

Interruption médicale de grossesse pour péril grave psychiatrique

Medical abortion for acute psychiatric pathology

● J.-C. Samuelian*, M. Sokolowsky**, C. d'Ercole***, L. Boubli***, M. Gannerre****

Les gynécologues-obstétriciens sont confrontés aux demandes d'interruption de grossesse de femmes enceintes de plus de 14 semaines qui se trouvent dans un état de détresse psychique. Ces situations sont toujours difficiles, à plusieurs niveaux. Au niveau humain, la détresse de ces femmes est le plus souvent patente, parfois envahissante. Dans le domaine médical, il convient d'évaluer la nature et l'intensité de la détresse psychologique, et ses liens avec la grossesse. Sur le plan juridique, il est impératif que la décision médicale, interruption ou abstention, soit conforme à la législation. Ces situations, comme toutes les demandes d'interruption médicale de grossesse (IMG), doivent être évaluées dans les centres gynécologiques de référence conformément à la législation. La gestion de ces demandes d'IMG pour détresse psychologique nécessite un double cadre de réflexion, juridique et clinique.

LE CADRE JURIDIQUE

Dans un État de droit, le cadre juridique s'impose à tous. En France, l'exercice de la médecine procède d'une délégation du pouvoir de soigner de l'État au médecin. Le médecin exerce dans un cadre contractuel avec l'État. Ce cadre contractuel est fixé par la législation. C'est donc la loi qui autorise le médecin à agir sur le patient. L'exercice médical en France se fait donc en référence à l'ordre public, référence qui ne se négocie pas.

La loi du 17 janvier 1975, article L162-12, dite Loi Veil, "...garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi". Au-delà de 12 semaines d'aménorrhée, la loi autorise l'interruption de grossesse, à tout terme, dans un but thérapeutique, "en cas de péril grave pour la mère ou de forte probabilité de maladie particulièrement grave de l'enfant et reconnue comme incurable au moment du diagnostic". La loi reprend une disposition de 1939 prévoyant la possibilité d'interrompre une grossesse à tout terme en cas de "péril mortel" pour la mère.

La Loi Veil de 1975 est modifiée le 4 juillet 2001 sur proposition du ministre de la Solidarité, Martine Aubry. Le délai légal de l'IVG est porté de 12 à 14 semaines d'aménorrhée.

Le Code de santé publique, dans son article L 2213-1, en précise les modalités d'application.

* Service de psychiatrie, hôpital de la Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille.

** Service de pédo-psychiatrie, hôpital Sainte-Marguerite, 270, bd Sainte-Marguerite, 13009 Marseille.

*** Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Nord, chemin des Bourrellys, 13915 Marseille Cedex 20.

**** Service de gynécologie-obstétrique, hôpital de la Conception, 147, bd Baille, 13385 Marseille Cedex 5.

L'attestation d'IMG est délivrée par deux médecins membres d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Un médecin choisi par la femme peut être associé à la concertation. Le document doit être établi en trois exemplaires avec mention du nom de la personne et doit attester du risque encouru et de l'accord de l'intéressée. Enfin, une déclaration anonyme, transmise au directeur de l'établissement d'hospitalisation, doit être faite au moment de l'IMG.

LA DEMANDE

Si la femme enceinte estime que la poursuite de sa grossesse met gravement en péril sa santé, la législation l'autorise à demander une IMG. La femme enceinte doit s'adresser à un médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique exerçant dans un établissement public de santé ou dans un établissement privé autorisé à recevoir les femmes enceintes. Ce médecin réunit alors une équipe pluridisciplinaire, pour avis consultatif.

LA PRISE DE DÉCISION

Elle est effectuée par une équipe médicale pluridisciplinaire qui constate s'il existe (ou non) un motif pour pratiquer l'IMG au regard des conditions fixées par la loi. Dans tous les cas, la femme concernée doit bénéficier d'une information complète et donner son accord. Elle (seule ou en couple) peut demander à être entendue par l'équipe ou certains de ses membres.

LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE MÉDICALE

En cas de mise en danger de la santé de la femme, elle comprend un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, un médecin choisi par la femme, une personne qualifiée tenue au secret professionnel (psychologue, assistant(e) social(e), etc.), et un ou des praticien(s) qualifié(s) pour donner un avis sur l'état de santé de la femme. Les deux médecins doivent exercer dans un établissement public de santé ou un établissement privé autorisé à recevoir des femmes enceintes. Un procès verbal de la réunion est établi. Au terme de la concertation, s'il apparaît à deux médecins que le risque est fondé, ils établissent les attestations permettant l'intervention. Deux médecins, dont un expert à la cour d'appel, doivent établir et signer ce protocole d'expertise stipulant leur consentement. L'interruption est alors effectuée par un gynécologue qui endosse la responsabilité du geste. Le protocole d'expertise est transmis à la préfecture qui en vérifie la conformité. En cas de non-conformité, les services préfectoraux saisissent le procureur de la République. Celui-ci peut alors faire ouvrir une enquête visant à établir si l'interruption médicale de grossesse était justifiée. S'il apparaît un doute, le gynécologue qui a effectué le geste peut être mis en examen pour homicide volontaire. L'argumentation clinique du consentement se doit donc d'être sans faille.

A contrario, le non-consentement des experts conduit à la récusation de la demande d'IMG. La patiente est alors en droit d'estimer avoir subi un préjudice au titre de la non-assistance à personne en danger ou de la mise en danger d'autrui. Là encore, l'argumentation clinique du non-consentement doit être sans faille.

Lorsque la femme enceinte est victime d'une maladie somatique, l'argumentation clinique soutenant la réalité médicale d'une situation de péril grave peut se révéler parfois délicate. Lorsque la femme enceinte est victime d'un trouble psychiatrique, l'argumentation clinique est toujours délicate.

Les auteurs rapportent ici l'expérience de cinq années d'examen psychiatriques de patientes en état de détresse psychique, enceintes de plus de 12 (et actuellement 14) semaines d'aménorrhée, demandant une IMG.

LE CADRE CLINIQUE

Les demandes d'évaluation psychiatrique à la recherche "d'un péril grave pour la santé de la mère" inhérent à son état de grossesse sont adressées par les chefs de service des centres gynécologiques de référence à deux psychiatres.

Les patientes sont reçues séparément par chacun des deux psychiatres qui rédigent individuellement un rapport d'expertise transmis au gynécologue demandeur.

La psychiatrie est une discipline essentiellement clinique, la rigueur de la méthodologie diagnostique et nosologique y est essentielle. À cette fin, nous nous référons au *Manuel de diagnostic statistique de maladies mentales*, IV^e édition, de l'American Psychiatric Association. Ce manuel reprend les catégories diagnostiques établies par l'Organisation mondiale de la santé dans le chapitre V de la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision. L'intérêt du DSM-IV réside dans sa structure en cinq axes, permettant une analyse clinique plus fine et plus vaste des troubles mentaux d'un patient donné. La CIM-10, en revanche, est plus adaptée aux études épidémiologiques. L'axe I regroupe les diagnostics psychiatriques principaux, l'axe II les troubles de la personnalité, l'axe III les maladies somatiques intercurrentes, l'axe IV les troubles environnementaux, l'axe V évalue l'efficacité globale de la personne face aux problèmes du quotidien sur une échelle progressive de 0 à 100.

Il convient de rappeler que les catégories diagnostiques cliniques ne sont pas compatibles avec les catégories juridiques des troubles mentaux. Dans la circonstance de définition médicale d'un "péril grave pour la santé de la mère", il s'agit bien d'une évaluation clinique et non juridique qui, quant à elle, se pose en termes de responsabilité ou de réparation.

Notre expérience porte entre 1998 et 2002 sur 38 femmes présentant un état de détresse psychologique, enceintes de 15 à 28 semaines et qui ont été examinées pour évaluation d'une demande d'IMG. À l'issue des deux examens psychiatriques, 11 patientes sur 38 présentaient un état psychiatrique inhérent à leur grossesse et mettant gravement en péril leur santé.

CAS CLINIQUES

Deux cas cliniques vont servir à illustrer les problèmes rencontrés.

Cas n° 1

Mme X., née en 1977

La consultation est demandée dans le cadre de la recherche d'une

situation de péril grave maternel inhérent à l'état de grossesse. Il s'agit d'une patiente G3 P1, enceinte à la suite d'un rapport consenti entre adultes, sous contraception orale mal suivie. La grossesse a été découverte à 3 mois.

Mme X. décrit cette découverte comme une catastrophe. L'interrogatoire retrouve les critères cliniques de trouble en rapport un état de stress aigu. Mme X. dit avoir décidé immédiatement d'interrompre cette grossesse. Après s'être adressé au planning familial, puis au CHU, elle dit s'être rendue en Espagne, mais n'avoir pu réunir la somme nécessaire à une interruption. Rentrée en France, elle déclare avoir débuté une alcoolisation massive dans un but abortif. Dans le même but, elle se serait volontairement intoxiquée avec 20 comprimés d'Effergal[®], sans apparemment connaître le risque mortel pour elle-même. Elle déclare projeter de sauter d'un troisième étage toujours dans un but abortif, semblant inconsciente du risque pour elle-même.

Selon ses dires, Mme X. aurait été abandonnée par sa mère dans sa petite enfance et élevée par une belle-mère qu'elle décrit comme rejetante et agressive à son égard. Elle déclare avoir fait plusieurs tentatives de suicide pendant son adolescence, ayant nécessité des hospitalisations. Elle se décrit comme totalement abandonnée de sa famille et isolée socialement. Son parcours scolaire, professionnel et affectif semble erratique. Elle déclare être mère d'une fillette de 4 ans, dont la garde a été confiée au père par décision de justice en août 2001. Elle aurait interrompu volontairement sa deuxième grossesse, ne souhaitant pas d'autre enfant.

L'examen conclut à la présence d'un état de stress aigu traumatique persistant avec conduites d'une extrême dangerosité dans un but abortif. L'existence sous-jacente d'un trouble de la personnalité de type *borderline* augmente encore l'intensité du risque d'action fatale pour elle-même. Si le trouble *borderline* se conçoit dans la durée, il existe un état de décompensation psychique depuis la découverte de la grossesse. Les manœuvres abortives effectuées par Mme X. mettent en danger sa vie. La situation de péril grave psychiatrique, secondaire à l'état de grossesse est patente. Cette situation justifie médicalement une interruption de grossesse.

Cas n° 2

Mlle Y., née en 1984

La patiente se présente accompagnée de sa mère et de Mme S., de l'Aide à l'éducation en milieu ouvert. Il s'agit d'une patiente mineure, G1 P0. Les circonstances de la conception sont difficiles à déterminer. Elle aurait, selon ses dires, suivi de son plein gré son ami, père allégué de l'enfant, en Espagne en août 2000. D'après ses dires, elle aurait été séquestrée par son ami et la famille de celui-ci en Espagne. Elle déclare avoir été privée de moyens contraceptifs, et avoir subi des rapports sexuels sous la contrainte. Elle déclare avoir fait une tentative de suicide par ingestion médicamenteuse, ce qui l'aurait conduit à être hospitalisée en Espagne. Le diagnostic de grossesse aurait alors été posé. Elle dit avoir pu contacter téléphoniquement son père à Marseille pour lui faire part de sa situation. Ce dernier lui aurait conseillé de se rendre au commissariat le plus proche, ce qu'elle a fait. Son père serait venu la chercher en Espagne. Tous ces points sont corroborés par la mère de Mlle Y., présente.

D'après la mère, Mlle Y. lui aurait déclaré ne pas vouloir poursuivre cette grossesse et vouloir attenter à ses jours si l'interruption ne se faisait pas. Mlle Y., vue seule, déclare refuser d'accoucher sous X, disant : "Un enfant, ce n'est pas un jouet ; si la grossesse se

poursuivait, je voudrais m'en occuper, mais je n'y arriverais pas seule. L'échographie, ça m'a fait drôle, j'étais émue ; quand j'ai appris que j'étais enceinte, je me suis remise à manger pour l'enfant, alors j'ai appelé mon père à Marseille."

L'examen ne retrouve pas de syndrome post-traumatique psychique, ni de syndrome dépressif. On ne retrouve pas non plus d'antécédents psychiatriques. D'après l'éducatrice Mme S., la famille de Mlle Y. est vulnérable, coopère pleinement avec les mesures d'aide à l'éducation mises en place depuis 1994. Aucune plainte pour viol n'aurait été déposée. Mme S. fait état de possibles pressions de la famille du père allégué pour qu'elle poursuive sa grossesse. Mlle Y. fond en larmes et refuse de confirmer ou d'infirmer. Dans cette situation, on ne retrouve pas au sens propre de syndrome psychiatrique constitué permettant d'étayer l'existence d'une situation de péril grave psychiatrique.

DISCUSSION

Ces deux observations illustrent les cas souvent dramatiques devant lesquels une équipe médicale doit répondre à une IMG dans le cadre de la loi.

Il est évident que la dangerosité psychiatrique vis-à-vis de la mère et de l'enfant à venir n'est pas directement corrélée à un diagnostic. S'il est certain que les troubles psychotiques sévères sont des indications privilégiées, la réalité est plutôt confrontée à des situations cliniques où la dangerosité est liée à l'impulsivité et au mauvais contrôle pulsionnel plutôt qu'à un état délirant. Le risque majeur est le passage à l'acte suicidaire et/ou à des comportements hétéro-agressifs sur le fœtus (coup, arme blanche, médicaments, etc.)

Presque toutes les catégories diagnostiques peuvent s'accompagner de troubles des conduites auto- ou hétéro-agressives. Les plus fréquentes sont les schizophrénies en phase processuelle, les troubles bipolaires en phase dépressive avec forte détermination suicidaire, mais aussi, et surtout, les troubles graves de la personnalité : état limite, personnalité antisociale et *borderline*, troubles liés à une substance (alcool, médicaments détournés de leur usage, amphétaminiques, cocaïne, hallucinogènes, etc.), troubles dissociatifs au sens de la dépersonnalisation, enfin toutes situations cliniques avec perte du contrôle pulsionnel.

Le vrai problème est d'éviter toute attitude d'eugénisme vis-à-vis des malades psychiques. Nous avons en mémoire les positions contestables d'Alexis Carrel et de Charles Richet, et, plus près de nous, la mort de 40 000 malades mentaux entre 1940 et 1944. De toute façon, l'incertitude des connaissances dans le domaine de la génétique psychiatrique ne permet pas d'étendre le champ de nos interventions (Koupemik, 2001). Un véritable débat s'instaure à ce jour entre généticiens et biologistes pour lesquels l'étendue même des progrès en matière de génétique constitue un risque de dérive éthique.

Quant à l'utilisation de médicaments psychotropes pendant la grossesse, même si la prudence s'impose, aucun d'entre eux, en dehors des sels de lithium, n'a vraiment été impliqué dans un risque tératogène. Les progrès des techniques d'imagerie, et en particulier de l'échographie, ont permis aux gynécologues-obstétriciens d'être les premiers détenteurs d'informations diagnostiques concernant le fœtus, et c'est donc à eux seuls que revient l'indication d'une IMG en rapport avec une prise médicamenteuse dangereuse pour le développement du fœtus.

Quelle que soit la décision de l'équipe médicale vis-à-vis d'une indication d'IMG, les problèmes psychologiques qui se posent à la

femme souvent jeune et à son entourage sont majeurs. Ils nécessitent un accompagnement psychologique de ces personnes en désarroi : d'une part, de la gestante qui, peu ou prou, éprouve culpabilité et angoisse, et d'autre part, du fœtus, enfant en devenir, qui est porteur de conflits familiaux souvent inexprimés. La prise en charge de ces familles peut diminuer les effets des effractions multiples dans leur intimité (Huque, 2003).

CONCLUSION

Chaque cas d'IMG est particulier. Les cas sur lesquels une décision doit être rendue sont souvent dramatiques par leurs conséquences immédiates et à venir sur un enfant la plupart du temps non désiré. L'équipe médicale doit répondre dans le cadre de la loi. L'évaluation psychiatrique s'enrichit de données psychosociales qui permettent de poser le risque de danger sur la mère et son enfant. L'évaluation initiale porte sur l'existence ou non d'une pathologie psychiatrique constituée. En second lieu sont posés les risques de passage à l'acte sur la mère et sur l'enfant. Enfin sont proposées des mesures d'accompagnement psychosocial qui visent à atténuer les conséquences des effractions multiples qui pose cette situation clinique dans l'homéostasie des familles. ■

POUR EN SAVOIR PLUS...

- À propos des interruptions médicales de grossesses : valeur des émotions, partage des décisions, articulations interprofessionnelles. In : Actes des 5^e Journées européennes "Naissance et Avenir". Les liens autour de l'enfant à naître : une urgence psychique. L'Alfrée, cahier 16 (juillet 2001) : 37-61.
- Carol A. Histoire de l'eugénisme en France. Les médecins et la procréation aux XIX^e et XX^e siècles. Paris : Le Seuil, 1995.
- Carrel A. L'homme, cet inconnu. Paris : Plon, 1935 : 388.
- Foidart JM. Interruptions thérapeutiques de grossesse. *Ethica Clinica* 2001 ; 21 : 9-16.
- Gobineau JA. Essai sur l'inégalité des races humaines. Paris : Belfond, 1967.
- Huque C. La prise en charge des interruptions médicales de grossesse. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence* 2003 ; 51 (1) : 43-6.
- Kahn A. Et l'homme dans tout ça ? Paris : Nil Éditions, 2000.
- Koupemik C. Eugénisme et psychiatrie. *Symposium du jubilé de l'association mondiale de psychiatrie. Annales médico-psychologiques, Revue psychiatrique* (février 2001) : 14-8.
- Lafont M. L'extermination douce. La mort de 40 000 malades mentaux dans les hôpitaux psychiatriques en France sous le régime de Vichy. Paris : Ligné Éditions de l'AREFPPI, 1987.
- Magnan V, Legrain M. Les dégénérés, état mental et syndrome épisodiques, Paris : Rueff et Cie Éditions, 1895.
- Merg D. Interruption médicale de grossesse et éthique : une étude comparative auprès des gynécologues-obstétriciens et des pédiatres du Bas-Rhin. *J Pédiatrie Puériculture* 1996 ; 9 (2) : 84-9.
- Morel BA. Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés malades. Paris : J.B. Baillière, 1857.
- Perrote F, Mirlisse V, De Vigan C et al. Interruption médicale de grossesse pour anomalie fœtale. Le point de vue des patients. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2000 ; 29 : 185-91.
- Soulé M. Les aspects psychologiques de la médecine fœtale et du diagnostic anténatal. In : F. Daffos, Y. Dumez, M. Fontanges-Darriet, P. Guinet, P. Saada, M. Soulé : le fœtus à l'hôpital. Ramonville : Erès Ed ; coll. Mille et un bébés, 1997 : 25-37.
- Sparrow J. Le diagnostic prénatal : une vue sur l'inconnu. In : P. Ben Soussan. Les bébés de l'an 2000 (14). Ramonville : Erès Ed, 2000 : 67-72.
- Taguieff PA. Retour sur l'eugénisme. Questions de définition (réponse à J. Testart). *Revue Esprit* 1994 : 198-215.
- Testart J. Le désir du gène. Paris : Flammarion, 1994.