu qu'ils aient un père »; Elle retient comme douloureux plus l'absence de son père que sa courte présence à la maison très violente en même temps ( Déplacement ?)

Elle a une bonne relation avec son frère aîné avec qui elle a une complicité due à la maltraitance vécue de pair.

Cette patiente a vécu un mariage dont sont issues deux filles , une relation de couple actuelle dont est issu un fils de 17 ans et une relation extra conjugale depuis 7 ans qui dure encore .Elle est incapable de prendre une décision par peur de blesser dit-elle. Son compagnon, le père de son fils, a entrepris de la quitter en 1997 et elle a fait une dépression sévère de 9 mois, c'était 1 an après l'IVG Il l'a plusieurs fois trompée mais ils sont toujours ensemble.

- facteurs stressants antérieurs à la perte de grossesse

Maltraitance familiale pendant l'enfance

Désaccord conjugal

Fausse couche en 91

Divorce

- coping addiction , mécanismes de défense

Altruisme , sublimation

- contexte de la perte de grossesse

Elle évoque rapidement l'IVG au cours du premier entretien et y fait allusion à chaque fois « ce fut horrible vraiment l'horreur! ». Elle est décidée par son compagnon qui déjà ne voulait pas le premier enfant quelques années plus tôt . La patiente avait déjà mal vécu la dernière grossesse, gémellaire au cours de laquelle elle a perdu un des jumeaux. Elle s'est sentie seule, cette FC a été difficile pour elle . Apprenant la nouvelle d'une grossesse elle dit avoir cru que c'était son jumeau qui revenait puis elle accepte l'idée de l'avortement en assistant impuissante à la fausse couche d'une de ses pouliches . A ce moment là elle sait qu'elle ne pourra supporter l'idée d'être seule à nouveau à assumer un autre enfant . Il s'est agi d'une IVG médicamenteuse qu'elle a vécu seule , ayant refusé la présence de son compagnon . Elle voyait l'image du jumeau perdu plus tôt. Elle a refusé tout anti-douleur et a occulté ses émotions « je me robotise dans ces cas là, je ne m'appartiens plus » « je suis morte en moi même! » »deux mondes réels où la pensée s'éloigne! » Il en reste un sentiment de haine verbalisé avec un grand sourire, une peur de l'abandon et de se retrouver seule.

Les séquelles sont une relation très fusionnelle avec son fils et ses filles, une culpabilité et un sentiment de honte.

- relations interpersonnelles:

Bonnes et stable mais contrôlées et basées sur l'assujettissement et l'évitement

Elle est très bien intégrée socialement en poste de responsabilité sans conflit d'autorité avec ses employeurs.

- symptômes:

Colère froide contenue

Alexythimie

Besoin de contrôle ,méticuleuse, beaucoup d'activisme, angoissée et peur du jugement

### **Facteurs non dynamiques**

cadre familial carenciel et violent

### **Évaluation psychométrique**

<b>Echelle santé maladie</b>			
Estimation globale	80	Effets sur l'entourage	85
Capacité autonomie	70	Utilisations des capacités	90
Gravité des symptômes	80	Relations interpersonnelles	75
Malaise subjectif	90	Sources d'intérêts	75

<b>Echelle psychodynamique de Hoglend</b>			
Relations familiales	53	Total affect	71
Relations amicales	53	Insight	75

Relations sentimentales	61	Résolution problèmes	de 60
-------------------------	----	----------------------	-------

<b>DSM-IV-TR</b>	
AXE 1	Z 63.8
AXE 2	aucun
AXE 3	État pré diabétique et souffle au cœur non traité
AXE 4	aucun
AXE 5	EGF=7

### **Intégration des données**

Personne qui face à une décision de rupture familiale , se trouve confrontée à la peur de l'abandon et à l'angoisse de séparation.

Elle est capable d'endurer la souffrance,avec un sentiment de culpabilité ,dans l'évitement le plus total pour éviter de blesser son entourage.

On peut noter chez elle des mécanismes de défense important de l'ordre du contrôle , du refoulement, de l'évitement et de la formation réactionnelle .Ces affects sont comme isolés avec une grande crainte de l'émergence de ses émotions.

L'IVG serait comme révélateur d'un fonctionnement perturbé avec une bonne adaptation sociale et bien compensé .Il est à noter un épisode dissociatif important lors de l'IVG

### **III.3.4 :vignette 4 -Mlle E**

Patiente âgée de 27 ans , cadre technico commerciale , sans enfant.

Elle a subi une IVG à l'âge de 21 ans

### **problématique au moment de la consultation**

## Problème de couple

Impression de n'être pas désirée

Désir d'enfant non comblé

Rétrogradée à son travail pour raison économique

## Histoire personnelle

Issue d'une famille avec violence conjugale parentale physique et psychologique.

Père, « batard » , battu dans l'enfance ,issu d'un adultère ,pervers et manipulateur et violent physiquement avec sa mère.

Mère , ayant subi deux IVG ,très soumise et effacée acceptant tout ,victime de son mari sans réaction ,jusqu'au jour où soutenue par la famille elle a entrepris des démarches de séparation.

Elle a servi de confidente auprès de sa mère , n'ayant pas pour elle même de modèle sécure affectif tant au niveau de l'affirmation de soi que de la tendresse.

Elle a vécu chez son père jusqu'à 10 ans puis a choisi de rejoindre sa mère. Sa mère remariée ,elle a eu un autre repère masculin , substitut paternel aimant et stable.

Elle est à l'heure actuelle en rupture avec le père.

Elle a néanmoins développé un attachement de type anxieux résistant par la suite dans ses relations.

Elle vit actuellement une relation de couple ,chacun chez soi ,après la rupture d'une relation de quatre ans. Son partenaire actuel est ex divorcé avec un enfant de 4 ans et refuse tout nouvel engagement ; leur relation est basé sur un principe de soumission de la femme et il lui semble être le modèle de son père .Elle finit par le quitter après une scène d'humiliation extrême et

douloureuse , vécue au cours de leur sexualité qu'elle refusera de préciser.3C'était cela où il me quittait » :elle a su refuser cette manipulation

- Facteurs de stress antérieurs à la perte de grossesse

Elle a assisté plusieurs fois à des scènes de violences conjugales et d'isolement ( Le père les abandonnait avec sa mère qui ne savait pas conduire dans une maison pitoyable,isolée, allant vivre un week-end end avec sa maitresse par exemple , il maintenait son épouse dans un état de dépendance totale lui interdisant toute autonomie et cela sous les yeux de sa fille)

Verres jetés à la figure par son père .

Tuerie « sadique » d'une renardeau par son père sous ses yeux

Elle a été menacée par son père avec une arme à feu lorsqu'elle décide à 14 ans d'aller vivre chez sa mère.

Comportement pervers du père associant humiliation verbale et menaces physiques

- coping addiction , mécanismes de défense

alcool festif avec action désinhibitrice et comportement séducteur

- Contexte de la perte de grossesse

Elle a choisi de recourir à l'IVG au cours d'une relation sans lendemain, en sept 2001 .On peut parler d'identification à la mère et deux reproduction , cette dernière ayant eu recours deux fois à l'IVG).

Cette IVG est médicamenteuse. Depuis elle pense sans cesse à un petit garçon et se sent très coupable .Elle a honte car elle n'a pas été maître et responsable de la situation « je salis les choses

les plus jolies »

Beaucoup d'amertume, elle s'est détestée.

- Relations interpersonnelles:

Bonnes et variées car sait s'adapter aux demandes des autres

Séductrice parfois recours à l'alcool de manière festive

Bonne adaptation sociale , travail stable .

- symptômes

Personnalité de type A

Peurs irrationnelles et angoisse de mort depuis l'adolescence

Besoin de reconnaissance des autres

Angoissée et colérique quand elle ne se sent pas écoutée, craint d'avoir de la colère par rapport aux enfants

Vulnérabilité par rapport à la maladie

Culpabilité « je mérite le mépris »

Peur de l'abandon , jalousie,

**Facteurs non dynamiques**

Instabilité du cadre familial et carence affective

## Évaluation psychométrique

<b>Echelle santé maladie</b>			
Estimation globale	72	Effets sur l'entourage	75
Capacité autonomie	70	Utilisations des capacités	80
Gravité des symptômes	80	Relations interpersonnelles	65
Malaise subjectif	65	Sources d'intérêts	70

<b>Echelle psychodynamique de Hoglend</b>			
Relations familiales	60	Total affect	61
Relations amicales	60	Insight	55
Relations sentimentales	61	Résolution de problèmes	55

<b>DSM-IV-TR</b>	
AXE 1	Pb relationnel avec le partenaire Z63.0 manque de communication et attentes irréalistes
AXE 2	Pas de troubles de la personnalité
AXE 3	aucun
AXE 4	aucun
AXE 5	EGF =70

## Intégration des données

Personne impulsive et bien compensée , avec une bonne intégration socio-professionnelle, gérant mal les relations affectives avec les hommes se mettant dans un rapport de domination de l'autre . Elle ne présente pas de troubles particulier de la personnalité mais des symptômes d'angoisse lié à ce passé de violence .

On note des mécanismes de défense comme l'anticipation , l'affirmation de soi et la sublimation.

L'IVG subie dans un cadre instable serait révélateur de ses pulsions de destruction et d'auto destruction qu'elle compense généralement bien .

### **III.3.5 :Vignette 5 Mme S**

Il s'agit d'une patiente âgée de 50 ans , mariée , deux enfants ,manipulatrice radio .

Elle a subi une fausse couche à l'âge de six mois de grossesse au cours d'une grossesse gémellaire ,il y a 20 ans.

#### **problématique actuelle :**

Etat dépressif récurrent vers le mois de février ,chaque année depuis un certain nombre d'années

Difficulté à s'affirmer et à se positionner

Contexte:difficulté de couple avec son mari ,très centré sur lui

Histoire personnelle:

Contexte familial géré par une forte autorité paternelle ,dévalorisante et parfois violente.

Sa mère assistante maternelle est quasi absente de son discours tout comme elle l'est en tant que modèle dans sa vie que se soit maternel ou féminin. Elle est effacée par rapport au père.

Ainée d'une famille de 4 enfants,elle s'est toujours vu attribuer les responsabilités. Elle se dit

prise en « bouc émissaire » ou « paillason » par son père et très dévalorisée « tu es une incapable ».Elle prétend lui vouloir du mal et ne pas l'aimer;

Attachement de type anxieux – résistant oscillant entre le rapprochement et le rejet.

- Facteurs de stress antérieurs à la perte de grossesse

Maltraitance physique du père pendant l'enfance avec grande dévalorisation

- Coping addiction , mécanismes de défense

altruisme , évitement

- Contexte de la perte de grossesse

Après confirmation d'une grossesse gémellaire à deux reprise par deux échographies différente à

des stades différents?elle s'entend annoncer au cours de l'échographie du 6ème mois « il n'y en a

qu'un ».Elle décrit un état de déstabilisation et de culpabilité car le bébé est mort in utéro. Son désarroi est d'autant plus grand qu'elle ne se sent ni soutenue, ni comprise, avec un sentiment d'illégitimité concernant cette tristesse et ce sentiment de deuil « te plains pas il t'en reste un! »A l'époque on observe l'absence de violence conjugale ,d instabilité du couple et de toute prati- -que addictive .Les faits datent de 20 ans.

Les conséquences sont:

Un refoulement du chagrin , une culpabilité , l'impossibilité d'écouter « toi le frère que je n'ai jamais eu », une multitude de rêves de bébés que personne ne voit ,nus.

Un deuil pathologique avec rumination et cauchemars fréquents avec le sentiment de ne pas avoir été à la hauteur, un sentiment permanent que ce bébé qu'elle perçoit comme une fille « a eu froid à l'intérieur d'elle même » ainsi qu'un attachement fusionnel à l'autre jumelle.

La tristesse survenait en février à la date théorique de la naissance de cet enfant.

- Relations interpersonnelles:

Bonnes relations ,souple et évitante dans les situations de conflits.

- Symptômes:

Personnalité de type C

Sentiment de ne pas être aimée,culpabilité ,peu indulgente avec elle même ,,manque d'affirmation de soi,,n'ose pas dire non ,syndrome de rejet et d'infériorité,se sent souvent redevable.

**Facteurs non dynamiques**

Couple parental instable

**Évaluation psychométrique**

<b>Echelle maladie</b>	<b>santé</b>		
Estimation globale	78	Effets sur l'entourage	80
Capacité autonomie	65	Utilisations des capacités	85

Gravité des symptômes	90	Relations interpersonnelles	85
Malaise subjectif	70	Sources d'intérêts	75

**Echelle psychodynamique de Hoglend**

Relations familiales	55	Total affect	80
Relations amicales	71	Insight	55
Relations sentimentales	55	Résolution de problèmes	55

**DSM-IV-TR**

AXE 1	Troubles dépressifs majeur récurrent avec composante mélancolique F33.X
AXE 2	Trouble de la personnalité de type évitante
AXE 3	aucun
AXE 4	aucun
AXE 5	GAF=80

**Intégration des données**

Deuil pathologique chez une femme ayant subi une fausse couche ,vivant son deuil comme illégitime,avec peu de capacité d'affirmation de soi et de capacité à gérer les conflits. La culpabilité et l'évitement se retrouvent dans toutes ses relations.

Elle reste bien intégrée professionnellement et maintient de bonnes relations sociales.

**III.4 :analyse**

Nous allons analyser dans ces vignettes quel est l'impact des stress antérieurs aux pertes de grossesses et de quelle manière cet impact pourrait fragiliser la santé de ces patientes .

Cette étude se fera au travers de l'analyse des facteurs familiaux et des interactions précoces , de l'histoire personnelle de la patiente, de son environnement, de sa personnalité,de ses mécanismes de défenses et coping et d'éventuelles addictions.

Dans un deuxième temps nous réfléchirons sur les corrélations possibles entre l'impact de ce stress antérieur sur la prise de décision d'un recours à l'IVG ou sur une fausse couche

### **III.4.1 : les facteurs familiaux**

Dans ce chapitre je traiterai des facteurs de type attachement et liens familiaux , les autres facteurs traumatiques ou autres étant évoqués ci dessous.

L'attachement est un besoin primaire que John Bowlby (1907-1990) a substitué à la notion de dépendance émotionnelle en 1959.

L'attachement est un lien affectif spécifique entre deux individus ,ne dépendant ni des situations ni

de la maturité affective:le premier est celui en relation avec la mère mais pas exclusivement :il peut s'agir du père ou de toute autre personne tissant avec l'enfant un lien privilégié.

On retrouve trois types d'attachement:

autonome ou sécuritaire

détaché ou évitant

préoccupé ou résistant

d'où découleront trois type de sujets , respectivement :

sécuré

évitant

résistant

Main en 1996 propose un quatrième groupe: les désorientés ou attachement désorganisé .

Selon Bowlby ,l'attachement sécuré est un régulateur émotionnel face au stress et la qualité de l'attachement initial conditionnera les relations interpersonnelles ultérieures. ( Pierrehumbert 2004).Il est plus favorable à un bon développement ( Guedeney et Lemeur 2005).Ainsi l'enfant sécuré sera moins stressé que l'évitant et à plus fortes raison que le désorganisé .

En effet une forte majorité des personnes présentant des troubles psychopathologiques est insécurisée face à leur figure d'attachement .Les enfants ayant le plus de comportements désorganisés sont en rapport avec des mères endeuillées , maltraitantes ou traumatisées ( Pierrehumbert 2004 ) ou l'attachement désorganisé apparaît plus facilement dans un contexte de menace ou d'insécurité

*Ces patientes ont eu des relations primaires avec leur parents très dysfonctionnelles et on peut remarquer qu'elles n'ont pas eu de modèle d'attachement stable et sécuré .Ainsi on remarque qu'elles ont développé pour l'une un attachement désorganisé (V1), pour deux un attachement évitant (V2 et V4) , pour deux un attachement résistant (V3 et V5)ce qui peut être prédictif d'une moins bonne régulation émotionnelle face aux stress ultérieurs*

### **III.4.2 : l'histoire personnelle de la patiente**

#### **III.4.2.1: sexe ,âge ,santé**

Toutes ces patientes sont de sexe féminin âgées de 27 à 55 ans

Leur état de santé somatique est satisfaisant.

### **III.4.2.2: traumatismes de l'enfance**

On sait que les adversités dans l'enfance entraînent un pauvre fonctionnement émotionnel et psychique et plus de risques lors de l'exposition à des traumatismes ultérieurs (Spertus et al 2003)

.Au delà de la perturbation de l'attachement on remarque que la violence provoquée par un individu atteignant ainsi les barrières de protection sociale et familiale ,serait plus délétère que celle des catastrophes naturelles (AMAYA-Jackson et al 1995 Mouren-Siméoni 1994) et que l'humiliation et le danger seraient d'un impact plus pathogène qu'une perte de parent (Kendall et al 2003).

*Ces patientes ont toutes vécu des adversités lourdes et diverses dans leur enfance de l'ordre de : l'abus sexuel (VI),* or nous savons que leurs conséquences psychopathologiques sont très variées et couvrent un large ensemble du champ nosographiques :troubles anxieux ,troubles du comportement et du développement , troubles sphinctériens , conversions et troubles dissociatifs , somatisations , états délirants ,troubles des conduites alimentaires , addictions , troubles de la personnalité , perversions , troubles de la sexualité , tentatives de suicide, délinquance et prostitution (Kendall-Tackett et al 2003 ,Putnam 2003) confirmant la méta analyse de Paolucci et al (2001) pour le PTSD , dépression , suicide , promiscuité sexuelle ,faibles réussites académique; les études de Molnar et al (2001) pour l'anxiété ,les conduites addictives , le haut risque de

conséquences psychopathologiques et les conduites suicidaires et de Simpson et al (2002) pour les conduites addictives.

***la violence conjugale parentale associée à de la coercition et de l'isolement (V2 V4)*** *L'abus sexuel ou physique a un impact sur l'axe du stress et peut développer une vulnérabilité plus importante à la dépression et à certains troubles somatiques ultérieurs.( Bifulco et al 1987 )*(Moskvin et al 2007 )

***l'abus physique (V3)*** Une étude montre que chez 117 enfants maltraités on note un PTSD relié à des troubles de l'agitation et de déficit de l'attention ,des troubles anxieux, de brefs troubles psychotiques , des idées suicidaires .Une tendance à l'évolution vers des troubles de l'humeur; abus sexuels et physiques sont prédictifs de troubles de la personnalité paranoïde et antisociale (Bierer 2003) , borderline ( 52%) ( Golier et Yehuda 2003)(Bierer 2003) ,

***de la négligence affective (toutes) , un rapt (V2) ,violence extrême d'un professeur (V1)-***  
D'autres études se sont centrées sur la perception de soi et la notion d'un avenir. Plus de 95% de victimes d'abus sexuels et de négligence dans l'enfance ont une pauvre estime d'eux , une diminution de la joie de vivre et des relations affectives pauvres (Ney 1994).Des troubles dissociatif y sont associés ( Van Den Bosch 2003)

***Ces traumatismes ont été répétés , perpétrés par des figures d'autorité pour la plupart (père ou enseignant)*** sachant que par exemple la sévérité de l'abus sexuel est plus profonde si l'acte est perpétré par une figure d'autorité (encore plus si c'est le père)(Alexander et al 1998) ***L'une***

*d'entre elle a décrit un véritable état dissociatif , ce qui peut laisser présumer de l'existence d'un syndrome de stress post-traumatique (PTSD) dans l'enfance passé surement inaperçu sachant que l' état de dissociation peri traumatique non pris en charge dans les 15 mois est prédictif d'un état post-traumatique chronique dans 60% des cas (Birmes 2001). **Une autre traduit le stress subi par une atteinte somatique :l'alopecie des le jeune âge et une tentative de suicide .Il est fort probable que toutes ces adversité aient pu provoquer des PTSD latents non diagnostiqués.** La prévalence chez les femmes est plus élevée On retrouve associés à un PTSD dans les 2/3 des cas la dépression ,les addictions , les troubles paniques, la phobie sociale et différents syndromes somatiques (fibromyalgie fatigue chronique) .Le taux de suicide est multiplié par 6 ( Kessler 1999)..*

Il y a des conséquences traumatiques fonction du risque d'exposition et de la qualité du stress : ainsi il y a une plus grande prévalence de syndrome de stress post-traumatique (PTSD) chez les personnes ayant subi un abus sexuel dans l'enfance (45 %) ou un viol (50%) ou une maltraitance physique dans l'enfance (30%) lors qu'intervient un traumatisme dans leur vie (.Kessler 1999)

***On peut donc dire que le jeune âge de ces patientes au moment des faits, la violence des situations , laissent présager une atteinte de leur développement psychologique .Ces évènements sont prédictifs d'une plus grande vulnérabilité et de troubles psychopathologiques divers que l'on retrouve ultérieurement dans leur vie comme la dépression , un trouble de la personnalité , de type schyzotypique , des états d'anxiété , une dissociation péri traumatique avec PTSD chronique , une tentative de suicide ,une phobie sociale des troubles des conduites alimentaires.***

### III.4.2.3 : autres traumatismes

On retrouve d'autres situations traumatiques antérieures aux pertes de grossesse comme le divorce ou la séparation de couple , le multipartenariat , l'échec social avec rupture avec le monde du travail et précarité sociale.

Des femmes ayant subi des abus sexuels dans l'enfance ont plus souvent une histoire de traumatismes divers répétés (Banyard et Al 2001)...on parle de revictimisation (Cottraux 2001)

Une mauvaise estime de soi ,une absence d'auto protection ,la culpabilité et la honte inscrivent souvent des comportements autodestructeurs maintenant ces personnes dans une position de victime.

La revictimisation est un facteur prédictif de PTSD et l'association d'un abus sexuel dans l'enfance et d'un abus sexuel dans la vie adulte est prédictif d'un PTSD associé à des addictions et une exclusion de la sexualité avec un repli sur soi.(Filipas 2006).

Si Freud (1920) associait cela à la compulsion de répétition ou fixation des névroses traumatiques, par des facteurs inconscients ;les scientifiques considérant la maltraitance familiale comme un vécu traumatique, ramènent les comportements de re-victimisation des femmes abusées à un état de stress post-traumatique (PTSD). Ils voient dans ces répétitions le reflet de plusieurs mécanismes. D'une part, il pourrait s'agir d'une tentative mal adaptée du sujet à surmonter l'expérience terrifiante par une mise en scène répétée. D'autre part, la répétition pourrait être une fixation pathologique à des schémas cognitifs, l'événement traumatique étant encodé dans une mémoire dissociée.

La littérature internationale sur le sujet montre que :

- chez des enfants victimes d'abus sexuels répétés par un parent, les agents de stress autres que les abus étaient prédictifs d'un ESPT (Livingston et al 1993).
- des stress autres que les abus prédiraient également la dépression chez des filles victimes d'abus sexuels. « A long terme, l'exposition à des traumatismes autres que les abus sexuels dans l'enfance médiatisent la relation entre les abus sexuels dans l'enfance et la détresse psychologique chez des femmes adultes »( Banyard et al 2001).
- plus généralement, la réponse négative des personnes auxquelles on s'est confié ,avec la difficulté à obtenir reconnaissance et protection est un facteur de stress évident, *pouvant* expliquer le maintien de la symptomatologie et de sur victimisation (Vila et al 1998).

*Nous voyons que les troubles psychocognitifs engendrés par les stress antérieurs exposent ces patientes à des situations de revictimisations diverses mais répétées comme échec de couple , violence conjugale , perte d'enfant par fausse couche ,ou avortement aggravant ainsi les conséquences des premières situations de stress.*

### **III.4.3:comment a été géré le stress?**

#### **III.4.3.1 environnement social**

Maunsell (1995) note que l'existence d'un confident augmente la survie d'une personne atteinte d'un cancer du sein.

La présence d'adultes solides et stables favorise le développement psychologique d'un enfant.

*Ces patientes vivaient dans un environnement social caractérisé soit par le nomadisme , l'isolement ou la précarité avec une absence totale de soutien , ne serait-ce d'un des deux parents On note par ailleurs l'absence de substitut parental de référence.*

*Ces situations sont plus délétère en terme d'impact du stress vécu.*

L'expérience subjective d'un désavantage relatif associé à un état émotionnel négatif , lié à des relations avec les proches et le travail détérioré serait plus préjudiciable que la difficulté sociale en elle-même (Kopp et Al 2007). On ne peut donc relier comme facteur stressant le niveau social à l'époque de ces patientes , ne sachant pas du tout de quelle manière il était vécu.

### **III.4.3.2 coping-mécanisme de défenses**

Lazarus et Folkman ( 1984) définissent le coping comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux toujours changeants que déploie l'individu pour répondre à des demandes internes et/ou externes spécifiques, évaluées comme très fortes et dépassant ses ressources adaptatives .

Il existe deux sortes de coping :

1/ le coping centré sur le problème : pertinent pour réduire l'anxiété si l'évènement est réellement contrôlable, mais l'augmente dans le cas contraire (Chabrol 2004 pour Marx et Schultz,91). Ce coping entraîne UNE ACTION

2/ le coping centré sur l'émotion: pertinent pour réduire l'anxiété si l'évènement est réellement

incontrôlable, rarement s'il est contrôlable ( Chabrol 2004 pour Holmes et Stevenson,90).

Ce coping entraîne une REFLEXION afin de modifier l'attitude envers la situation

La littérature internationale arrive aux réflexions suivantes :

- Le coping centré sur le problème semble jouer un rôle protecteur (Jehel 2001)
- Les stratégies de coping peuvent être un facteur de protection (Jehel 2006)
- De bonnes stratégies d'ajustement à l'adversité, de bonnes capacités de « faire face» seraient un prédicteur plus important à long terme que le support parental dans l'enfance et joueraient un rôle partiellement médiateur entre la sévérité des abus sexuels dans l'enfance et l'ajustement psychologique d'un large effectif de femmes à l'âge adulte (Merril et al 2001)
- A l'opposé des copings ,des stratégies mal adaptées seraient prédictives de PTSD (Filipas 2006).

-les mécanismes de défense psychologiques sont considérées en tant que des processus protecteurs qui aident les individus à maintenir leur intégrité face aux menaces et au danger.

Le DSM IV parle de processus psychologiques automatiques protégeant l'individu de l'anxiété ou de la perception des dangers ou de facteurs de stress internes ou externes on peut noter 7 groupes de mécanisme de défenses allant des défenses matures aux défenses psychotiques.

Les défenses qui limitent la conscience nous font observer plus de signes de PTSD. Cependant, les défenses matures basées sur la réalité n'ont pas montré l'effet protecteur supposé. Enfin,

pareillement à des études antérieures, les résultats montrent que les défenses immatures d'évasion de la réalité, et immatures de distorsion de la réalité sont directement associées avec des bas niveaux de PTSD.(Raija 2002).

De plus une utilisation trop exclusive d'un niveau de formation réactionnelle comme mécanisme de défense pourrait être significativement associée au développement d'un PTSD (Birmes 2001)

Une étude faite sur des délinquants en prison montre que certains mécanismes de défense seraient prédictifs d'un PTSD comme la projection , la somatisation et la conversion .Le déni ,la répression et le clivage seraient des facteurs de résilience

(Steiner 1997)

*Chez ces patientes on retrouve des mécanismes de défenses variées comme l'altruisme l'humour et l'assertivité,moyens matures (V3,V5) mais aussi le refoulement et le déni moins matures chez ces mêmes personnes ; la rationalisation ,le déni névrotique et le clivage qui sont des défenses plus immatures (V1) ; déni névrotique (V2) formation réactionnelle , intellectualisation et anticipation (V4) pouvant être mature mais aussi névrotique.*

### **III.4.3.3 personnalité**

La personnalité est mise en relation avec la gestion du stress (Thurin 2008)

On relèvera l'alexithimie (difficulté à éprouver ou nommer des émotions » , le névrosisme ou « expérience chronique d'émotions négatives quelque soit le niveau objectif de menace « (Thurin 2008), la personnalité de type A (hyperréactivité, tendance colérique et compétition et dureté) , la personnalité de type C(déni , évitement , absence d'expression de colère, trop grande compliance)

*Chez nos patientes nous trouvons le névrosisme dans la V1, une personnalité de type C dans les vignettes V2, V3, V5 ; et une personnalité de type A dans la V4*

#### **III.4.3.4 addictions**

Les addictions ne sont pas importantes mais témoignent d'une certaine fragilité.

Simpson et al (2002) montre ,dans une population féminine traitée pour une addiction que le taux d'abus sexuel dans l'enfance est multiplié par deux.

*Ceci dit malgré le passé de ces patientes on n retrouve pas d'addiction majeure sauf au tabac et deux addictions à l'alcool festives sauf dans le cas de la patiente de la V1 ayant une grande sensibilité à la nicotine de type euphorisante!*

#### **III.4.3.5 troubles du sommeil,anxiété dépression**

*On peut noter un cas de dépression avéré avec tentative de suicide à l'adolescence chez une de ces patientes (V2) et des manifestations d'angoisses de mort chez une autre (V4) .pour ce qui est des trois dernières il n'est pas mentionné de troubles anxieux particuliers.*

Comme nous l'avons vu plus haut ces séquelles sont fréquemment retrouvées dans ce cadre de passé traumatique

#### **III.4.4 :recours à l'IVG ou perte de grossesse**

« Chaque étape constitue le socle de la suivante: les expériences précoces défavorables constituent un facteur de risque ultérieur de difficultés relationnelles , émotionnelles et cognitives .Les conditions économiques et sociales et les stress de situation ou exceptionnels vont renforcer la vulnérabilité initiale et le risque pour la santé » Dr thurin d'après Felitti et al 1998

Le stress initial est reconnu comme facteur de risque ultérieur .Les expériences traumatisantes de l'enfance peuvent entraîner une succession d'étapes difficiles , des revictimisations .On sait que ces patientes arrivant à un stade de leur vie où elles doivent affronter une nouvelle stressante comme l'annonce de la venue d'un enfant ont perdu de leur capacité d'adaptation par les stress antérieurs . On va voir comment leur décision peut être influencée.

Une étude sur les raisons du recours à l'IVG montre qu'il n'est pas possible de classer ces raisons de manières précises mais restent présentes la tristesse et le sentiment de perte ainsi qu'une douleur existentielle et une solitude coupable après avoir subi l'IVG (Boemer 2003)

#### **III.4.4.1 manque de cadre socio-familial**

Une multitude de facteurs socio-économiques peuvent être associés à des risques d'avortement comme le bas niveau social et éducatif , le divorce des parents , l'alcoolisme parental (Petersen 2006).

*Ces patientes vivaient au moment de cette perte d'enfant dans des conditions sociales plutôt précaire et instables , dépendantes du partenaire et sans soutien parental sauf pour la V5.*

*L'isolement et la précarité ont joué un rôle aggravant dans l'ambivalence de la décision*

### **III.4.4.2 manque de soutien conjugal**

L'IVG ne représente pas seulement l'histoire de la femme mais elle s'inscrit aussi dans une histoire de couple .Elle peut être le révélateur ,la mise en acte d'une faille du couple.

Il faut savoir que trois thèmes majeurs reviennent dans une décision de recours à l'IVG dans le contexte d'une relation de couple violente « c'était pas si mal que cela avant » « après cela a empiré » « si j'ai le bébé il partira » (Williams 2009):ceci montre dans quel piège de domination la femme est prise ,au prix de la perte de son bébé ,c'est son partenaire qui prévaut,le bébé devient presque la cause de ce qui n'allait pas bien avant entre eux

Un partenaire violent ou son non désir d'enfant peut entrainer la perte de cet enfant par IVG quelque soit le niveau d'éducation (Silverman 2007)

Il existe une relation significative entre la violence des partenaires et les abus sexuels ou la violence subie dans l'enfance et l'issue de la grossesse « porter un enfant est inacceptable (William 2005)

*Dans ces vignettes cliniques la présence du père est quasi inexistante par l'instabilité du couple ou le peu d'engagement dans le couple , ou la violence conjugale y résidant.*

### **III.4.4.3 reproduction de la violence subie**

des études montrent la répétition intergénérationnelle de conduites parentales dysfonctionnelles comme l'abus sexuel , l'alcoolisme , les violences domestiques (Hans 1999).

On peut observer aussi une fragilité psychopathologique sur plusieurs générations quant aux conduites antisociales reproduites sur 3 ans , ,les conflits parentaux se répétant sur deux générations et l'autoritarisme se reproduisant sur 2 générations ( Smith 2004).

Gardons à l'esprit que, pour la maltraitance en contraste avec d'autres traumatismes, l'agresseur est souvent un membre de la famille, souvent dysfonctionnelle à différents niveaux et qui va être fortement remise en question lors de la révélation.

Pour beaucoup d'auteurs les facteurs suivants ont de plus en plus d'importance dans le développement d'un syndrome post-traumatique chez l'enfant: l'organisation familiale, l'attitude familiale pré et post-traumatique (Amaya-Jackson 1995 et Mouren-Simoni 1994 ; Yule 1994).

On sait aussi que les troubles de l'enfant pour le PTSD dépendraient autant de l'exposition traumatique que de l'environnement familial (Vila et al 2001 ; 2003)

L'inceste dans l'enfance s'associe souvent à un attachement insécure chez l'adulte, prédictif de la détresse, de la dépression et des troubles de la personnalité (Alexander et al 1998)

réseau social. Des études montrent l'importance de ce réseau (Cigoli et Al 2006) en soulignant qu'un faible soutien au cours du premier accouchement est en relation avec un certain niveau ESPT.

*Dans le contexte de notre étude ces patientes se retrouvent très tôt dans un milieu familial désorganisé et dysfonctionnel, où nous retrouvons déjà la répétition transgénérationnelle de la perte de grossesse dans 4 cas sur 5. Dans ces familles on retrouve des antécédents générationnels de violence parentale et conjugale, d'alcoolisme et de carence affective*

*Dans l'historique des ces personnes on retrouve l'absence de réseau social ou familial de soutien.*

#### **III.4.4.4. Troubles psychologiques**

Nous savons que les maladies mentales ou désordres affectifs associés parfois à des addictions induisent parfois le recours à l'IVG ( Gold 2007) , l'avortement est par ailleurs déconseillé par certains en cas de problèmes psychiatriques (Ney 1990) .

La réminiscence de l'évènement traumatique par un autre évènement est retrouvée chez 25 à 30% des victimes (M Declerq 1999)

La mémoire traumatique continue d'exister et les évènements sont ré expérimentés comme des rappels intrusifs (Blank 1985)

***Nous retrouvons un trouble de la personnalité de type schizotypique que l'on ne peut attribuer de manière certaine à l'antériorité de la décision de recours à l'IVG car cela n'a pas été évalué à ce moment là!***

#### **III.4.4.5.Relation avec les traumatismes anciens**

Les gens apprennent de leur tragique passé et le répète afin de mieux le comprendre ( Ney et al 1989) .Un passé d'abus sexuel ou physique peut être réactivé avec des réactions neuro endocriniennes à des stressors du passé et faire réémerger pendant la grossesse un passé traumatique ( Born 2005)(Van roode T 2009).

De plus l'histoire d'abus sexuel peut influencer sur le recours multiple à l'IVG .En effet, Fisher (2005) montre dans son étude sur 1127 femmes un recours à l'IVG allant de 68.2 % pour un recours; de 23.1 % pour deux recours jusqu'à 8.7% pour trois recours à l'IVG en fonction d'un passé d'abus sexuel. .Le passé d'abus ou de viol serait donc un facteur d'avortement répété et donc un indicateur de grossesse non attendues . ***C'est ce que l'on observe dans la vignette VI***

Il existe une relation significative entre un événement traumatisant de l'enfance et le taux de

grossesses non désirées (Dietz et al 2000 \_Roasa et al 1997)

L'étude de William (2005) montre que les femmes ayant un recours à l'IVG , voire plusieurs fois avaient les caractéristiques suivantes: en moyenne âgées de 23,6 ans ,26,4% avait un conflit avec leur père,27% avaient subi des abus sexuels et 19,5 % avaient été abusées sexuellement par un partenaire .*Nous retrouvons le conflit paternel dans toutes les vignettes ,la moyenne d'âge aussi ,et la violence sexuelle d'un partenaire dans deux vignettes V1,V2,V4.*D'ailleurs , dans son étude Tamian-Kunegel (2002) retrouve une fragilité de la personnalité avec une défaillance de l'image du père et un fort lien de dépendance à la mère .Se pose la question de savoir si le recours à l'IVG pourrait être un indicateur d'environnement social .

*Ces études montrent une corrélation entre adversité de l'enfance et recours à l'IVG. L'attachement défaillant à une figure parental joue un rôle important que l'on retrouve dans toutes ces vignettes cliniques .Ces patientes intègrent d'autant plus ce schéma qu'elles ont été revictimisées avant même d'être exposée à une grossesse.*

*Toute grossesse pouvant entrainer la réémergence du passé traumatique comme l'abus sexuel , le conflit paternel , le viol on peut comprendre à certains moments de la vie de ces femmes l'ambivalence quant à accueillir la vie pour certaines d'entre elle .*

#### **III.4.4.5. Représentativité de la maternité**

Désirer être enceinte n'est pas forcément désirer un enfant avoir un enfant .Il se joue quelque chose de l'ordre d'un processus de maturité et de séparation lorsque la jeune femme devient mère

,c'est un état de séparation avec sa mère. »c'est dans ce jeu du maintien de l'état de petite fille et de refus de l'état de mère que va se situer une problématique essentielle de l'avortante (T -K 2002).Le même auteur précise que l'avortement peut-être un moyen de rester l'enfant de sa mère (page 101)dans le cadre d'une relation nostalgique à la mère.

La grossesse permet à la femme d'affirmer son identité féminine ( Fourez 2004)

Elle s'inscrit aussi comme la marque d'une histoire intergénérationnelle avec un refus de reproduire le modèle parental s'il a été difficile.

« Une vie harmonieuse du couple parental ouvre les enfants à l'altérité ,facilite la découverte de leur identité sexuelle et leur permet de désirer ailleurs » (Fourez 2004)

Il existe aussi une ambivalence du désir et conflits latents de l'enfance où se retrouve la notion de Bellet la « faute d'exister »( 1996) lié à la première relation mère enfant ,nécessitant un suivi selon Bidlowksy(1997 ) .Cette ambivalence est démontrée par Ney and al (1994 ) évaluant le désir de l'enfant à 73% en début de grossesse pour 91% apres la naissance ;à l'inverse l'absence de désir est évaluée à 11,5% en début de grossesse pour 9% à la fin de la grossesse. Ce désir est incertain pour 15,4% des femmes en début de grossesse et reste incertain pour 0% après la naissance .

Manseau (2000) parle de la grossesse comme rachetant l'inceste ou autres rapports forcés la plaçant comme une solution de survie

La mémoire implicite mise en jeu dans les évènements psychotraumatiques peut intégrer un souvenir inconscient d'un événement passé inaperçu.

La grossesse est une période de vulnérabilité et parfois de stress où se cristallisent les conflits antérieurs non réglés (Bayle 2001) .Le sens que la femme va donner à sa grossesse dépend de son parcours bio-psycho social tant personnel que inter générationnel .En effet le projet d'enfant est fonction du modèle parental ou socio-culturel( Fourez 2004 ).

Bydlowski parle de « transparence psychique » (1997) et François Sirol dans La haine de la femme enceinte explique que le fœtus « serait l'objet de haine car il réussit à lever partiellement l'amnésie qui dissimule à l'adulte la connaissance de sa vie d'enfant ».

Nous savons aussi que les femmes ayant subi des abus sexuels ont des difficultés avec certains aspects de la parentalité avec une peur de ne pas savoir créer le lien (Dillilo 2003) , ceci dit elles peuvent s'avérer développer plus de support et de confiance avec leurs enfants avec un meilleur niveau d'affection ;la perception de leurs capacité peuvent être en dessous de la réalité de leur comportement possible (Fitzgerald 2005).

*La maternité peut agir comme un réactivateur de maltraitances parentales. Selon le cas chez nos patientes il y a eu une annihilation totale de la possibilité d'être mère ,des peurs d'assumer seules la parentalité,, un deuil pathologique .*

*La difficulté que peut représenter une grossesse est multifactorielle :difficulté conjugale avec adultère dans deux cas , peur de la perte du partenaire , instabilité affective et absence de soutien.*

## **IV STRESS ET PERTE DE GROSSESSE VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE**

### ***IV.1 : le syndrome post abortif***

#### **IV.1.1: culpabilité**

Remord ,culpabilité , regret ,douleur ,« le porter à vie » sont des mots clé dans le suivi de l'avortement (Pedrosa 2000)

Certaines femmes bien sûr nient l'existence de conflits juste après l'avortement mais ont des conflits graves lors de psychothérapies ( Kent 1978 )ou lors d'une grossesse ultérieure (Kumar 1978.)

Ce sont les femmes les plus maternelles et les plus mûres qui sont celles qui ressentent la plus grande culpabilité (Pare 1970) . (Herrenkohl 1979)

La culpabilité et la honte retrouvée encore à 2 ans et 5 ans après l'IVG sont surmontées par l'évitement ou le soulagement de la situation même ( Broen 2005)

Deux ans plus tard , persiste la notion de garder le secret (Major 1999)

*Nous retrouvons sans exception cette culpabilité dans l'étude. mais cette culpabilité tout comme la honte sont aussi retrouvées comme séquelles d'abus sexuel associée à un PTSD (Street 2001 ,Leskela and al 2002 , Wilson 2006))*

#### **IV.1.2 : dépression**

On retrouve une répercussion sérieuse sur la santé mentale avec dépression , anxiété , suicide et addictions ( Fergusson 2006)( Bradley 1984.) sans oublier la dépression à la date anniversaire

théorique de naissance de l'enfant perdu (Canevar 1978 ) et quelque soit la perte de grossesse volontaire ou involontaire (Price 2008).

Plus spécifiquement on observe que 30 % des femmes ont des problèmes émotionnels 1 mois après l'IVG avec une baisse de l'estime de soi., un niveau élevé d'anxiété (40/45% ) , une dépression (20%) (Bradshaw2003)

L'étude de Söderberg Malmoe (1989) le confirme dans une étude sur 1258 femmes ayant avorté (854 revues un an après) 42% ne aucune conséquence, et 55% manifestent une détresse émotionnelle prolongée dont 6,2 % avec une dépression sévère. Ceci dit 76% n'envisageraient plus d'avorter.

*Dans les vignettes cliniques nous retrouvons une dépression post avortement et post fausse couche dans deux cas sur cinq et une dépression caractérisée avant l'avortement;mais il reste difficile de dissocier la cause exacte de ces dépressions vu l'accumulation de stress dans la vie de ces patientes*

#### **IV.1.3 : suicide**

Le suicide est un marqueur direct de la dépression post-abortive selon Gissler (1996) qui a suivi des femmes ayant avorté de 1987 à 1994 en Finlande

#### **IV.1.4 : deuil pathologique**

Il y a dans la vie des séries d'expériences de pertes et de séparation. L'union avec le fœtus rompue les patientes se retrouvent face à un deuil avec tristesse profonde et un processus de deuil doit s'amorcer avec une reconstruction intérieure. S'il échoue nous restons dans un cas de deuil

pathologique sans réel détachement de l'objet de la perte. Dans ces cas les deuils sont plus difficiles car il n'y a pas de deuil pas de corps ou de cérémonie.

La perte de l'enfant par IVG crée un vide et le refus de deuil révèle un déni de cette patiente.

La perte d'un enfant par IVG représenterait la castration de la femme en tant que porteuse d'enfant

(T-K 2002 p104)

Cette souffrance de deuil chez les femmes ayant avorté est sans rapport avec le poids ou la durée de vie du bébé ( Benfield 1978 ). De plus, plus longue est la grossesse ,plus long est le deuil mais le deuil reste plus intense dans le cas d'un avortement du fait de la participation de la mère ( Fergusson 1989.).

*Nous retrouvons ce deuil pathologique chez les patientes ayant perdu un des jumeaux par FC et chez la patiente mère de deux enfants voyant son enfant avorté grandir avec les autres. Ce deuil leur apparaît comme illégitime et difficile à partager*

#### **IV.1.5 : troubles de la relation interpersonnelle**

Belsey (1977), au travers d'une étude sur 326 avortements sur une durée de trois mois met en évidence un risque de troubles psychologiques chez 68% de ses patientes et parmi elles 72 % présentent de la culpabilité , un des perturbations des relations conjugale , sexuelle et inter personnelles,ainsi qu'une pauvre aptitude au travail.

L'impact sur le couple est tel que l'on retrouve des troubles de la sexualité pour 30 à 50 % après un délai d'un an avec séparation des couples dans 25 %des cas et des relations inter personnelles difficiles (Bianchi Demicheli 2000).

*Cette conséquence est retrouvée chez la patiente ayant vécu de multiples avortements de manière évidente et celle ayant vécu une IVG et une FC. Pour les autres il ne semble pas y avoir cette difficulté mais l'évitement retrouvé dans leurs relations peut nous faire poser la question .*

*De plus on peut observer de tels dysfonctionnement chez les femmes ayant subi des abus sexuels par le passé (Dillilo 2001 , Rumstein 2001) Ces troubles existaient déjà avant l'IVG qui les a aggravés.*

#### **IV.1.6 :anxiété**

Les troubles anxieux vont de l'attaque de panique à l'agoraphobie et les troubles de l'humeur de type bipolaires II voir type I, certains pouvant être associés à des addictions .

L'avortement est impliqué dans 4.3 % de troubles de la santé mentale et 16.6% des addictions (Coleman et al 2008)

*Nous retrouvons des troubles anxieux post avortement*

#### **IV.1.7 :difficulté d'attachement aux enfants ultérieurs**

Les grossesses perdues augmentent de manière significative le risque de maltraitance chez les enfants ultérieurs par l'association d'une anxiété et d'une dépression qui perturberait le lien parent enfant , d'où négligence et maltraitance (Kent 1978. ) mais aussi par l'absence d'un deuil complet qui perturberait un attachement à un enfant ultérieur (Bowlby)

Si un jumeau meurt la mère a du mal à s'attacher au survivant (Klaus et Kennel ; 1976 )

*Je n'ai pas relevé ce genre de troubles dans l'étude des vignettes cliniques, ni de maltraitance ultérieure au contraire un attachement très fusionnel aux autres enfants*

#### **IV.1.8 : PTSD**

On sait qu'il existe des désordres psychiatriques suite aux pertes de grossesse traumatiques ds 16.7 % des cas ( Kersting et al 2007). Certains auteurs retrouvent même chez ces patientes les critères du PTSD avec en plus les rêves et les cauchemars , le sentiment de culpabilité et la nécessité de réparer au point que selon eux le syndrome post-avortement devrait figurer au complément des critères officiels du PTSD .(Gomez et al 2005) .

-Par ailleurs les personnalités de type « névrosisme » associées à un bas niveau d'éducation ont un risque plus élevé de PTSD après un avortement de l'ordre de 70% (Engelhard 2006).

*Ces patientes peuvent présenter des signes de PTSD mais cela n'a pas été cliniquement évalué par rapport à l'avortement.*

#### **IV.1.9 morbidité**

L'étude de la morbidité des patientes ayant eu recours à l'IVG montrent un impact de décès plus conséquent sur les 8 ans suivant la perte de grossesse dans une étude nord américaine sur 173279 cas de femmes enceintes suivies de 1989 à 1997. Cette étude montre:

1,3 fois plus de risque de décès toutes causes confondues

1,43 fois plus de risque de morts violentes

1,17 fois plus de décès non violents

Des grossesses ultérieures menées à terme amélioreraient cet impact

Taux de décès supérieur sans que les antécédents psychiatriques puissent expliquer ce fait

Une analyse en Finlande (Gissler 1997) de 15823 certificats de décès de 1987 à 1994 de femmes de 15 à 49 ans et registres des naissances, avortements et hospitalisations de l'année précédant le décès confirme cette morbidité augmentée après une IVG.

*Ces études sur la morbidité sont parlantes mais ne prennent pas en compte les facteurs traumatiques de l'enfance et adolescence.*

#### **IV.2 conséquences d'une fausse couche spontanée**

Un mois après une FC on observe 25% de PTSD (Bowles 2006) mais aussi 10% ESA (Bowles 2000)

L'étude faite 4 mois après une FC montre 7% de PTSD contre 25% à 1 mois ; par la suite 34% des PTSD feront une dépression et seulement 5% des patientes sans PTSD feront une dépression ; donc le PTSD augmente le risque de dépression ultérieure chez ses patientes ( Engelhard IM 2001)

La fausse couche entraîne une détresse mentale de 10 jours à 6 mois avec une amélioration rapide évaluée par le score de l'IES .Il reste de la colère et de la culpabilité ( Broen 2005)

La fausse couche deux ans après montre que l'impact traumatique est immédiat mais d'évolution favorable à long terme. A l'opposé pour l'IVG l'impact traumatique est plus fort à long terme et cela s'explique par l'évitement ( Broen 2004).

Si la fausse couche a un impact immédiat de type PTSD et dépression le premier mois elle est source de résilience (Engelhard 2003) .

### ***IV.3 :relations avec les facteurs de stress antérieurs***

Les symptômes d'anxiété suivant une IVG dépendent de manière significative de l'anxiété existant avant la grossesse , d'un éventuel passé de viol , de l'âge de la première grossesse , de la race du statut marital et du nombre d'avortements. Ces derniers ont pour conséquences un PTSD et un haut niveau d'anxiété ce qui s'explique par la santé mentale antérieure et un haut niveau de violence subie (Steiner et Russo 2008)

L'IVG entraine des états de PTSD et une diminution des capacités de coping surtout pour les femmes ayant déjà eu des évènements difficiles dans leur passé (Rue 2004)

Les conséquences d'une FC dépendent du haut niveau de névrose antérieure des patientes on observe près de 26% de PTSD (Engelhard im 2006)

## **VI DISCUSSION**

Nous avons des patientes ayant subi de lourdes adversités dans l'enfance comme la maltraitance l'abus sexuel ou la violence conjugale parentale,la négligence affective , perpétrées par des figures d'autorité .Elles ont eu des relations primaires avec leurs parents très dysfonctionnelles et on peut remarquer qu'elles n'ont pas eu de modèle d'attachement ( parental ou substitut parental) stable et sécure .Ainsi on remarque qu'elles ont développé des modèles d'attachement désorganisé , évitant ou résistant .Elles se sont construites dans un environnement social

caractérisé soit par le nomadisme , l'isolement ou la précarité avec une absence totale de soutien .Dans ces familles on retrouve des antécédents générationnels de violence parentale et conjugale,d'alcoolisme ,de carence affective et de pertes de grossesses.

Le jeune âge de ces patientes au moment des faits est prédictif d' une atteinte de leur développement psychologique et d'une plus grande vulnérabilité ainsi que de troubles psychopathologiques divers que l'on retrouve ultérieurement comme la dépression , un trouble de la personnalité , de type schyzotipique , des états d'anxiété , une dissociation peri traumatique avec PTSD chronique , une tentative de suicide ,une phobie sociale des troubles des conduites alimentaires, état dissociatif .Il est fort probable que toutes ces adversités aient pu provoquer des PTSD latents non diagnostiqués.

Les stress antérieurs de l'enfance peuvent laisser des séquelles somatiques ( alopecie ,suspicion de Lupus ) mais surtout psychologiques ainsi que des perturbations cognitives(angoisie de mort , état suicidaire,distorsion de la réalité ) avec une atteinte des relations interpersonnelles.

Les capacités d'adaptation aux stress ultérieurs se retrouvent amoindries comme nous le montre la littérature dans ce genre de contexte . Leurs mécanismes de défenses pour la plupart sont efficaces à court termes (déli , refoulement ) certains matures comme l'altruisme , la sublimation , l' humour ,d'autres sont immatures mais en tous les cas ne leur permettent pas de faire face à l'impact réel de ces adversités afin de ne plus y être réexposées .

Chezces patientes nous trouvons essentielle ment des personnalité de type C ainsi que des addictions au tabac et deux addictions à l'alcool festives.

La maternité surgissant dans ce contexte là, leur décision de recourir à l'IVG pourrait être un

indicateur de tout un passé difficile et à la fois une situation de revictimisation, ayant des difficultés quant à leur propre représentativité de la maternité et à leurs capacités parentales, seules face à la décision de garder ou non un enfant à cause de difficultés de couple et dans la précarité sociale pour la plupart. Toute grossesse pouvant entraîner la réémergence du passé traumatique comme l'abus sexuel, le conflit paternel, le viol on peut comprendre à certains moments de la vie de ces femmes l'ambivalence quant à accueillir la vie pour certaines d'entre elle.

La maternité peut agir comme un réactivateur de maltraitances parentales. Selon le cas chez nos patientes il y a eu une annihilation totale de la possibilité d'être mère, des peurs d'assumer seules la parentalité, un deuil pathologique. De plus, la présence du conjoint est quasi inexistante soit par l'instabilité du couple ou le peu d'engagement dans le couple, ou la violence conjugale y résidant.

Ces patientes vivaient au moment de cette perte d'enfant dans des conditions sociales plutôt précaires et instables.

L'isolement et la précarité ont joué un rôle aggravant dans l'ambivalence de la décision.

On peut donc évoquer une corrélation entre adversité de l'enfance et recours à l'IVG dans le sens où une moindre capacité à assumer des stress suite à un passé traumatique ne favorise pas le fait d'assumer un temps aussi ambivalent et réactivateur qu'une grossesse. La décision d'accueillir la vie en son sein et de l'humaniser est difficile quand ces femmes, elles mêmes, ont été déshumanisées dans leur enfance

En terme de séquelles après la perte de grossesse , nous retrouvons:

la dépression post avortement et post fausse couche mais il reste difficile de dissocier la cause exacte de ces dépressions vu l'accumulation de stress dans la vie de ces patientes.

la notion de deuil pathologique chez certaines . Ce deuil leur apparaît comme illégitime et difficile à partager .Les deuils pathologiques semblent plus spécifiques de la perte de grossesse et non en relation directe avec le passé traumatique.

des troubles anxieux post avortement

Je n'ai pas relevé de maltraitance ultérieure au contraire un attachement très fusionnel aux autres enfants

La morbidité ne peut être ici évaluée

Les symptômes d'anxiété , les difficultés de coping ,les PTSD , les névroses antérieures sont en relation avec un syndrome post avortement et mais un passé difficile.

La dépression , les conduites suicidaires , les troubles relationnels , la culpabilité la honte sont autant de signes pouvant être mis en rapport avec une IVG mais aussi un passé traumatique de l'enfance , sans spécificité particulière

L'étude bien que non représentative ,montre ,en accord avec la littérature internationale que le recours à l'IVG intervient dans un parcours de vie marqué par un passé traumatique important ,intervenant tôt dans la vie des patientes ( abus sexuels , violences conjugales parentales ,maltraitance parentale ) associé à de pauvres figures d'attachement parental. Ce passé a fragilisé leurs capacités d'adaptation aux stress de la vie ultérieurs affectant leurs personnalité , leurs capacités cognitives et leurs relations interpersonnelles et leurs mécanismes de défenses et par la

même, leur propre santé somatique .

Quelque soit le contexte , le recours à l'IVG n'est pas dans ces vignettes le fruit d'une décision libre ; elle semble plutôt le révélateur d'un passé traumatique.

Le post-avortement rejoint cliniquement les symptômes post traumatiques observés après les adversités subies dans l'enfance ou l'adolescence.

Considérant la notion d'enchainements traumatiques dans la vie de ces patientes , on peut remarquer une aggravation de symptômes mais pas un avant et un après.

Ceci dit cela ne nous permet pas de considérer l'avortement comme un acte sans conséquence ,il est un événement traumatique pouvant entraîner un état de stress post traumatique qui chez une personne fragilisée par des stress antérieur va provoquer de plus lourdes conséquences somatiques et psychiques.

Il s'intègre dans un enchainement d'évènements que l'on ne peut dissocier les uns des autres.

L'adversité dans l'enfance semble prédisposer à ce genre de recours et ce dernier prédispose à une aggravation des symptômes traumatiques anciens.

## **VII CONCLUSION**

Nous avons à faire face à deux types d'avortement:(W Pasini)

l'IVG conjoncturelle répondant à une conjoncture matérielle ou psychoaffective ponctuelle qu'ici nous ne pouvons dissocier réellement des difficultés du passé

l'IVG structurelle avec IVG répétitives et atteinte de la personnalité de la patiente avec immaturité, dépression ,dépendance , et passivité comme dans le cas de la vignettesV1 .Freud

parlait dans ce cas de compulsion de répétition avec pulsion de mort

L'IVG s'intégrant dans un parcours de vie difficile et traumatique ,l'annonce d'une grossesse pourrait intégrer une prévention visant à dépister ces personnes afin de leur proposer un accompagnement psychologique quant à l'accueil de cette grossesse annoncée afin de faciliter une prise de décision libre de tout passé traumatique.

Cette prévention avec un questionnaire qui permettrait au personnel médical de repérer les sujets à risques et de mettre en place un suivi immédiat.

Ceci dit l'état d'urgence dans lequel se trouve une femme face à cette prise de décision rend plus difficile un temps d'exploration de sa vie personnelle afin d'évaluer les vraies motivations profondes et symboliques de ce recours, d'autant plus qu'il n'y a plus de délai de réflexion depuis 2004.

Une action postérieure au travers de groupe de parole ou d'entretien individuel pourrait permettre à la femme de resituer l'IVG dans son histoire , de faire un processus de deuil de l'enfant perdu et de faire émerger la souffrance sous-jacente d'origine.

Cette démarche de prise en charge après une IVG semble plus atteignable dans un premier temps.

Ce questionnaire pourrait aussi servir ultérieurement de prévention à un recours à l'IVG par une prise en charge antérieur à la prise de décision, sans toucher au droit à l'IVG mais permettre aux femmes qui y ont recours d'y avoir une vraie liberté de décision.

Parmi les questionnaires déjà utilisés autour de la maternité il y a le questionnaire ALPHA (annexe 1) ; le Childhood Trauma Questionnaire de Bernstein ( annexe 2) et le Trauma History Questionnaire (THQ) de Grenn (Annexe 3) traduits par mes soins à titre d'information. Ces

questionnaires validés explorent le passé traumatique des patients et pourraient nous permettre de repérer parmi les patientes celles qui ont été fragilisées par des adversités dans leur vie , de discuter avec elles de ces évènements et de voir de quelle manière ces évènements traumatiques peuvent influencer la prise de décision de recours à l'IVG et les conséquences que pourrait avoir cet acte sur leur santé future .Une étude pourrait être faite dans les maternité et les centres de planification en ne voyant là qu'une démarche d'évaluation de l'impact ne remettant pas en cause ce que la loi a déjà légiféré .

# *Annexes*

**TRAUMA HISTORY QUESTIONNAIRE (Bernstein)**  
**(adapted from the Georgetown Center for Trauma and the Community)**

Ce qui suit est une série de questions sur les graves ou les événements traumatisants de la vie. Ces types d'événements se produisent avec une certaine régularité, et ont une incidence sur la façon dont les gens pensent, à réagir, et / ou réfléchir la suite des choses. Connaître la fréquence de ces événements, et les réactions entre eux, nous aidera à élaborer des programmes de prévention, d'éducation, et d'autres services. Le questionnaire est divisé en des questions portant

sur les expériences de criminalité, des cas de catastrophe et le traumatisme en rapport avec les questions sur les expériences sexuelles.

Pour chaque événement, indiquez s'il vous plaît (cercle) si elle a eu lieu, et si c'était le cas, le nombre de fois et de votre âge approximatif quand cela s'est passé (donner votre meilleure estimation si vous n'êtes pas sûr). Notez également la nature de votre relation à la personne concernée, et de la nature spécifique de l'événement, le cas échéant.

*Nous vous remercions de votre honnêteté, mais aussi vous rappeler que vous pouvez choisir de sauter toutes les questions auxquelles vous préféreriez ne pas répondre.*

<b>Expériences subies de criminalité</b>		<i>Si vous avez encerclé Oui, s'il vous plaît indiquer</i>			
1	A t-on jamais tenté de vous prendre quelque chose directement en utilisant la force ou la menace ou l'agression?	Non	Oui		
2	A t-on jamais tenté de vous voler (c'est-à-dire volé vos effets personnels)?	Non	Oui		
3	A t-on jamais tenté ou réussi à cambrioler votre maison quand vous n'étiez pas là?	Non	Oui		
4	A t-on jamais tenté ou réussi à entrer dans votre maison alors que vous étiez là?	Non	Oui		
<b>Trauma Général en cas de catastrophes</b>					

*et de  
traumatologie*

5	Avez-vous déjà eu un grave accident du travail, ou dans une voiture ou ailleurs?	Non	Oui		
6	Avez-vous déjà connu une catastrophe naturelle comme un ouragan, une inondation, d'importants tremblements de terre, etc, où vous vous êtes senti ,vous ou vos proches sont en danger de mort ou de blessure?	Non	Oui		
7	Avez-vous déjà connu une catastrophe comme un accident de train,un bâtiment qui s'effondre , vol de banque, incendie, etc, où vous senti que vous ou vos proches étaient en danger de mort ou de blessure?	Non	Oui		
8	Avez-vous	Non	Oui		

	déjà été exposé à des produits chimiques dangereux ou radioactifs qui pourraient menacer votre santé?				
9	Avez-vous déjà été dans une autre situation dans laquelle vous avez été gravement blessé?	Non	Oui		
10	Avez-vous déjà été dans une autre situation dans laquelle vous avez eu peur d'être <u>peut-être</u> tué ou gravement blessé?	Non	Oui		
11	Avez-vous jamais vu gravement blessés ou tués?	Non	Oui		
12	Avez-vous jamais vu des cadavres autres que ceux de funérailles	Non	Oui		
13	Avez-vous déjà eu un ami proche ou membre de la famille assassinée, ou	Non	Oui		

	tués par un chauffeur ivre?				
14	Avez-vous déjà vu un conjoint, partenaire romantique, ou un enfant mourir?	Non	Oui		
15	Avez-vous déjà été menacé d'une grave maladie mortelle?	Non	Oui		
16	Avez-vous déjà reçu des nouvelles d'un des blessures graves, la vie en danger maladie ou décès inattendu... proche de vous?	Non	Oui		
17	Avez-vous déjà eu à s'engager dans un combat pendant le service militaire à titre officiel ou officieux de guerre ?	Non	Oui		
<b><u>Physical and Sexual Experiences</u></b> <b><u>Expériences de physique et sexuelle</u></b>					
18	A t-on jamais				

	abusé de vous de manière sexuelle , oral ,ou anal ? Précisez la relation avec l'agresseur .. .....				
19	At-on jamais touché les parties intimes de votre corps, ou fait toucher les parties intimes de quelqu'un contre votre gré? précisez le degrés de relation avec cette personne .. .....				
20	Autres que les incidents mentionnés y a t-il eu d'autres situations dans lequel une autre personne vous a forcé à avoir des rapports sexuels non désirés avec elle?				
21	Avez vous été attaqué par qui que ce soit y compris la famille , par une arme à feu, couteau ou d'une autre				

	arme?				
22	Avez vous été attaqué par qui que ce soit y compris la famille , sans arme mais ayant été blessé sérieusement ?				
23	Quelqu'un at-il dans votre famille vous a t-il jamais battus », donné un « fessée» ou poussé assez fort pour vous causer un préjudice?				
24	<b><u>Autres événements</u></b> Avez-vous rencontré d'autres situation de stress extrême ou évènements non cités plus haut?				

## **Liste des items du Child Trauma Questionary**

N.B. Le chiffre entre parenthèses correspond au point de coupure des experts (après le recodage lorsque le score factoriel des items est négatif : voir tableau 1).

- Il y avait quelqu'un dans ma famille à qui je pouvais confier mes problèmes. (3)
- J'étais critiqué(e) par les membres de ma famille. (4)
- J'ai manqué de nourriture. (3)
- Les membres de ma famille avaient confiance en moi et m'encourageaient dans mes projets. (1)
- J'ai été frappé(e) et/ou battu(e) par quelqu'un de ma famille. (3)
- J'ai dû subvenir à mes propres besoins car il n'y avait personne d'autre pour le faire. (3)
- Il y avait beaucoup de disputes et de batailles entre les membres de ma famille. (4)
- J'ai vécu en foyer de groupe et/ou en famille d'accueil. (4)
- Il y avait quelqu'un pour prendre soin de moi et me protéger. (2)
- Il y avait une personne autre qu'un membre de ma famille (un professeur ou un voisin) qui était comme un parent pour moi.
- Un membre de ma famille hurlait ou criait après moi. (3)
- J'ai vu ma mère ou l'un de mes frères ou soeurs se faire frapper ou battre. (3)
- Il y avait quelqu'un qui voyait à mon départ pour l'école si je n'étais pas malade.
- Les membres de ma famille me traitaient de « stupide », « paresseux (se) » ou « laid(e) ». (4)
- J'ai traîné dans les rues dès l'adolescence ou même plus jeune. (4)
- Il y avait un membre de ma famille que j'admiraient et à qui je voulais ressembler. (3)
- Mes parents étaient trop ivres ou drogués pour prendre soin des enfants. (3)
- J'ai rarement eu l'amour et l'attention dont j'avais besoin. (3)
- Les membres de ma famille ont eu des ennuis avec les policiers.
- Il y a eu un membre de ma famille qui m'a aidé à avoir une bonne estime de moi. (3)
- J'ai dû me protéger contre un membre de ma famille en me battant, me cachant ou me sauvant. (2)
- Il y avait quelqu'un dans ma famille qui désirait me voir réussir. (2)
- J'ai dû porter des vêtements sales. (4)
- J'ai vécu dans plusieurs familles (famille élargie ou famille d'accueil). (4)
- Je croyais qu'un de mes frères ou qu'une de mes soeurs était maltraité(e).
- Je me sentais aimé(e). (3)
- Les ami(e)s que je fréquentais étaient comme ma « vraie famille ».
- Mon père (beau-père) était rarement présent à la maison.

Mes parents nous traitaient tous également. (3)  
J'ai eu le sentiment que mes parents n'avaient pas désiré ma naissance. (3)  
J'ai été frappé(e) par un membre de ma famille à un point tel que j'ai dû consulter un médecin ou être hospitalisé(e). (2)  
Il y avait un membre de ma famille qui voyait à ce que je sois hors de danger. (2)  
J'ai été battu(e) par les membres de ma famille au point d'en avoir des bleus ou des marques. (2)  
J'ai fait partie d'un « gang ».  
Les punitions que j'ai reçues me semblaient justes.  
J'ai eu des relations sexuelles avec un adulte ou quelqu'un de beaucoup plus vieux que moi (au moins 5 ans de plus que moi). (2)  
Il y avait quelqu'un de plus âgé que moi (un professeur ou un parent) qui m'a servi de modèle positif. (3)  
J'ai été battu(e) avec une ceinture, un bâton ou une corde (ou tout autre objet dur). (2)  
Il n'y avait rien que j'aurais voulu changer dans ma famille.  
Les membres de ma famille se soûlaient et/ou se droguaient.  
Il y avait beaucoup d'entraide entre les membres de ma famille. (3)  
Mes parents se sont séparés et/ou divorcés.  
Mes parents me disaient des choses blessantes et/ou insultantes. (3)  
Je me croyais abusé(e) physiquement.  
Mes parents essayaient de me tenir éloigné(e) des gens pouvant avoir une mauvaise influence. (3)  
Il y avait un adulte ou toute autre personne responsable à la maison lorsque j'y étais.  
J'ai été battu(e) au point qu'un professeur, un voisin ou un médecin s'en soit aperçu. (2)  
Il y avait un membre de ma famille qui semblait perdre le contrôle de lui-même.  
Les membres de ma famille m'encourageaient à poursuivre mes études. (2)  
Je passais du temps à l'extérieur de la maison sans que personne ne sache où j'étais. (4)  
Les punitions que j'ai reçues me semblaient cruelles. (3)  
Je sentais qu'il y avait un membre de ma famille qui me haïssait. (3)  
Les membres de ma famille étaient proches les uns des autres. (4)  
Quelqu'un a tenté de me faire des attouchements sexuels ou tenté de m'amener à poser de tels gestes. (2)  
J'ai été bousculé(e) par les membres de ma famille.  
Il y avait assez de nourriture pour chacun. (3)  
Les membres de ma famille avaient tous certaines tâches à accomplir.  
Un membre de ma famille me menaçait de blessures ou de mentir sur mon compte afin que j'aie des contacts sexuels avec lui/elle. (2)  
J'ai grandi dans un entourage idéal.  
J'avais peur d'être blessé(e) par un membre de ma famille. (3)  
Quelqu'un a essayé de me faire poser des gestes sexuels ou de me faire voir des choses sexuelles. (2)  
Il y avait quelqu'un de ma famille qui croyait en moi. (3)  
J'ai été maltraité(e). (3)  
Je croyais être abusé(e) émotionnellement. (3)  
Les membres de ma famille ne semblaient pas savoir ou se foutaient de ce que je faisais. (3)  
Il y avait quelqu'un pour m'amener consulter un médecin lorsque nécessaire. (2)

J'avais la meilleure famille au monde.

Les membres de ma famille avaient des secrets dont je ne pouvais parler à personne. (3)

Je croyais être abusé(e) sexuellement. (3)

Ma famille était source de force et de support. (3)

## **BIBLIOGRAPHIE**

ALEXANDER PC . adult attachment and long terme effect in survivors of incest .*Child Abuse Negl* 1998 ;22:45-61

AMAYA JACKSON L, MARSC JS .Post traumatic stress disorder  
*anxiety disorders in children and adolescents* .1995 ed March JS , the Guilford press ,new york  
london 276-300

BAYLE B L'enceinte traumatique ,traumatisme psychique et maternité .*Nervure* 14.1 fevr 2001 p

9-14

BANYARD VL, AND AL Women's voices on recovery: A multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse, *Child Abuse Negl.* 2007 Mar 27;

BENFIELD 1978 *Pediatrics* 62: 171-7.

BIANCHI-DEMICHELI F, KULIER R, PERRIN E, CAMPANA A. Induced abortion and psychosexuality.

*J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2000 Dec;21(4):213-7

BIANCHI-DEMICHELI F. Psychiatric and psychological consequences of abortion .

*Rev Med Suisse.* 2007 Feb 14;3(98):401-2, 404, 406-7.

BIERER LM, YEHUDA R, SCHMEIDLER J, MITROPOULOU V, NEW AS, SILVERMAN JM, SIEVER LJ .Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses.

*CNS Spectr.* 2003 Oct;8(10):737-54

BIFULCO AT, BROWN GW, HARRIS TOJ Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression: a replication.

*Affect Disord.* 1987 Mar-Apr;12(2):115-28.

BIRMES AND AL (2001) Vulnérabilité au stress et styles de défenses *Annales de psychiatrie* 2001 vol 16 n°2 pp 88-93

BIRMES AND AL (2003) Validation of the peri-traumatic dissociative experiences questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to *trauma* *Europ psychiatry* 20(2005)145-151

BOEMER MR, MARIUTTI MG. Women facing abortion: an existential approach

*Rev Esc Enferm USP.* 2003 Jun;37(2):59-71

BOWLES SV, JAMES LC, SOLURSH DS, YANCEY MK, EPPERLY TD, FOLEN RA, MASONE M. Am Fam Acute and post-traumatic stress disorder after spontaneous abortion.

*Physician.* 2000 Mar 15;61(6):1689-96.

BOWLES SV, BERNARD RS, EPPERLY T, WOODWARD S, GINZBURG K, FOLEN R, PEREZ T, KOOPMAN C. Traumatic stress disorders following first-trimester spontaneous abortion.

*J Fam Pract.* 2006 Nov;55(11):969-73.

BORN L, SOARES CN, PHILLIPS SD, JUNG M, STEINER M Women and reproductive-related trauma.

*Ann N Y Acad Sci.* 2006

BORN L, PHILLIPS SD, STEINER M, SOARES CN. Trauma & the reproductive lifecycle in women]

*Jul;1071:491-4. Rev Bras Psiquiatr. 2005 Oct;27 Suppl 2:S65-72. Epub 2005 Nov 10.*

BUBLIK C.M,PRESMOTT A ,KENDLERS .S. features of childhood sexual abuse and the developement of psychiatric and substances use disorders .*Br J. Psychiat* 2001 ,179 ,444-449

BRADLEY 1984. *Can J Psych* 29(10):494-8.

BRADSHAW Z, SLADE P.The effects of induced abortion on emotional experiences and relationships: a critical review of the literature.

*Clin Psychol Rev. 2003 Dec;23(7):929-58.*

BROEN AN, MOUM T, BÖDTKER AS, EKEBERG O Psychological impact on women of miscarriage versus induced abortion: a 2-year follow-up study.

*Psychosom Med. 2004 Mar-Apr;66(2):265-71*

BROEN AN, MOUM T, BÖDTKER AS, EKEBERG O Predictors of anxiety and depression following pregnancy termination: a longitudinal five-year follow-up study.

*. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(3):317-23.*

BROEN AN, EKEBEMOUM T1:The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study.

*BMC Med. 2005 Dec 12;3:18*

BROQUET .Psychological reactions to pregnancy loss .*Prim Care Update Obst Gyn voll ,6, 12-16*

BYDLOWSKI M. la dette de vie ,itinéraire psychanalytique de la maternité *PUF le fil rouge* 1997

CANEVAR 1978 *Bull Menninger Clin* 4:433-8

CIGOLI V,GILLI G,SAITA E .Relationnal factors in psychopathological responses to childbirth  
*J Psychosom Obstet Gyneacol. 2006 Jun.27(2):91-7*

CHABROL H. CALLAHAN S. Mécanismes de défense et coping *Dunod* 2004

COLEMAN PK, MAXEY CD, RUE VM, COYLE CT.Associations between voluntary and involuntary forms of perinatal loss and child maltreatment among low-income mothers.

*Acta Paediatr. 2005 Oct;94(10):1476-83*

COLEMAN PK, COYLE CT, SHUPING M, RUE VM.1Induced abortion and anxiety, mood, and substance abuse disorders: Isolating the effects of abortion in the national comorbidity survey.*J Psychiatr Res. 2008 Nov 27.*

COTTRAUX, J. (2001). La répétition des scénarios de vie. *Paris : Odile Jacob.*

DECLERCQ (2001) Répercussions psychiatriques et psychosociale à long terme  
*Traumatismes psychiques*, Paris, Masson, p103-115

DILILLO D. Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clin Psychol Rev.* 2001 Jun;21(4):553-76.

DILILLO D, DAMASHEK A. Parenting characteristics of women reporting a history of childhood sexual abuse. *Child Maltreat.* 2003 Nov;8(4):319-33.

DIXON L, BROWNE K, HAMILTON-GIACHRITSIS C. Risk factors of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part I)  
*J Child Psychol Psychiatry.* 2005 Jan;46(1):47-57.

DIXON L, HAMILTON-GIACHRITSIS C, BROWNE K. Attributions and behaviours of parents abused as children: a mediational analysis of the intergenerational continuity of child maltreatment (Part II):  
*J Child Psychol Psychiatry.* 2005 Jan;46(1):58-68.

ENGELHARD IM, VAN DEN HOUT MA, SCHOUTEN EG. Neuroticism and low educational level predict the risk of posttraumatic stress disorder in women after miscarriage or stillbirth.  
*Gen Hosp Psychiatry.* 2006 Sep-Oct;28(5):414-7.

ENGELHARD IM, VAN DEN HOUT MA, ARNTZ A. Posttraumatic stress disorder after pregnancy loss.  
*Gen Hosp Psychiatry.* 2001 Mar-Apr;23(2):62-6.

ENGELHARD IM, VAN DEN HOUT MA, VLAEYEN JW. *The sense of coherence in early pregnancy and crisis support and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study.* *Behav Med.* 2003 Summer;29(2):80-4

ENGELHARD IM. Miscarriage as a traumatic event.  
*Clin Obstet Gynecol.* 2004 Sep;47(3):547-51

ENGELHARD IM, VAN DEN HOUT MA, KINDT M, ARNTZ A, SCHOUTEN E. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress after pregnancy loss: a prospective study..  
*Behav Res Ther.* 2003 Jan;41(1):67-78. *Klier CM*

ERTEM IO, LEVENTHAL JM, DOBBS S. INTERGENERATIONAL CONTINUITY OF CHILD PHYSICAL ABUSE: HOW GOOD IS THE EVIDENCE? *LANCET.* 2000 SEP 2;356(9232):814-9.

FELITTI VJ, ANDA RF, NORDENBERG D, WILLIAMSON DF, SPITZ AM, EDWARDS V, KOSS MP, MARKS

Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study.

*JSAJ Prev Med. 1998 May;14(4):245-58.*

FERGUSON 1989 *Pediatr Perinat Epidemiol* 303 302 – 25.

FERGUSON DM, HORWOOD LJ, RIDDER EM. Abortion in young women and subsequent mental health.

*J Child Psychol Psychiatry. 2006 Jan;47(1):16-24.*

FILIPAS HH, ULLMAN SE. *Child sexual abuse, coping responses, self-blame, posttraumatic stress disorder, and adult sexual revictimization.* *J Interpers Violence. 2006 May;21(5):652-72.*

FISHER WA, SINGH SS, SHUPER PA, CAREY M, OTCHET F, MACLEAN-BRINE D, DAL BELLO D, GUNTER J. Characteristics of women undergoing repeat induced abortion.

*CMAJ. 2005 Mar 1;172(5):637-41*

FITZGERALD MM, SHIPMAN KL, JACKSON JL, MCMAHON RJ, HANLEY HM. Perceptions of parenting versus parent-child interactions among incest survivors.

*Child Abuse Negl. 2005 Jun;29(6):661-81*

GAJOWY M, SIMON W. Child abuse, neglect and pregnancy losses--combination and its psychological sequel

*Psychiatr Pol. 2002 Nov-Dec;36(6):911-27. Review. Polish*

GELLER PA, RITSHER JB. Affective disorders in the aftermath of miscarriage: a comprehensive review.

*Arch Womens Ment Health. 2002 Nov;5(4):129-49.*

GELLER PA, KERNS D, KLIER CM. Anxiety following miscarriage and the subsequent pregnancy: a review of the literature and future directions

*J Psychosom Res. 2004 Jan;56(1):35-45..*

GOLD KJ, DALTON VK, SCHWENK TL, HAYWARD RA. What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor. *Gen Hosp Psychiatry. 2007 May-Jun;29(3):207-13.*

GOLIER JA, YEHUDA R AND AL. the relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *Am J Psychiatry. 2003 Nov;160(11):2018-24.*

GÓMEZ LAVÍN C, ZAPATA GARCÍA R. Diagnostic categorization of post-abortion syndrome. *Actas Esp Psiquiatr. 2005 Jul-Aug;33(4):267-72.*

GOWY M, SIMON W. Child abuse, neglect and pregnancy losses--combination and its psychological sequel. *Psychiatr Pol. 2002 Nov-Dec;36(6):911-27.*

GUEDENEY et LEMEURE L'enfant et son développement *La recherche 2005 388;66-69*

HANS SL. Demographic and psychosocial characteristics of substance-abusing pregnant women. *Clin Perinatol.* 1999 Mar;26(1):55-74.

HERRENKOHL 1979 *J Child Psychiatry* 18:260-9.

HOGLEND P., BOGWALD K.P., AMLO S., HEYERDAHL O., SORBYE O., MARBLE A., SJAASTAD M.C. BENTSEN H. Assessment of change in dynamic psychotherapy. *J. Psychother. Pract. Res.* 9(4), 2000 :190-199 Traduction B Lapeyronnie et JM Thurin

JEHEL (2001) Etude prospective de l'état de stress post-traumatique parmi les victimes d'attentat terroriste *L'encéphale* ,27 ,393-400

JEHEL (2006) psychotraumatologie , ed Dunod p47

KENDALL-TACKETT KA ?WILLIAMS LM ,FINKELHOR D. impact of sexual abuse on children :a review and synthesis of recent empirical studies. *Psychol Bull* 2003 ;113:-80

KENT 1978 *B.C. Med J* 20:118-9

KERSTING A, KROKER K, STEINHARD J, LÜDORFF K, WESSELMANN U, OHRMANN P, AROLT V, SUSLOW T. Complicated grief after traumatic loss: a 14-month follow up study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2007 Dec;257(8):437-43

KLAUS ET KENNEL ; 1976 (Maternal infant bonding) Mosby Company)

KILCOMMONS AM, MORRISON AP. Relationships between trauma and psychosis: an exploration of cognitive and dissociative factors. *Acta Psychiatr Scand.* 2005 Nov;112(5):351-9

KOPP MS AND AL .Chronic stress and social changes:socioeconomic determination of chronic stress .*Ann NY acad Sci* 2007; 1113:325-38

KUMAR 1978. *psychol med* 8:711-5

LESKELA J, DIEPERINK M, THURAS P. JShame and posttraumatic stress disorder. *Trauma Stress.* 2002 Jun;15(3):223-6.

LIVINGSTON R, LAWSON L, JONES JG.(1993) Predictors of self-reported psychopathology in children abused repeatedly by a parent. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 ; 32 :948-53.

LOK I and al .Psychological morbidity following miscarriage .*Bes Pract and Res Clin obst and*

*Gyn 2007 vol 21;2:229-247*

LUBORSKY L (1975). Manuel de l'Échelle d'évaluation de la santé mentale par le clinicien. Traduction-adaptation 1982 de Gérin, Peyras et Tissot .. *Script Inserm*

MAJOR B, GRAMZOW RH. ABORTION AS STIGMA: cognitive and emotional implications of concealment. *J Pers Soc Psychol.* 1999 Oct;77(4):735-45.

MAJOR B, COZZARELLI C, COOPER ML, ZUBEK J, RICHARDS C, WILHITE M, GRAMZOW RH. Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry.* 2000 Aug;57(8):777-84

MAUNSELL E , BRISSON J , DESCHENES L. Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer* 1995 ;76:631-637

MIDMER D, BRYANTON J, BROWN R .Assessing antenatal psychosocial health. Randomized controlled trial of two versions of the ALPHA form. *Can Fam Physician.* 2004 Jan;50:80-7

MOLNAR BE, BUKA SL, KESSLER RC. Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey *Am J Public Health.* 2001 May;91(5):753-60

MOUREN-SIMEONI MC .syndrome de stress post traumatique troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent ,1994 editions Maloine 42-47

MUESER KT, ROSENBERG SD, GOODMAN LA, TRUMBETTA Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *SLSchizophr Res.* 2002 Jan 1;53(1-2):123-43.

NEY PG, FUNG T, WICKETT AR. The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1994 Sep;18(9):705-14

NEY PG, WICKETT AR. Mental health and abortion: review and analysis. *Psychiatr J Univ Ott.* 1989 Nov;14(4):506-16

NEY PG. ABORTION AND PSYCHIATRIC PRACTICE.. *J Psychiatr Pract.* 2003 Nov;9(6):407; author reply 407

NURCOMBE .Child sexual abuse I: psychopathology. *Aust N Z J Psychiatry.* 2000 Feb;34(1):85-91

PAUHLAN I, BOURGEOIS (1998) M. Stress et coping. PUF, Nodules, Paris, 1998

PAOLUCCI EO ,GENUIS ML ,VIOLATO .a meta analysis of published research on the effects of child sexual abuse

*J Consult Clin Psychol* 2003 ;71:575-86

PARE 1970 *Lancet*1:635-7.

PEDERSEN W, SAMUELSEN SO, ESKILD A.Abortion among young women--the importance of family environment factors and social class

*Tidsskr Nor Laegeforen.* 2006 Jun 22;126(13):1734-7. Norwegian.

PEDROSA IL, GARCIA TR."I will never forget it!": the experience of a woman with induced abortion

*Rev Lat Am Enfermagem.* 2000 Dec;8(6):50-8.

PIERREHUBERT L'attachement , source d'autonomie *Sc hum* 2004 45;36-39

PRICE SK.Stepping back to gain perspective: pregnancy loss history, depression, and parenting capacity in the Early Childhood Longitudinal Study, Birth Cohort (ECLS-B)

*Death Stud.* 2008;32(2):97-122.

PUTMAN FW .ten year research update review.child sexual abuse.

*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003 ;42:269-78

RANKIN A. Post abortion syndrome.*Health Matrix.* 1989 Summer;7(2):45-7.

RAIJA-LEENA PUNAMÄKI AND AL (2002) The role of psychological defences in moderating between trauma and post-traumatic symptoms among Palestinian men

*International Journal of Psychology, Volume 37, Issue 5 October 2002 , pages 286 - 296*

REARDON DC, NEY PG. Abortion and subsequent substance abuse. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2000 Feb;26(1):61-75

REARDON DC. Abortion decisions and the duty to screen: clinical, ethical, and legal implications of predictive risk factors of post-abortion maladjustment. *J Contemp Health Law Policy.* 2003 Winter;20(1):33-114

REARDON DC AND AL .Deaths associated with pregnancy outcome:a record linkage study of low income women . *Southern medical journal Vol 95; N°8:834 -841*

ROSEMAN SH *L.predicting the psychological consequences of abortion ;Soc Sc and Med.vol 13A:683-689*

RUE VM, COLEMAN PK, RUE JJ, REARDON DC.Induced abortion and traumatic stress: a preliminary comparison of American and Russian women.

*Med Sci Monit.* 2004 Oct;10(10):SR5-16.

RUMSTEIN-MCKEAN O, HUNSLEY Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual abuse.*J. Clin Psychol Rev.* 2001 Apr;21(3):471-90

SILVERMAN JG, GUPTA J, DECKER MR, KAPUR N, RAJ A.Intimate partner violence and unwanted pregnancy, miscarriage, induced abortion, and stillbirth among a national sample of Bangladeshi women.*BJOG.* 2007 Oct;114(10):1246-52.

SMITH CA, FARRINGTON DP.Continuities in antisocial behavior and parenting across three generations.*J Child Psychol Psychiatry.* 2004 Feb;45(2):230-47.

SPERTUS IL, YEHUDA R, WONG CM, HALLIGAN S, SEREMETIS SV.  
Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice.  
*Child Abuse Negl.* 2003 Nov;27(11):1247-58

SÖDERBERG MALMOE H 1989 *J.Obst.Gyn.Reprod.Biol* 79,1998,173-8  
STEINAUER J, LANDY U, FILIPPONE H, LAUBE D, DARNEY PD, JACKSON RA.Predictors of abortion provision among practicing obstetrician-gynecologists: a national survey.  
*Am J Obstet Gynecol.* 2008 Jan;198(1):39.e1-6. Epub 2007 Nov 5.

STEINBERG JR, RUSSO NF.Abortion and anxiety: what's the relationship?  
*Soc Sci Med.* 2008 Jul;67(2):238-52.

STEINER H AND AL (1997) Prevalence ESPT et delinquant J.AM.ACAD child adolesc psychiatry 36:3 mars 97

STREET AE,Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence Vict.* 2001 Feb;16(1):65-78

TAMIAN -KUNEGEL. L'avortement et le lien maternel :un autre écoute de l'IVG 2002  
*Chroniques sociales*

THURIN JM :mécanismes d'ajustement au stress *EMC* 37-400-C-20;1-13

UÇOK A, BIKMAZ S..The effects of childhood trauma in patients with first-episode schizophrenia.  
*Acta Psychiatr Scand.* 2007 Nov;116(5):371-7

VAN DEN BOSCH LM, VERHEUL R, LANGELAND W, VAN DEN BRINK W.  
Trauma, dissociation, and posttraumatic stress disorder in female borderline patients with and without substance abuse problems *Aust N Z J Psychiatry.* 2003 Oct;37(5):549-55.

VAN ROODE T, DICKSON N, HERBISON P, PAUL C. Child sexual abuse and persistence of risky sexual behaviors and negative sexual outcomes over adulthood: findings from a birth cohort.

*Child Abuse Negl.* 2009 Mar;33(3):161-72. Epub 2009 Mar 26

VILA G, PORCHE L.M., MOUREN-SIMEONI M.C. - L'enfant victime d'agression. *Masson, Paris, 1998.*

WHITBECK LB, HOYT DR, SIMONS RL, CONGER RD, ELDER GH JR, LORENZ FO, HUCK S. Intergenerational continuity of parental rejection and depressed affect.

*J Pers Soc Psychol.* 1992 Dec;63(6):1036-45. INCLUDEPICTURE "http://www.ncbi.nlm.nih.gov/corehtml/query/egifs/http:--content.apa.org-images-shared-FullTextAPA.gif" \d

WILLIAMS GB, BRACKLEY MH. Intimate partner violence, pregnancy and the decision for abortion. *Issues Ment Health Nurs.* 2009 Apr;30(4):272-8.

WILSNACK SC, VOGELTANZ ND, KLASSEN AD, HARRIS TR. Childhood sexual abuse and women's substance abuse: national survey findings.

WILSON JP, DROZDEK B, TURKOVIC S. Posttraumatic shame and guilt. *Trauma Violence Abuse.* 2006 Apr;7(2):122-41.

ZHANG XA, LIU JH, CUI Y, TANG P. Abortion etiologies and their forensic identification. *Fa Yi Xue Za Zhi.* 2007 Feb 15;23(1):49-51.