**Zeitschrift:** Hebamme.ch = Sage-femme.ch = Levatrice.ch = Spendrera.ch

**Herausgeber:** Schweizerischer Hebammenverband

**Band:** 112 (2014)

**Heft:** 11

**Artikel:** La double fonction de l'échographiste en médecine prénatale : de la prévention à la prévenance

**Autor:** Gourand, Luc

**DOI:** https://doi.org/10.5169/seals-949319

**Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

**Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

**Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

**Download PDF:** 05.12.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch**

# La double fonction de l'échographiste en médecine prénatale – de la prévention à la prévenance

Le perfectionnement technique indiscutable menace de robotisation. Pourtant, aucune machine ne pourra jamais vérifier l'adéquation entre le fœtus observé et l'enfant rêvé par ses parents qui sont, eux aussi, en construction. Chaque échographie est une affaire d'annonce. Quelles que soient les constatations et le degré de certitude de l'information produite, leur formulation renvoie toujours à l'incertitude existentielle de ce que les couples ont à vivre. Étant à l'origine de la révélation, l'échographiste ne peut pas se soustraire à son rôle de médiateur. Son discours peut avoir une portée considérable, en bien ou en mal. Dans tous les cas, il est confronté à la difficulté de savoir pourquoi et comment accompagner le projet parental.

Luc Gourand, Paris (F)

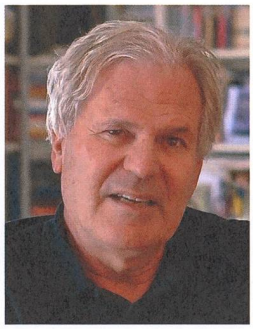
*«Tant qu'il est invisible, le fœtus est paré de la promesse d'un sourire d'enfant que l'image échographique risque d'arracher comme un masque.»* P. Denis

Le projet d'enfant correspond à une longue évolution qui traverse l'enfance, l'adolescence et l'âge adulte. Sa temporalité est différente chez la femme et chez l'homme, et pour la parenté biologique et la parentalité psychique. Le nouveau rite de passage de l'échographie est une étape sensible de cette construction. Winnicott souligne l'impossible disjonction entre le bébé et les soins maternels, dans sa célèbre formule: «un bébé sans sa mère, ça n'existe pas». Grâce aux soins maternels (Bion parle de «maternal reverie»), ce sentiment fort de ce dont l'enfant a besoin, le bébé pourra développer une continuité d'être.

Selon les psychanalystes, la rêverie maternelle est un contenant nécessaire à l'organisation psychique de l'enfant. Les données récentes des neurosciences et de l'épigénétique [1] viennent corroborer ces considérations jusque-là empiriques. Si l'on considère que ce processus débute dès la vie intra-utérine, on peut mesurer le poids des traumatismes échographiques – c'est-à-dire les blessures narcissiques que la mère peut subir du fait de déclarations liées à des constatations plus ou moins pathologiques. Des blessures narcissiques qui attaquent l'empathie naturelle à un stade où la jeune mère ne peut pas se réparer par les autres perceptions sensorielles. On voit là les dangers potentiels du diagnostic prénatal (Bydlowsky).

**La périnatalité psychique est une aventure métaphysique**

Elle vient mettre au jour l'interrogation sur les origines, la différence des sexes, les avatars de la genèse du soi et de la relation à l'autre. La systématisation du diagnostic prénatal (DPN) examine désormais un fœtus suspect jusqu'à preuve du contraire. La sélection des groupes à risque a profondément modifié langage et comportements en mettant l'accent sur la défiance. Les étapes diagnostiques, faites de «si» et de «peut-être», alimentent l'ambivalence qui s'accompagne d'angoisses et de fantasmes et peut, selon le contexte, transformer le fœtus authentique en «fœtus tumoral» (Boltanski). Cependant,



**Luc Gourand,** gynécologue obstétricien échographiste
Ancien responsable du département Echographies prénatales à la maternité Les Bluets et attaché au Centre pluridisciplinaire de médecine fœtale de l'Institut de puériculture et périnatalogie, Paris. Il a été pendant près de 30 ans engagé dans une réflexion institutionnelle sur la préparation à la naissance. Ses derniers travaux (en collaboration avec le Pr Michel Soulé, et al.) portent sur les enjeux de la relation dans les échographies.

luc.gourand@noos.fr

il est essentiel pour les parents de faire confiance à l'aptitude de leur enfant à se développer. Le doute peut déstructurer leur projet. Les parents et les professionnels n'ont pas les mêmes attentes; ils ne parlent pas la même langue. La communication est difficile. Les parents viennent s'assurer que le bébé va bien. Les échographistes ont pour mission de voir ce qui va mal. Tenus par des obligations médico-légales, ils sont avant tout soucieux de ne pas laisser passer une anomalie. Cette contradiction a été décrite comme le «malentendu fondamental» [2].

**Illusion de toute puissance, rançon du progrès, zones grises**

L'échographie interventionnelle a contribué à faire du fœtus un patient. Les prélèvements échoguidés ont ouvert le champ de la médecine fœtale en autorisant des diagnostics précis et parfois des traitements spectaculaires comme la transfusion in utero chez un fœtus anémié, ou la correction d'un déséquilibre circulatoire dans des grossesses gémellaires monochoriales. Le diagnostic prénatal est officiellement un art exercé dans l'intérêt du patient (ambition thérapeutique justifiant la transgression). C'est aussi l'exercice d'un très grand pouvoir et d'une emprise. Et il y a des revers. Les excès, les insuffisances et les échecs sont d'autant plus insupportables.

En une vingtaine d'années, on est arrivé à un inventaire de plus en plus détaillé du fœtus et de ses annexes. On s'interroge plus souvent sur la normalité de structures auxquelles on ne prêtait pas attention jusque-là. Les limites entre un simple variant et ce qui est déjà un signe d'appel pour une possible pathologie se sont amenuisées. Ces interrogations légitimes sont souvent exprimées à haute voix par-dessus les patientes, sous forme de concertations entre les professionnels et, plus souvent encore, elles se trahissent par une communication non verbale, par un appui un peu exagéré de la sonde sur une zone sur laquelle on insiste, par un mutisme embarrassé, parfaitement perçus par la mère et source de désarroi.

**L'annonce d'une anomalie ou son évocation: un événement majeur**

La découverte d'une anomalie entraîne une escalade d'interrogations sur sa réalité, la pathologie causale, isolée ou associée, son pronostic. Elle pose toujours, à la mère, la question de sa défaillance. Les équipes de pédopsychiatrie qui travaillent en périnatalogie soulignent le poids des événements périnatals dans les troubles ultérieurs du développement de l'enfant et dans la dépression maternelle. Le défi est donc double: prise en charge technique et, simultanément, nécessité de réparer la mère. Faire une annonce, c'est tenter de concilier l'information et l'incertain [3].

**Les questions que se pose la mère**

«Pourquoi une chose pareille m'arrive, à moi? Qu'est-ce que j'ai fait pour mériter ça?» Les informations expliquent en partie les circonstances et éventuellement le déterminisme de l'anomalie, mais ne répondent pas à la question lancinante «Pourquoi moi? Est-ce qu'on va s'en sortir, et

**Editorial**

**Mona Schwager**
MSc Midwifery, Filière sage-femme,
ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften
Winterthour

# Chère lectrice, cher lecteur,

*Penser et agir de manière éthique s'avère complexe et souvent contradictoire. Les catégories «Noir/Blanc» ou «Correct/Faux» ne sont d'aucun secours. Il ne s'agit pas seulement des grandes réflexions éthiques autour du diagnostic prénatal, des technologies de la reproduction, de la transparence génétique, mais également de situations très complexes sur le plan éthique auxquelles les sages-femmes sont confrontées. Leur quotidien est certes souvent moins spectaculaire mais il requiert des décisions éthiques en «miniature». Non parce que, dans une situation concrète, la sage-femme pourrait personnellement en décider d'une autre manière. Mais simplement, parce que ce n'est pas si simple d'être sûre de soi. Les situations réelles de travail permettent rarement à la sage-femme de mener une réflexion approfondie de ses missions. C'est pourquoi les décisions à caractère éthique se limitent souvent à réagir «avec les tripes».*

*Une des fonctions de la sage-femme est de ne pas laisser les couples seuls avec leurs incertitudes et leurs angoisses, de favoriser les décisions par une information ciblée et de suggérer des alternatives. Pour cela, les sages-femmes ont besoin des toutes nouvelles connaissances professionnelles, mais aussi de compétences éthiques globales et de critères pour accompagner les décisions à prendre.*

*La plupart du temps, il n'y a ni réponses faciles ni questions simples. Albert Schweitzer disait «Se placer au niveau éthique, c'est penser vraiment». Dès lors, je me pose trois questions au sujet de notre quotidien professionnel: Réfléchissons-nous et discutons-nous vraiment ensemble des valeurs éthiques de notre travail? Ces valeurs fondamentales se retrouvent-elles dans nos interventions? Sont-elles connues par les groupes concernés, à savoir les femmes, les familles, les médecins?*

*Cordialement, Mona Schwager*

**L'incertitude comme modus vivendi**
Voici ce qu'a écrit un père un an après la naissance de son enfant: «A partir du moment où nous avions compris ce que les médecins savaient depuis le début, à savoir qu'il n'y aurait pas de réponse à la question «notre enfant est-il normal?» Donner ou non naissance relevait davantage de ce que nous étions prêts à accepter comme situation. Passer d'un choix couperet à un choix de vie nous engageait plus au-delà de toute autre considération. Par conséquent, notre décision devenait une décision de parents: quel était le meilleur choix pour notre enfant? Cette montée en compétence parentale, les médecins auxquels nous avons eu à faire en sont indéniablement les artisans. Et pourtant chacun d'entre eux nous a répété depuis que c'est notre façon d'agir et de nous positionner autant que les résultats d'examens qui les ont en partie éclairés dans la conduite qu'il leur semblait juste d'adopter. Et c'est bien là ce qui demeure à jamais mystérieux dans la relation que nous avons eue les uns aux autres; il serait vain de chercher à ce mystère une clé qui n'existe pas, mais il nous paraît capital de témoigner de la façon dont nous avons, les médecins et nous, tout fait pour forcer la chance jusqu'à la délivrance.»

comment?» Les données statistiques, exprimées en pourcentages, sont des repères importants mais, au plan individuel, le résultat du calcul de probabilité est toujours 1 ou 0.

**Pour la mère, pour le père**
C'est toujours un drame. L'anomalie découverte ou simplement évoquée cause une blessure narcissique. C'est le cataclysme émotionnel qui est au premier plan. Et il n'y a pas de parallélisme entre fait organique et impact affectif [4]. Les images du pire font irruption. La rêverie peut être interrompue avec un risque culpabilisant de désinvestissement. La clarté nucale anormale est un exemple emblématique de l'incertitude liée aux signes d'appel. Ces processus peuvent générer des angoisses qui resteront gravées (même si tout se termine bien). Le détour obligé par un malheur potentiel, est un détour vécu dans une inquiétude et une souffrance bien réelles, dans l'invivable attente des examens qui permettront de conclure. Après coup, les parents font état d'une torture morale, véritable mise en parenthèses de leur histoire, pendant laquelle ils s'interdisent de penser à l'enfant, de faire des projets, sans parler des envies meurtrières d'en finir...

**Le fœtus objet ou sujet?**
Comment supposer un sujet chez un fœtus lorsqu'il est devenu à ce point-là objet de la médecine? Il faut comprendre la place que l'enfant occupe pour la mère. En effet, si la mère refuse l'enfant, à quoi l'enfant pourra-t-il se raccrocher pour se construire? Il est essentiel de transmettre à l'équipe la nécessité d'offrir à ces bébés une parole désirante [5]. Voilà probablement une ébauche de réponse à ce mystère dans la relation (cité plus haut): la psychologue avait sans doute réussi à faire circuler dans l'équipe un message positif de cette nature.

**Définir une éthique**
Pression médico-légale et respect des protocoles ne suffisent pas.

*«Soigner. Donner des soins, c'est aussi une politique, cela peut être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle, une attention exquise à la vie que l'on veille et que l'on surveille.»* Paul Valéry

Chaque échographie est une affaire d'annonce. Les échographies dites normales sont sans doute le meilleur terrain d'entraînement pour explorer les arrière-plans de l'annonce. La sécurité psychoaffective de la mère est aussi un enjeu d'une particulière gravité.

**Le malaise de l'échographiste**
Les étudiants en médecine sont élevés dans l'illusion de l'objectivité positive, dans la toute-puissance de la certitude, dans la proscription du doute et dans la mise à distance des émotions, écueils qui, dans le domaine périnatal, viennent affaiblir la qualité soignante des professionnels [6]. L'accueil bienveillant du questionnement parental est un enjeu majeur d'une prévention des dysharmonies interactives précoces entre parents et enfant. Trop souvent, les angoisses anticipatrices normales, légitimes, sont a priori perçues par les soignants comme les marques d'une agressivité pathologique. Ignorées, minimisées ou rejetées, ces marques de prévention et d'acuité parentales trouvent comme principal obstacle à leur maturation les mécanismes de fermeture défensive des professionnels eux-mêmes [7].
Le malaise de l'échographiste par rapport aux annonces est ambigu. Illusion d'y être pour quelque chose quand tout va bien. Sentiment de solitude, d'injustice de culpabilité quand ça va mal. Mais aussi mélange de satisfaction professionnelle et de performance. En cas d'anomalie, la satisfaction du chercheur est évidemment impossible à partager avec les parents. «*Ne criez pas comme ça,* implorait un praticien. *Je n'y suis pour rien (sic). J'essaie seulement de vous expliquer ce qu'il y a ...*».
Bien sûr, l'échographiste n'est pas responsable de l'anomalie qu'il découvre. Mais il doit en assumer, en quelque sorte, la paternité. Et, comme tout porteur de mauvaise nouvelle, il doit s'attendre à des retours d'incrédulité, de répulsion, voire de haine. Il lui faut utiliser le décalage temporel entre l'information (qu'il produit) et l'annonce (qu'il va en faire) pour se convaincre que l'interlocutrice a priorité sur l'information, et que le fœtus ne doit jamais être dévalorisé.

**Accepter les émotions**
Le praticien est soumis à une forte tension pour arriver à masquer ses sentiments. C'est uniquement la prise de conscience de cette tension qui lui permettra de la contrôler. C'est seulement en acceptant de baisser ses défenses que le praticien peut s'adapter à une situation nouvelle. C'est la seule façon d'espérer que les décisions seront plus ajustées aux besoins des patients qu'à ceux des soignants. (Winnicott)

**Le travail sur l'annonce**
C'est d'abord un travail sur l'annonceur car la personnalité du médecin détermine pratiquement seule son choix de la réponse (Balint). La variable sur laquelle l'échographiste a le plus de prise, c'est soi-même.

**Utiliser sa capacité négative**
D'abord se laisser affecter sans penser... pour ensuite penser ce qui nous affecte... et seulement, alors, pouvoir transmettre notre information... [8]. Nécessaire antidote aux préjugés, elle permet de donner voix à chacun (de ne pas parler à la place de l'autre), quelle que soit sa condition.

**Comment se préparer aux annonces?**
La préparation technique est de plus en plus structurée, mais elle n'aborde que de loin les mystères de la relation. Un travail personnel est donc nécessaire pour interroger sa vocation, sa pratique, développer sa capacité négative, accepter l'intersubjectivité, favoriser la circulation des informations. Il sera complété par un travail en groupe: collaboration en situation avec les psychologues, les pédiatres, consultations en binôme, organisation du carnet d'adresses, débriefing des cas difficiles au cours de réunions dédiées de type Balint.

**Animer des groupes de préparation pour les parents**
Dans le cadre de la préparation à la naissance, certaines maternités ont organisé depuis longtemps (Bluets, 1986) des groupes de discussion sur l'échographie et le diagnostic prénatal, animés une fois par mois par un(e) échographiste. Objectifs principaux: formation de l'animateur à l'écoute des patients qui peuvent raconter leurs préoccupations, expliquer la convergence des compétences, expliquer les progrès et limites des examens, parler de la vie fœtale, orienter au besoin vers un soutien psy individuel.

**S'aider de la narrativité, prologue de la communication**
Il s'agit de repérer, venant du patient, ce qui va lui permettre de soutenir son projet. Une étude américaine (Marvel) montre que le temps préliminaire laissé au patient pour raconter ses préoccupations est interrompu par le médecin après seulement 23 secondes (en moyenne) pour réorienter la discussion. Ce qui suggère que certaines inquiétudes n'auront pas pu être exprimées et que certaines informations importantes auront pu être manquées.

**Les arrière-plans sont imprédictibles.**
**Les yeux ont besoin d'oreilles.**
Une attention particulière aux arrière-plans est nécessaire pour chaque échographie. Les échographies les plus banales en apparence constituent le meilleur terrain pour développer cette attention. L'accueil bienveillant du questionnement parental devrait s'adresser autant au père qu'à la mère.
En acceptant de baisser ses défenses, l'échographiste devrait consentir à reconnaître sa vulnérabilité et ses limites, à laisser parler, à respecter l'intimité et à s'appuyer sur la créativité parentale dans la construction du lien.
La coopération des échographistes, des parents, avec les psys et les pédiatres, dans les démarches du diagnostic prénatal, est l'une des avancées les plus importantes de ces dernières années. Elle est bénéfique à tous les protagonistes. Et pas seulement dans les grossesses pathologiques.

**Die Hintergründe sind undurchschaubar.**
**Oder: Augen brauchen Ohren.**
Jeder Ultraschall verlangt im Hinblick auf die Motivation der Eltern besondere Aufmerksamkeit. Die empathische Befragung zur Motivation sollte sich dabei sowohl an die werdende Mutter als auch an den Vater richten.
Zuhören, die Intimität des Paares respektieren und sich dabei auf die Beziehung der werdenden Eltern abstützen, beleben und fördern den Kontakt. Die verstärkte Zusammenarbeit mit den Eltern, mit Kinderärztinnen und -ärzten sowie Psychologen, ist dabei eine der grossen Verbesserungen in der pränatalen Diagnostik. Davon profitieren alle Beteiligten.

**Références**


1 Developmental programming of early brain and behaviour development and mental health: a conceptual framework. Van den Bergh BR. Dev Med Child Neurol (2011).
2 Soulé M, et al (2011) L'échographie prénatale: promesses et vertiges. Erès, 2e ed (373p. et 2 DVD) http://did.asso.fr/a-l-aube-de-la-vie/117-lechographie-de-la-grossesse-les-enjeux-de-la-relation.html
3 Grassin M (2013). Concilier le diagnostic anténatal et l'incertitude, Rev. Méd. Périnat. 5: 155-159
4 Rajon AM (2007). Répercussions du diagnostic périnatal de malformation sur l'enfant et ses parents: approche métapsychologique à partir de l'étude longitudinale de 30 familles. La psychiatrie de l'enfant, Cairn info.
5 Vanier C (2009). Enfances & Psy n° 43 Les besoins psychiques du prématuré, Cairn info.
6 Alvarez L (2010). L'ombre des traumatismes périnatals sur les premiers liens. Psychiatrie de l'enfant.
7 Missonnier S (2012). Manuel de psychologie clinique de la périnatalité, Elsevier.
8 Soubieux M J (2009). Le berceau vide, Erès.


**Sites internet recommandés**

**www.psynem.org**/Rubriques/Perinatalite/Dossiers/Psy_en_maternite/Bluets (Psychanalyste en maternité)

**www.sonoworld.com/TheFetus/Home.aspx**
(Encyclopédie échographie fœtale, accès libre)

**www.bluets.org/spip.php?article11**
(Info-échographie Maternité Les Bluets)

**global.oup.com**/academic/product/narrative-medicine-9780195340228;jsessionid=4A9F4CC0475F7DAF373F6C63A701197E?cc=fr&lang=en& (R. Charon, Médecine narrative)

**www.psynem.org**/Rubriques/Perinatalite/Dossiers/Consentement_mutuellement_eclaire