

# Impacts psychiques lors d'une annonce à l'échographie

PAR **DOMINIQUE MERG-ESSADI**, PSYCHOLOGUE, PÔLE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ET DE SÉNOLOGIE, HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG

*Nous allons nous intéresser à ce qui se joue sur le plan psychique lors de l'annonce d'une anomalie du fœtus avant la naissance. Plus précisément, nous allons analyser les possibles effets d'une annonce lors d'un examen échographique.*

*Pour commencer, nous allons explorer comment les femmes enceintes perçoivent cet examen et interroger ce qu'il en est de la place que peut prendre l'attitude de l'échographe, ainsi que de ses propres bouleversements, puisque c'est à des professionnels du suivi de grossesse, de la physiologie et de l'accompagnement de la naissance que nous nous adressons.*

*Puis, nous allons relier à ce que nous savons aujourd'hui des processus psychiques du devenir parent, et les possibles interférences entre construction psychique, accès à l'échographie prénatale et annonce d'une anomalie. Cela nous amènera à développer ce qu'il en est des enjeux narcissiques dans l'attente d'un enfant, et d'apporter ainsi un éclairage sur ce qui peut se jouer sur le plan psychique lors de l'annonce d'une anomalie avant la naissance.*

## LA FEMME ENCEINTE, SES REPRÉSENTATIONS, SES PROJECTIONS

Le bébé est déjà pensé, rêvé, décrit, avant même d'être exploré physiquement grâce à la sonde échographique. Sur le plan psychique, les attentes que l'on a de lui, les espoirs le portent.

Les visions que ses futurs parents peuvent avoir de lui sont imaginaires, sont liées à leurs souhaits mais aussi à leurs craintes. On peut considérer qu'avant l'accès à l'échographie, les parents seraient dans une bulle où ils ne développent que leurs projections.

Sophie de Mijolla-Mellor<sup>1</sup>, psychanalyste, repère dans cet accès aux images d'un être en développement « *le caractère proprement monstrueux, au sens du prodige, mais aussi de l'inquiétante étrangeté, que constitue la représentation de l'humain* ». C'est-à-dire que l'idée même de pouvoir voir ce côté caché, voire sacré de la vie qui germe, allie pulsion de vie et pulsion de mort.

Voir par anticipation son propre enfant et y chercher des traits de ses propres ancêtres relève du concept d'inquiétante étrangeté tel qu'il a été conceptualisé par Freud. L'image intrinsèquement fait associer à la mort.

L'illusion d'un accès au réel par l'échographie pourrait venir faire effraction dans une période où la construction des représentations de l'enfant est encore principalement imaginaire<sup>2</sup>.

## **L'idée même de pouvoir voir ce côté caché, voire sacré de la vie qui germe allie pulsion de vie et pulsion de mort.**

La théorie d'une interruption des rêveries parentales par l'échographie a été défendue par Michel Soulé<sup>3</sup>, pédo-psychiatre psychanalyste dans les années 90. Il a qualifié l'échographie d'IVF, soit *Interruption Volontaire de Fantasme*. Les théories psychanalytiques insistant sur la construction psychique de l'enfant par le bain de langage et de rêveries qui le précèdent et accompagnent son développement, cet accès nouveau à des éléments du réel allait interférer avec la construction fantasmatique. L'accès au réel viendrait empêcher les constructions imaginaires nécessaires à la reconnaissance de l'enfant comme sujet.

Des travaux ultérieurs, notamment d'Anne Courvoisier<sup>4</sup>, ont repris cette idée d'une interruption du travail imaginaire, mais en limitant l'interruption de fantasme à un temps défini juste autour du moment de l'examen d'échographie. Ainsi, durant le temps où l'opérateur fait entrer dans une dimension objective par ses descriptions, la femme serait dans un mode de perception rationnel qui se modifierait peu après pour revenir à une perception plus subjective de l'enfant et de ce qu'il représente.

Quelques années plus tard, Michel Soulé remettra en question sa théorie d'IVF, pour développer celle de l'image échographique comme surface de projection. Plus précisément, il fera le parallèle entre l'image d'échographie avec ses zones plus ou moins déchiffrables et les fameuses taches d'encre du test projectif de Rorschach. Les réponses analysées servent à évaluer les traits de personnalité qui organisent la personnalité du sujet. En fait, cela confirme que chacune s'attachera à tel ou tel élément, en fonction de sa personnalité certainement, de son référentiel, ce qui importe pour elle ou non, mais aussi de ses espoirs et de ses craintes.

Pour autant, l'image révélée par l'échographie n'est pas le réel mais une reconstruction, voire une interprétation de

1. Mijolla-Mellor S. (2009), « *L'enfant idéal n'existe pas* », Recherches en Psychanalyse, n° 8, p. 221-227.
2. Merg D. & Bader C. (2005), *Le vécu parental de l'image échographique du fœtus*, Revue des sciences sociales, Strasbourg, Université Marc Bloch, n° 34, pp. 52-61.
3. Soulé M. (1999), « *Écoute voir... l'échographie de la grossesse* », Toulouse, Eres.
4. Courvoisier A. (1985), *Échographie obstétricale et fantasmes*, Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'adolescent, 22, 2-3, pp. 103-106.

celui-ci. L'image reste une interface qui dévoile une partie de l'anatomie du fœtus, sans le révéler totalement. L'accès à ces fragments est un terreau pouvant nourrir l'imaginaire. Les révélations pourront aller dans le sens de ce qui est attendu, fournir des informations nouvelles ou rencontrer ce qui est redouté. Avant de développer ces aspects plus avant, voyons en quoi le professionnel de santé pourrait interférer.

### LE PROFESSIONNEL, MÉDIATEUR ENTRE L'IMAGE ET LES REPRÉSENTATIONS

D'entrée de jeu, la femme enceinte n'a ni le même objectif, ni le même niveau d'interprétation que l'échographiste lorsqu'elle vient pour « son » échographie.

Un écart sépare la femme arrivant avec son lot d'imaginaires et l'échographiste chargé de la responsabilité de réaliser au mieux un bilan très précis, suivant un protocole défini. Luc Gourand<sup>5</sup>, médecin obstétricien échographiste, a listé les différences opposant la patiente et l'échographiste lors de l'examen. Entre imaginaire et réalité, passivité et activité, attente d'être assurée d'avoir un beau bébé en bonne santé/procède à un examen morphologique minutieux de l'enfant en tant que patient; guette des ressemblances familiales chez ce bébé/recherche d'éléments diagnostic anormaux éventuels; attente de garantie de normalité/objective les éléments visualisables en temps réel. Ainsi, Luc Gourand qualifie le moment de l'échographie à partir de cette liste de différences d'appréciation, de « possible malentendu ».

Là aussi, des propos *a priori* similaires sur la description de l'état de santé de l'enfant *in utero* n'auront pas le même impact chez chacune.

Faudrait-il, pour éviter tout risque de générer de l'anxiété, ne rien dire? Mais ne risquerait-on pas, en ne donnant aucun commentaire, de laisser place aux interprétations anxiogènes des images brutes, comme l'a analysé Serge Tisseron<sup>6</sup>, psychanalyste spécialisé dans l'image?

Certes, l'idée d'une « asepsie verbale » évite des interprétations erronées et permet de recentrer sur le but de l'examen. Pour autant, ne donner aucun commentaire, ce qui est différent, risque de générer de l'anxiété. Celle-ci peut venir résonner avec l'histoire du sujet. Dans d'autres cas, certaines patientes viennent juste pour recevoir une ou l'autre information, sans éprouver d'inquiétude préalable. Ne rien dire serait une violence dans une élaboration psychique en cours.

En effet, les propos de l'échographiste apparaissent comme un support aidant à métaboliser les informations apportées

par l'échographie. Sylvain Missonnier<sup>7</sup> a repéré dans la faculté de décodage des images de l'échographiste et ses capacités à transmettre des informations claires et accessibles à la future mère la « capacité de rêverie maternelle » telle qu'elle a été théorisée par Alfred Bion. Il s'agit de rendre métabolisable des éléments *alpha*, à l'état brut, en éléments *Beta*, qui peuvent alors être intégrés, prendre sens.

Le professionnel joue un rôle de médiateur entre l'image échographique et les parents. En effet, si des projections sur l'image sont possibles de la part des parents, il est nécessaire pour décrypter les subtilités de l'échographie que l'échographiste en soit le traducteur. Cette place particulière pour l'échographiste n'est pas neutre non plus.

Ainsi, comme l'évoque Paul Denis<sup>8</sup> : « lorsque le pédiatre, le psychiatre d'enfant, l'échographiste parlent à une mère en lui expliquant un certain nombre de choses, ils se constituent en médiateurs, de chair et d'os, entre elle et l'information qui va la toucher : l'information est donnée dans un cadre relationnel. Si rien n'est dit et si l'image est simplement présentée, de façon directe, toute médiation disparaît et le risque d'effet traumatique est plus grand ».

Le professionnel peut ainsi avoir un rôle d'étalement ou de contenant pour la mère ou le père en limitant les effets traumatiques d'une image incomprise. Paul Denis explique cet effet traumatique par le fait d'apporter « d'un seul coup une masse d'informations considérable qui prend à contre-pied l'organisation précédente [...] d'un autre côté elle peut être organisatrice dans la mesure où elle donne prise à un investissement immédiat dont la valeur organisatrice peut être précieuse »<sup>9</sup>. Donc, toute l'importance de la relation réside dans le côté organisateur ou au contraire désorganisateur de la rencontre et surtout de la présentation de l'image.

Il est donc important d'apporter en plus de l'image des commentaires, des apports d'information dans cet objectif-là.

Pour concilier l'examen échographique et les commentaires en temps réel il apparaît indispensable de formaliser avant l'examen un cadrage des objectifs de cet examen et des étapes de son déroulement.

### POSSIBLES INTERFÉRENCES DE L'ÉCHOGRAPHIE SUR LA CONSTRUCTION PSYCHIQUE PARENTALE

Durant ces dernières années, la psychanalyse a fourni un important cadre de référence à l'étude de la grossesse. Françoise Cailleux<sup>10</sup>, psychologue, l'a synthétisé dans son article intitulé « Percer le secret de la grossesse : de la transpa-

5. Gourand L. (1998), *Place de l'échographie dans le diagnostic prénatal*, Le carnet Psy, 1998, 35, p. 17-21.

6. Tisseron S. (1995), *Psychanalyse de l'image*, Paris, Dunod.

7. Missonnier S. (2001), Une étoile monstrueuse dans la constellation maternelle? Les représentations d'anomalies fœtales pendant la grossesse, in D. Brun (dir.).

8. Michel Soulé (1999), « Écouter, voir... l'échographie de la grossesse », p. 66.

9. Ibid, p. 139.

10. Cailleux F. (2009), « Percer le secret de la grossesse : de la transparence du corps à la transparence psychique », Cahier de psychologie clinique, n° 32, p. 75-87.

11. Merg D. (2006), *Illustration de la rencontre entre les images médicales et les imaginaires d'enfant au cours du devenir mère*, Séminaire Ouverture professionnelle, Master 2 recherche, 14 décembre 2006, Université de Strasbourg.

12. De Mijolla-Mellor S. (2009), « L'enfant idéal n'existe pas », Recherches en

Psychanalyse, n° 8, p. 221-227.

13. Soubieux M. J. (1999), *Œil du dehors, œil du dedans*, in Soulé M. (dir.), p. 113-131.

14. Torok M., Abraham N. (1987), « L'écorce et le noyau », Flammarion.

15. Merg D. (2001), *Étude clinique des répercussions psychiques maternelles suite à l'annonce d'une anomalie visible de l'enfant : contribution de la périnatalité au mécanisme de l'inquiétante étrangeté*, thèse de doctorat.

16. Catherine Allamel-Raffin, Dominique Merg-Essadi, Jean-Christophe Weber, Thierry Rusterholtz & Isabelle Pons (2008), *Le fœtus dans l'acte d'IMG : un statut à géométrie variable*, Revue des Sciences Sociales, Strasbourg, Université Marc Bloch, 39, pp. 126-134.58. Legendre E., B. Lhommeau et J. Vincent, 2016, « Le congé de paternité : un droit exercé par sept pères sur dix », Études et Résultats, n° 0997, Drees.

rence du corps à la transparence psychique ». Elle a rendu aux peintres et aux poètes, la primauté de ce qui a été étudié et rapporté par les analystes.

Pour les parents, mais également l'entourage et la société, l'enfant existe sur différents plans. Ainsi, bien avant la naissance se construit pour les parents un rapport à un enfant imaginaire. Cet enfant émerge des fantasmes des parents, de leurs histoires et vécus personnels. L'enfant est en quelque sorte façonné à leur image au gré des désirs conscients ou non.

Nous avons analysé les représentations parentales de l'image de l'enfant avant sa naissance lors d'une étude antérieure<sup>11</sup>. Les résultats font état d'une double fonction de l'image échographique : d'une part elle objective l'existence de l'enfant et d'autre part elle offre support à la subjectivité parentale. La part de la subjectivité est aujourd'hui dominante et contribue à la dimension affective des images de l'enfant à naître.

Quels peuvent être les effets de cette rencontre précoce avec l'enfant réel ? Que se passe-t-il par exemple quand l'enfant réel s'éloigne « beaucoup » de l'enfant imaginaire, par exemple à l'annonce d'une anomalie ?

Sophie de Mijolla-Mellor dans son article « *L'enfant idéal*

n'existe pas »<sup>12</sup> nous fait remarquer que « *La femme enceinte n'aurait pas de représentation inconsciente du fœtus ou de l'embryon qui grandit dans son ventre* », en revanche, « *les rêves des femmes enceintes commencent le plus souvent par : « mon bébé était né », voire représentent un bébé de quelques mois ou un petit enfant* ». Ainsi, l'auteur explique par là qu'une révélation d'une anomalie de l'enfant à un stade de développement précoce peut mettre un frein à cette construction de l'enfant idéal, ou au contraire réactiver son investissement, par réaction de réparation, assortie d'une culpabilité.

De plus, en autorisant la profanation par l'accès aux images de l'enfant à naître, la femme peut se sentir coupable et vivre l'annonce de cette anomalie comme une punition pour avoir enfreint un interdit selon Marie-José Soubieux<sup>13</sup>. Nous retrouvons différentes formes de culpabilité dans la clinique, qu'elles soient reliées à la question des origines fait que cela échappe au conscient, et l'on peut aussi culpabiliser d'une faute « héritée », car elle concerne nos ascendants<sup>14</sup>.

Afin d'aborder différents aspects des répercussions psychiques de l'annonce d'une anomalie, nous allons présenter deux vignettes cliniques.

## VIGNETTE CLINIQUE

## MADAME U. OU LA PARENTALITÉ PRÉMATURÉE

MADAME U, BIBLIOTHÉCAIRE, 28 ans, en union libre depuis deux ans, conjoint souvent à l'étranger pour missions, demande un entretien suite à l'annonce d'un *laparoschisis*.

**19 SA** → Révélation d'un *laparoschisis* lors de l'échographie morphologique. Le conjoint est présent, ne parle pas bien le français. Madame lui traduit les informations données par la sage-femme puis par le médecin.

**20 SA** → Premier entretien, recommandé par la sage-femme. Madame est souriante. À partir de la narration de son histoire personnelle, du projet de grossesse, elle s'enthousiasme de découvrir qu'elle est dorénavant considérée « comme une maman ». Venant pour les examens recommandés pendant la grossesse, Madame se vivait comme « une femme enceinte ». Or, depuis cette échographie où les professionnels ont diagnostiqué et décrit l'anomalie dont le fœtus est atteint, ils s'adressent à elle, non plus comme la patiente Madame U, mais comme la mère du petit qui est dans son ventre.

Déjà, lors de cet examen, la sage-femme a demandé au couple s'ils souhaitaient connaître le sexe du « bébé » ?

Cette question a été émouvante et ils ont dit oui rapidement. Ce n'est que dans un second temps que la sage-femme leur a annoncé qu'il y avait une image à réexaminer avec le médecin, difficile à identifier, au niveau de la paroi intestinale de « leur petit garçon ». Enfin, le troisième temps a été de décrire ce qui pouvait être vu, puis de nommer de quelle particularité il s'agissait.

Cette appellation « humanisante » a pu inscrire cet enfant porteur d'une anomalie comme un sujet humain, là où pourrait surgir une image « monstrueuse ». Par ailleurs, l'enfant n'étant pas

encore investi en tant que tel à ce stade de la grossesse pour Madame U, il aurait pu y avoir une entrée dans la culpabilité sans ce préalable.

**22 SA** → Madame dit que médicalement les médecins avaient apporté des réponses aux questions qui sont venues dans un premier temps. Elle a un rendez-vous avec le chirurgien pédiatre, auquel elle prévoit de se rendre sans le conjoint, ce dernier, confiant, préférant réserver ses congés pour l'après-naissance.

Madame dit être également confiante en l'équipe médicale. Autant elle était jusque-là une femme enceinte fière de continuer son activité professionnelle et ses activités personnelles, autant depuis qu'elle est devenue dans le discours des soignants « Madame U., la maman du petit qui a un laparoschisis » elle réalise qu'elle va être mère. Ses questions concernent les aspects pratiques de l'hospitalisation du bébé, elle et son conjoint lui ont donné un prénom de grossesse, afin de parler de lui comme d'un enfant attendu, sans toutefois lui choisir son prénom définitif.

Madame continuera les entretiens tout au long de la grossesse, élaborant l'attente de son enfant, sa position de mère, et ses liens avec la ville où elle et son conjoint ont choisi de démarrer « leur lignée ».

Madame donnera un sens à cette anomalie au niveau de l'ombilic, comme une nouvelle origine du monde, une concrétisation de la rencontre de deux cultures.

Il a pu se dire des choses sur des attitudes infantilisantes et souvent autoritaires de ses propres parents à son égard, en opposition à la posture respectueuse et bienveillante des soignants. « *Les bonnes fées de l'hôpital universitaire* ».

Cette vignette nous enseigne un possible effet d'anticipation du processus psychique de parentalité par l'annonce d'une anomalie à l'échographie.

L'échographie elle-même pourrait avoir, certaines fois cet effet, bien que le plus souvent ce soit la perception des mouvements du fœtus qui aident au passage de « l'être enceinte » à « porter un enfant »<sup>15</sup>.

*A contrario*, ne négligeons pas que l'accès à l'annonce d'une anomalie peut aussi, dans certaines situations, empêcher l'investissement, voire modifier le statut de l'enfant à naître, comme nous avons pu l'observer<sup>16</sup>.

Elle nous conforte aussi dans la pratique des paroles bienveillantes, du vocabulaire humanisant, qui réifient le fœtus et contiennent le processus psychique de parentalité.

## MADAME D. OU L'IDENTIFICATION AU FŒTUS

MADAME D., JURISTE, 38 ans, mariée depuis un an, première grossesse, demande d'entretien suite à une annonce de Trisomie 21.

**18 SA** → Consulte pour l'échographie morphologique. Le médecin échographiste l'informe de la bonne évolution de la grossesse, et lui fait part d'un diagnostic de Communication Auriculo Ventriculaire visible à l'examen d'échographie, et appelant à faire d'autres investigations.

**19 SA** → Choriocentèse.

**20 SA** → Le résultat est annoncé: XY T21 en présence de Madame, sa belle-sœur et une amie psychologue. Madame est au bord du malaise, sidérée. Le médecin propose de rencontrer le couple dans un second temps.

**20 SA** → **Premier entretien** à la demande de Madame, déjà en psychothérapie par ailleurs pour anxiété.

Madame vient seule, se dit effarée par ce diagnostic qui lui avait été impossible d'imaginer. Il lui est impossible d'élever un enfant qui ne pourra pas accéder à une « *qualité de vie* ». Elle-même s'est extraite d'un milieu familial dit « *sans amour* » voire « *maltraitant* » par l'accès aux études supérieures. Monsieur, universitaire brillant, cultivé, n'est pas favorable à la demande d'IMG formulée par Madame. Tous deux sont croyants pratiquants de religion musulmane.

Madame se plaint de l'examen échographique ayant permis de révéler l'anomalie cardiaque qui a évoqué la probabilité d'une anomalie chromosomique associée. La scène de l'examen est décrite comme « *une intrusion brutale, violente* ». Dans son souvenir, l'échographiste aurait appuyé la sonde avec force. Madame mime

le geste se saisissant des deux mains « *pour appuyer encore plus fort* », jusqu'à lui « *faire mal* ». La patiente projette probablement sur l'échographiste la violence qu'elle a ressentie en elle.

**21 SA** → **Deuxième entretien**. Madame a rencontré la généticienne, elle rapporte qu'il s'agit d'une T21 libre et homogène « *non transmise par les parents* ». Madame insiste sur le fait que « *la compatibilité entre elle et son conjoint* » n'est pas en cause ici.

Or, justement, Monsieur n'approuve pas la décision de son épouse d'avoir recours à une interruption médicale de grossesse. Il respecte ce choix, bien qu'il lui coûte de perdre son premier fils (il est père par ailleurs de deux filles adolescentes). Madame se plaindra à plusieurs reprises du manque de soutien de la part de son conjoint, pour cet événement comme pour des situations du quotidien.

Madame continuera les entretiens, avec déplacement de la haine contre l'échographiste vers différentes femmes de son entourage et propensions à l'interprétation de nombre de propos ou de comportements comme des agressions.

Un apaisement a été possible par « *la reconnaissance de son enfant* » comme son fils auprès d'un groupe de pairs, des parents endeuillés. Son histoire peut dorénavant se dérouler sans le cortège émotionnel bruyant de sa douleur.

Le sens de cette naissance sera vécu comme une preuve de la possibilité de son couple à surmonter une épreuve.

L'anxiété, antérieure à son état de grossesse, accompagne toujours les événements de l'équipe où elle a été prise en charge pour son interruption médicale de grossesse.

Cette vignette nous enseigne l'effet de sidération, puis de déni suite à une annonce, soit un travail d'acceptation psychique qui se déclenche lors de la perte d'un être cher, ici de l'objet d'investissement. Nous repérons aussi l'identification au fœtus, les projections, ainsi que les mouvements de déplacement amour-haine.

Nous allons développer plus précisément ce qui se joue sur le plan psychique.

## BOULEVERSEMENTS PSYCHIQUES

L'annonce d'une anomalie va entraîner, indifféremment de la gravité du diagnostic, une douleur psychique intense.

« *La douleur est un affect qui échappe à la pensée, dernier rempart contre la folie et la mort. Mais la douleur est aussi la manifestation extérieure d'une pulsion extérieure refoulée* »<sup>17</sup>.

L'annonce d'une anomalie, avec ou non probabilité d'un handicap, peut avoir dans certains cas les mêmes effets que l'annonce de la mort du nouveau-né.

L'annonce d'une anomalie entraîne aussi une « *blessure narcissique* » Il s'agit d'une effraction dans le mode d'investissement libidinal de la mère qui constitue un processus de devenir parent<sup>18</sup>. Cette blessure a donc un retentissement sur le processus de parentalité.

17. Nasio JD. (2005), *La douleur d'aimer*. Paris : Payot, « Petite Bibliothèque ».

18. Merg D. (1998), *Anomalie congénitale visible et identité maternelle*, Le Journal des Psychologues, 1998, 155, p. 14-15.

19. Bydlowski M. (1998), *Transparence de la grossesse et dette de vie*, in Dugnat M., *Devenir père, devenir mère*, 1998, Paris, Erès, p. 75-81.

Monique Bydlowski<sup>19</sup> nous dit que « *la grossesse est donc ce moment privilégié de transparence psychique au cours duquel peut s'opérer une sorte d'alliance thérapeutique avec le narcissisme maternel. Cette alliance favorisera le dévoilement de fantasmes et de souvenirs ordinairement refoulés dont on sait aujourd'hui combien ils pourront peser sur l'enfant qui grandit. Partagés avec le thérapeute, tel souvenir chargé d'affect, tel fantasme invasif perdront leur charge émotionnelle. Elle se dissoudra au fil des entretiens, favorisant ainsi une plus grande disponibilité de la jeune mère envers son nouveau-né. En s'adressant au narcissisme maternel, il suffit ainsi, souvent, pour restaurer l'enfant qu'elle porte, de réparer celui qu'elle a été.* »

La grossesse et surtout la venue d'un enfant bouleversent la filiation. Avant le premier enfant, le couple se trouve encore dans une place d'enfant vis-à-vis de leurs parents, mais la grossesse et la naissance d'un enfant vient bouleverser cet ordre nécessitant des bascules : l'enfant devient parent pour laisser la place à l'enfant, les parents deviennent grands-parents pour laisser la place à leur enfant, etc.

La venue d'un enfant peut amener l'homme et la femme à retraverser des questions en rapport au narcissisme primaire qui renvoie à leurs propres investissements respectifs de leur place initiale d'enfant. Mais également au narcissisme secondaire, c'est-à-dire l'étape suivante au cours de laquelle le bébé investit sa propre personne en fonction de l'investissement précédent. Ces enjeux narcissiques viennent se rejouer en lien avec l'investissement possible pour l'enfant à venir, en lien avec les relations précoces qu'ont vécu les parents.

Ces enjeux seront probablement encore plus prégnants chez les femmes seules, qui ne vivent pas d'interrelations avec les perceptions propres au conjoint et son entourage.

Les enjeux narcissiques en rapport avec l'échographie peuvent prendre différentes directions. Ainsi, les parents peuvent chercher à se retrouver dans l'image du fœtus, c'est une manière d'investir cet enfant en devenir, par ressemblance aux parents. L'enfant est alors la continuité de son parent, voire la possibilité d'accomplir des choses que, lui, n'a pas réussies, accomplir ses rêves et combler d'éventuels manquements.

Plus concrètement, Luc Gourand<sup>20</sup> explique : « Pour construire leur projet, les parents ont besoin de croire à leur capacité à devenir parents. Ils ont besoin de faire confiance à l'aptitude de leur enfant à se développer ». D'une certaine manière cela peut vouloir dire que les parents doivent se percevoir et investir leur rôle de parents comme étant « suffisamment bon » pour pouvoir donner l'espace de liberté possible à l'enfant de se développer. Pour percevoir l'enfant comme un bon objet, les parents eux-mêmes doivent se percevoir comme tel.

La relation à l'enfant est donc en quelque sorte un miroir de la relation d'un parent à lui-même.

Par l'identification, la qualité imaginaire s'efface au profit de « l'être comme l'objet », c'est-à-dire que l'identification supprime la distance séparatrice entre l'objet perçu ou représenté et le Moi. L'identification n'est pas qu'aliénante, elle est structurante, c'est ce qui spécifie le rapport mère-enfant. C'est ce que Winnicott<sup>21</sup> a conceptualisé sous les termes de « Préoccupation Maternelle Primaire ».

Sophie de Mijolla-Mellor parle notamment du fait que l'embryon en lui-même constitue une anomalie : « L'anormalité est là tout entière, en ce sens que notre image narcissique ne saurait se plier à abandonner ainsi son aspect et ses contours pour s'identifier à un embryon en forme de haricot ou à ces apparences de créatures issues d'une préhistoire aquatique que l'on verrait plus volontiers dans un bocal que dans son propre ventre »<sup>22</sup>.

Mais cela donne lieu, selon elle, à une « idéalisation ». Et de la même manière, même quand une anomalie de l'embryon est présente, cela n'amène pas inéluctablement à un désinvestissement, au contraire il peut y avoir surinvestissement qui résulterait d'une tentative de la mère de compenser « sa culpabilité d'avoir mis au monde un anormal par la qualité de « mère idéale » à laquelle elle s'astreint »<sup>23</sup>.

Sylvain Missonnier<sup>24</sup> souligne la présence de l'angoisse signal, un paradigme anticipatif présent lors du processus de

parentalité. L'anticipation est un des mécanismes de défense adaptative du moi. Ainsi peut s'articuler parfois un équilibre psychique angoisse/anticipation.

Quelle différence avec l'anxiété ? L'anxiété, dérivée du latin *anxietas*, signifie une « disposition naturelle à l'inquiétude »<sup>25</sup>. Il s'agit d'une dérégulation émotionnelle plus fréquente au cours de la période de la grossesse. Un état psychologique dans lequel la personne peut identifier et justifier l'objet. Les signes de l'anxiété peuvent se rapprocher de signes d'angoisse mais avec une intensité beaucoup moins forte. L'anxiété d'objet se développe dans la conscience et sa source est souvent alimentée par le changement.

La période de grossesse est souvent comparée à l'état de « l'inquiétante étrangeté ». Cette notion fait écho à la période de la vie psychique dont l'évolution du sentiment du moi dont le moi n'était pas encore bien délimité par rapport au monde extérieure et l'autrui. Cela caractérise la vie *in utero* et le vécu de la femme enceinte. Cette impression est dérivée de la vie psychique infantile et produite par la répétition de l'identique (l'enfant dans le ventre qui est une partie de moi).

Cependant, si la patiente a déjà fantasmé (imaginé, rêvé, redouté) d'avoir un enfant anormal elle peut vivre un épisode de bouleversement psychique pouvant aller jusqu'à une décompensation en l'absence d'élaboration. En effet, le fantasme fait partie de la vie psychique du sujet. Il peut s'exprimer de façon consciente (rêverie) mais aussi inconscient qu'une très grande partie anime la vie psychique du sujet. Ces éléments inconscients ne restent pas accessibles à la conscience du sujet et sont alimentés par le désir. Cela a une fonction de protection pour le sujet contre le réel. Ici le réel est représenté par l'annonce d'anomalie et peut être traumatique pour le sujet vu qu'il n'a plus de barrière entre le fantasme et la réalité.

## COMMENT S'AJUSTER POUR TENDRE VERS « UNE BONNE PRATIQUE » ?

La réactivité sera dépendante du sujet, de sa structure, de son histoire. Pour autant, l'expérience clinique, l'écoute des bouleversements des parents et les apports des théories psychanalytiques nous permettent de suggérer quelques moyens d'aborder une annonce diagnostique avant la naissance.

Une mauvaise nouvelle à laquelle on ne peut pas être préparé va entraîner un temps de sidération durant lequel le patient (ici la femme enceinte et son conjoint) devient sourd aux informations. L'annonce bouscule représentations conscientes et attentes. Aussi, pour le professionnel, il sera nécessaire de reprendre les informations en plusieurs temps.

Ainsi, M. Carpentier<sup>26</sup> récapitule la réception d'une information en trois temps :

- ① Le premier est celui de l'attente partielle de ce qui est à transmettre.
- ② Le second est celui qu'il faut au moi pour réaliser ce qu'il a entendu, le temps de changer de cadre, de lieu, d'espace et de temps, pour laisser l'inconscient réagir et le moi percevoir. Là, deux cas de figure : soit l'inconscient avait déjà enregistré quelques éléments qui vont dans le même sens, alors restera le temps de réaliser ce que l'information veut dire et ce qu'elle entraîne dans l'imaginaire. Soit aucun élément dans l'inconscient ne

20. Gourand L. (1997), *L'échographie à sa juste mesure*, L'école des parents, 12, p. 30-33.

21. Winnicott D.W. (1969), « La préoccupation maternelle primaire » in De la pédiatrie à la psychanalyse Payot, Paris, 1969, p. 168-174.

22. Ibid, p. 221-227.

23. Ibid, p. 221-227.

24. Missonnier S. (2015), « L'avenir présent de l'anticipation » in La consultation thérapeutique périnatale. Un psychologue à la maternité, Eres 2015, p. 81-111.

25. Kapsambelis V. (2007), « L'angoisse », in Que sais-je ? Paris, PUF, 2007.

26. Carpentier M. (2009), « Un enjeu face à l'annonce du diagnostic en périnatalité : La douleur d'avoir un enfant handicapé », L'information Psychiatrique, n° 85, p. 439-445.

s'attendait à une telle annonce, aucun élément préalable n'a été perçu et là, l'inconscient enregistre mais le moi se défend et ne veut rien savoir. Le moi se tétanise, témoin d'une douleur dont le sujet ne peut rien dire. Le refoulement va empêcher l'information d'accéder au conscient. C'est un moyen de protection du moi face à l'apparition d'une douleur ancienne inconsciente.

- ③ Le troisième temps est celui où le médecin revoit le couple lorsqu'il a réalisé ce qui était en train de se dire, que le moi est suffisamment prêt à recevoir l'annonce. Alors les parents auront des questions, et seront aussi psychiquement disponibles pour reprendre le déroulement de ce qui leur arrive.

L'échographiste est exposé, sur le plan de ses responsabilités médico-légales, dans la relation avec la patiente, et par la portée des informations qu'il sera amené à délivrer s'il repère des anomalies. Les professionnels aussi peuvent traverser des temps de défense psychiques qui rendent compliquée l'objectivation d'une anomalie lors de l'examen d'une patiente pour laquelle une relation empathique s'est développée.

Une analyse des échanges lors des consultations<sup>27</sup> montre l'importance des contraintes temporelles et émotionnelles qui pèsent sur la communication. Dans une consultation programmée pour durer 30 minutes, l'opérateur doit à la fois demander des renseignements sur la grossesse pour remplir un dossier et faire plusieurs séries de mesures au dixième de millimètre près sur un fœtus qui mesure quelques centimètres, en ayant les yeux rivés sur l'écran. Il doit également rédiger un compte rendu d'examen. Dans ces conditions, l'opérateur prend l'initiative de la plupart des interactions verbales et les réponses de la femme enceinte doivent être courtes. La communication autour du dépistage est également entravée par des contraintes émotionnelles qui résultent de la mise en œuvre du dispositif sociotechnique pour respecter les normes de qualité de l'échographie.

De nombreux praticiens s'interrogent sur leur pratique. Et notamment sur la manière d'appliquer au mieux ce devoir d'information imposé par la loi de 2002. « *Nous sommes pris en tenailles entre l'obligation d'informer le plus complètement possible et la crainte que ces informations ne bouleversent les parents* », témoigne Roger Bessis<sup>28</sup>. Cette tension est d'autant plus prégnante pour l'activité en libéral. Lorsque le praticien connaît bien sa patiente, qu'il a une relation privilégiée de longue date, il peut être lui-même particulièrement affecté d'avoir à lui annoncer une mauvaise nouvelle. Certains rapportent s'être surpris à répéter l'examen plus que nécessaire, avec l'espoir de ne pas retrouver l'anomalie diagnostiquée. Cette forme de déni transitoire de l'échographiste témoigne d'impacts psychiques probables également du côté de l'échographiste.

Une étude<sup>29</sup> montre que les sages-femmes libérales pratiquent les échographies de dépistage conformément à la

27. Champenois-Rousseau, Vassy, (2014), *Comment le risque devient une évidence : praticiens, femmes enceintes et dépistage prénatal de la trisomie 21*, p. 121-136.

28. Hoffner A.B (2006), *Malaise dans le dépistage prénatal*, La Croix.

29. Helvig A.D. (2007), *Être sage-femme échographiste en libéral*, Mémoire.

30. Bydlowski M. (1978), *Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient*. Psychanalyse à l'université, 1978, 4, 13, p. 59-92.

### **Nous sommes pris en tenailles entre l'obligation d'informer le plus complètement possible et la crainte que ces informations ne bouleversent les parents.**

législation : elles gardent une certaine asepsie verbale lors de la suspicion d'une pathologie et adressent la patiente à un médecin référent. C'est lui qui portera le diagnostic de l'anomalie et l'annoncera au couple.

Les femmes enceintes entendent bien qu'il y a une suspicion, et là encore, selon leur structure, ce sont leurs propres mécanismes d'adaptation qui seront mis en mouvement.

### **CONCLUSION**

La grossesse est une expérience unique propre à la vie d'une femme, un moment particulier doublé de remaniements psychiques importants.

Chaque parent porte dans son inconscient un enfant fantasmatique issu de son enfance.

L'enfant est conçu plus tardivement, après plus de réflexions et de projets. Il est aussi accueilli plus précocement comme personne, comme être distinct de sa mère bien qu'encore physiquement contenu en elle.

L'échographie apporte une surface de médiation entre l'enfant imaginaire, l'enfant réel, le professionnel et chacun des parents en devenir. L'image échographique ne supprime pas le fantasme de l'enfant imaginaire, fruit du désir de grossesse.

Le temps de l'échographie est un temps de rencontre entre les parents, l'enfant et l'échographiste.

L'annonce d'une anomalie entraîne des bouleversements psychiques divers selon la structuration initiale du sujet. Le développement d'une angoisse est dépendant de la capacité d'élaboration psychique des parents à métaboliser le message transmis, de leurs représentations conscientes et inconscientes « réveillées » lors d'une annonce. Cette angoisse peut se relever de l'anticipation adaptée ou traumatique.

Les parents sont confrontés à la violence du « réel dit ». Nous rappelons avec M. Bydlowski<sup>30</sup> combien la grossesse est une période de la vie de femme plus propice aux angoisses du fait d'une levée du refoulement habituellement protecteur.

L'échographiste aussi est exposé aux mouvements psychiques associés à la survenue d'une anomalie. Sa propre sensibilité, son expérience et sa relation à la patiente vont interférer dans sa manière de délivrer l'information aux futurs parents.

Lors d'une annonce d'une anomalie, l'incertitude, qui est potentiellement pathogène est mise en travail par le mécanisme d'adaptation du moi : l'anticipation. Ce mécanisme permet l'ouverture et la mise en travail psychique de l'imaginaire confronté à un diagnostic qui peut être vécu comme une fatalité et se relever traumatique pour le sujet. En effet elle ouvre à des processus de symbolisation « de la diversité et de la complexité des scénarios possibles » qui est un préparatif à l'imprévisible. Cela a un effet contenant pour le sujet. •

*Ce texte a été présenté aux Assises de Sages-femmes 2017. Avec leur aimable autorisation.*