

4e journée d'étude de la WAIMH belgo-luxembourgeoise ,12 mars 2004

La prévention prénatale, forcément interdisciplinaire

Aux yeux des équipes médicales prénatales, un psy, ça sert à quoi ?

Le point de vue d'un échographiste : les yeux ont besoin d'oreilles

Les juges et les psy. sont ceux qui regardent avec le plus d'intensité le prénatal dans le rétroviseur.

Luc Gourand, obstétricien échographiste, Maternité Les Bluets et Service de Médecine Foetale
Institut de Puériculture, Paris

Nous avons longtemps pensé que les psy. étaient les spécialistes de l'après-coup et qu'il convenait de nous décharger sur eux des patients qui nous avaient semblé présenter des problèmes d'ordre psychoaffectif. Il était sous-entendu que les somaticiens, pris dans le feu de l'action, n'avaient ni le temps ni le talent pour s'attarder sur ce que l'on désignait avec condescendance comme des états d'âme.

Cette vision obsolète des choses n'a pas résisté à la pression du réel, et les somaticiens ont progressivement appris à avoir moins peur des psy. et surtout à pouvoir compter sur leurs compétences. Les psy. occupent désormais une place essentielle dans les disciplines qui collaborent autour de la périnatalité.

Pourquoi cette résistance initiale à l'encontre des psy. ?

Les psy. apparaissaient comme des observateurs externes à l'action, qui s'en tiraient d'autant plus à bon marché qu'ils n'avaient pas de place dans les décisions, qu'ils n'avaient pas de compte à rendre, et qu'il leur était d'autant plus facile, après la bataille, d'avoir une opinion sur ce qu'il aurait fallu faire (dire), ou ne pas faire, ou faire différemment. Autrement dit, des voyeurs privilégiés, parce que proches de l'action, où ils pouvaient satisfaire leur appétit de curiosité, mais surtout sans se salir les mains.

Alors, quand de surcroît, ils se permettaient d'exprimer un avis critique dans leur jargon souvent incompréhensible, ils se rendaient tout à fait insupportables. Il est vrai que les soignants (qui avaient passé des nuits blanches à courir d'une patiente à l'autre, à affronter souvent des situations angoissantes d'urgence vitale où, comme ils le disent, on mouille sa chemise et on vide ses surrénales) regardaient d'un œil noir ces gens bien reposés et bien mis, qui venaient candidement jouer les juges au-dessus de la mêlée à la réunion de service du matin ... Des donneurs de leçon aux allures de sphinx ...

Tout cela, c'est de l'histoire ancienne. Il persiste néanmoins une certaine rivalité entre les deux champs potentiels de virtuosité : habileté à agir, habileté à penser. On peut concevoir que les psy. sont un peu jaloux de notre audace à mettre les mains dedans, comme nous sommes un peu envieux de certaines finesses de leur culture.

Qu'est-ce qui a changé ?

Essentiellement deux choses : l'intégration des psys à l'activité des services et la découverte que leur champ d'application débordait largement la psychopathologie de quelques patientes et devait s'intéresser en profondeur à la dynamique relationnelle entre soignants et soignés. La notion de prévention commençait à apparaître : apprendre à étudier le « normal » pour comprendre et éviter des conduites éventuellement iatrogènes. Parallèlement, les somaticiens ont pu imaginer sortir du

schéma « signes-diagnostic-traitement » et poser le préalable d'une réflexion sur la pratique en admettant que leurs affects risquaient d'intervenir dans leurs décisions. Alors il a bien fallu en parler et oser en parler de façon institutionnelle. On a vite compris qu'il s'agissait d'une ambition réellement thérapeutique dans le sens de dédramatiser, de déculpabiliser, d'apaiser des tensions là où c'était possible, à condition d'y penser et de s'en donner les moyens. Chacun pouvait y trouver son compte.

En pratique, l'essentiel du travail consistait à explorer les peurs et les angoisses des uns et des autres. Nos Maîtres nous avaient enseigné de « laisser nos états d'âme au vestiaire ». La blouse blanche était là pour signifier notre « neutralité ». Nous avons dû refuser cette injonction et accepter de travailler sur nos états d'âme, mais de façon cadrée, scientifique et pluridisciplinaire, avec des gens qui acceptaient de se compromettre dans l'action. Autrement dit, nous mettions nos compétences (et nos incompétences) en commun.

Particularités du prénatal

Lors d'une précédente séance de la WHAIM à Paris, Necker, je terminais un exposé sur **Qu'est-ce qui change en échographie avec l'arrêt Perruche ?** par un appel à l'aide : « La fuite en avant tout technique et tout juridique, nous paraît monstrueusement réductrice par rapport à l'outil d'investigation étonnant dont nous disposons et dont nous continuons à penser qu'il est notoirement sous-utilisé comme instrument de découverte et de construction de la parentalité. Et la réflexion ne se limite pas aux échographies. Elle concerne l'éthique de la prévention dans tous les aspects de la périnatalité. » Bernard Golse a fait ce commentaire cinglant et utilement provoquant : « Les échographistes ont tort de se plaindre. Ils l'ont bien cherché. Ils n'avaient qu'à pas y aller ! »

Toute la question est précisée dans ce « y » (why?). Lieu de rencontre de deux attentes qui sont peut-être inavouables. Lieu de convergence de deux « vocations ». Tout le prénatal se décline évidemment entre Éros et Thanatos. Ce lieu où peut se jouer l'illusion d'une prise sur le destin. Le médecin : « Je suis celui qui peut lui donner (retirer) l'enfant qu'elle veut (ne veut pas) ». La femme : « Il est celui qui peut me donner (enlever) l'enfant que je veux (ne veux pas) ». Naturellement, une culpabilité latente s'attache à ces prétentions exorbitantes.

Ce qui est frappant, en échographie prénatale, c'est l'énergie psychique considérable qui est mise en mouvement de part et d'autre, mais avec des impératifs très différents. La femme espère découvrir l'enfant qu'elle porte, là où l'échographiste n'a qu'une obsession, trouver l'anomalie d'un fœtus quelconque. C'est ce que nous avons dénommé le **malentendu fondamental**. Pour dépasser ce malentendu, il va falloir travailler beaucoup, d'abord à satisfaire les obligations médico-légales, puis à ne pas gâcher, autant que possible, cette occasion privilégiée de découverte. Notre hypothèse de travail la plus stimulante est que les deux arguments de ce double objectif se complètent utilement, ils ne se contredisent pas.

La révélation : une histoire de gifle

La scène se passe un samedi matin paisible dans une maternité où une femme enceinte est venue faire en famille son échographie du deuxième trimestre. Elle est accompagnée par son mari et leur première fille âgée d'environ 7 ans. L'examen se déroule tranquillement, les images sont belles et on décrit facilement le comportement du fœtus et ses caractéristiques. La petite fille se sent très à l'aise. Elle se place devant le pupitre de l'appareil et commence à faire des commentaires. « Tu crois qu'il est content d'être là ? Est-ce qu'il a des petits chaussons roses ? » Elle se sent tellement à l'aise qu'elle ajoute, en se retournant vers son père : « Dis, papa.. c'est toi qui l'a mise la petite graine dans

le ventre de maman ? » A ce moment-là, et sans crier gare, son père lui décroche une formidable gifle qui l'envoie valdinguer au bout de la pièce. La mère se dresse sur la table en suffoquant et le père quitte la salle en pleurant.

Cette petite histoire paraît exemplaire pour illustrer la violence potentielle, sous-jacente à l'échographie prénatale. Précisément dans une situation à bas risque, dans un contexte de normalité, dans une ambiance apparemment tempérée et douce (pour commencer). C'est là que nous avons entrevu que le terrain n'était pas miné exclusivement du côté somatique, que la vigilance devait s'exercer dans plusieurs directions, et que le travail de déminage requérait des compétences multiples. Le normal n'existe pas. Chaque histoire est singulière. Il y a plusieurs façons de l'aborder et de la lire, que le fœtus soit porteur d'une anomalie ou non.

Le travail en groupe pluridisciplinaire

Le Groupe Pluridisciplinaire Inter-maternités de Réflexion sur le Diagnostic Anténatal s'est réuni chaque mois pendant dix ans à l'hôpital Saint Vincent de Paul à l'initiative de **Didier David** et de **Michel Soulé**.

Nous donnons ici à titre indicatif le sommaire de ces réunions dont les comptes-rendus ont été rédigés par **Sylvie Séguret**.

1989-1990

Les paradoxes du désir d'enfant, Didier David

L'échographie prénatale, Luc Gourand

La petite main. Vignette clinique échographique, Sylvie Séguret

Diagnostic prénatal et deuil, Anne Bizot, Didier David, Claudie Millot, Anne-Marie Robert

IVG, IMG, réduction embryonnaire, Paul Cesbron

Accouchement sous X, geste d'amour, Catherine Bonnet

1990-1991

Devenir des corps, Didier David, Nicole Mulliez

Fratricide et IMG, Michel Soulé

De la grossesse menacée à la grossesse menaçante, Jean-Philippe Legros

Grossesses multiples et suivi des enfants, Christine Francoual, Didier David

Abord psychologique de la famille (un enfant est en réanimation néonatale), Catherine Druon

1991-1992 : la famille

Echographie obstétricale en famille (vidéo). Droit de regard ? Luc Gourand

Voir pour savoir, rêver pour comprendre, Sylvie Séguret

Représentation et symbolique de la conception dans la peinture du 15e au 17e siècle, Didier David

Enquête sur le vécu maternel après naissance d'un enfant prématuré, Maryse Dumoulin

Naître et ne pas être, Maryse Dumoulin

Eugénisme et diagnostic prénatal, Jean-Philippe Legros Les triplés, Micheline Garel

Vignette clinique de quadruplés, Françoise Peille

Les grands-parents et le diagnostic prénatal, Michel Soulé

1992-1993 : comment dire ou comment taire ?

Grossesse et SIDA, Nathalie Crémieux

Représentation psychique de la réduction embryonnaire chez les médecins, Claude Starck

Annonce du handicap précoce, Catherine Epelbaum

Dépansions du pré et du post-partum, Didier David, Anne Bizot, Marie-Claude Constantin, Claudie Millot, Anne-Marie Robert

Répercussions psychologiques de la mort subite du nouveau-né, V. Bure, S. Dubois, N. Guedj, M. Hebert, Ch. Papin

Le secret, Anne-Marie Mairesse

L'utérus imaginaire : comment y entre-t-on ?, Didier David

1993-1994: le travail en équipe

Recherche autour du diagnostic anténatal: prise en charge en binôme, une approche de la question, Fanny Lewin, Jean-Philippe Legros

Le deuil périnatal, l'expérience de la région lilloise, Maryse Dumoulin

La réparation des fentes faciales commence dès la révélation échographique, une amélioration du pronostic ? Marie-Paule Vazquez, Luc Gourand

Cas cliniques et expérience de l'entretien pré-I.V.G., par les psychologues de la maternité de l'Hôpital Saint Vincent de Paul, Anne Bizot, Jean-Philippe Legros, Claudie Millot, Anne-Marie Robert

Réflexions sur les jumeaux, Monique Robin

Réflexions autour du vécu des parents dont l'enfant est hospitalisé en réanimation pédiatrique, Sylvie Séguret

Information et diagnostic prénatal dans le cadre des anomalies cérébrales foetales, Marie-Christine Revel

1994-1995 : les émotions des soignants

Le mort-né et les soignants en maternité : le mort-né est-il considéré comme une personne humaine ? Maryse Dumoulin

Le mandat transgénérationnel : son rôle en médecine prénatale et en néonatalogie, Michel Soulé

Débat autour de l'annonce en salle de naissance du diagnostic de trisomie 21. Adoption parentale ou abandon, Paul Cesbron

La vie avant la naissance, la grossesse après l'accouchement, Bernard Golse

Effets psychologiques des réductions embryonnaires, Micheline Garel

Spécificités psychologiques de la cardiologie prénatale, Laurent Fermont

1995-1996: l'approche pluridisciplinaire

Le binôme généticien-psy. : une approche de la question, Arnold Munnich, Marie-Christine Nolen, Catherine Brun

Le rôle de psychologue dans un service de diagnostic prénatal, Françoise Cahen

Découverte et prise en charge en anténatal des agénésies du corps calleux, Marie- Laure Moutard

1996-1997: avant la naissance

L'audition du fœtus et du nouveau-né, Marie-Claire Busnel

Autour de l'haptonomie, Bernard This, Evelyne Petroff

Sophrologie et préparation à la naissance, Marie Rahe- Legros

Approche anthropologique de la douleur à l'accouchement, Catherine Le Grand-Sebille

Biologie et fœtus, François Forestier

1997-1998: après la naissance

Présentation d'un cas clinique (prise en charge d'une cardiopathie congénitale racontée par la mère), vidéo, Marie-José Soubieux

La parentalité à l'épreuve des séparations néonatales mère-bébé, Sylvain Missonnier

Les groupes de pères en maternité, Alain Benoît, Geneviève Wrobel, Jean Barchewitz, Jacky Israël

Maternité, vie et mort dans l'oeuvre de Picasso, Philippe Helary

1998-1999: le consentement éclairé

Aspects médico-légaux de l'échographie obstétricale, Luc Gourand, Marie-France Mazars

A propos du statut de l'embryon, Anne Langlois

La douleur du fœtus, Daniel Le Bars, Chantal Wood

A propos du test pré-symptomatique de la chorée de Huntington, Marcella Gargiulo

Prolongements :

Ecoute voir ... l'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation. Erès, 1999 (un livre de 358 pages, 4 vidéos d'une heure, DVD)

Cet ouvrage collectif, sous la direction de Michel Soulé, est un travail de réflexion pluridisciplinaire, dans la continuité du groupe précédent, qui a permis de dégager un certain nombre de concepts dont nous donnerons ici quelques exemples ; certains sont inattendus :

- il n'y a pas de problème spécifique à l'annonce de l'anomalie en échographie, chaque échographie est une affaire d'annonce

- il n'y a pas d'échographie normale
- le premier a recevoir l'annonce, c'est celui (ou celle) qui fait la découverte
- la grossesse n'est pas une maladie, mais ...
- il n'y a pas d'annonce heureuse, bien faite (pour une anomalie)
- les échographistes se trompent lorsqu'ils pensent que les femmes attendent des explications. Les femmes attendent surtout que l'image intérieure qu'elles se forment de leur enfant ne soit pas contredite par le regard de l'échographiste.
- de la méchanceté profonde des échographistes
- la haine pour le fœtus
- les échographistes doivent s'entraîner à prendre conscience de leurs émotions
- le malentendu fondamental
- le consentement mutuellement éclairé
- la neutralité n'existe pas
- devant la même image, le discours peut être rassurant, ou sadique et destructeur
- il n'y a pas de marche arrière possible
- la rencontre en échographie peut ressembler à un affrontement
- en échographie, la relation est la partie la plus difficile
- la thérapeutique adaptée au médecin plus qu'au patient ?...

Quelle sorte de collaboration peut-on espérer entre les soignants du prénatal et les psys?

Nous avons fait déjà allusion à un travail de « déminage ». Les somaticiens se réservant de dépister l'anomalie physique ou fonctionnelle et les psy., restant attentifs à repérer le mal-être chez les uns et les autres. Viennent alors les difficultés liées aux décisions. Le travail collaboratif a d'autant plus de chances d'être performant que les soignants et les psy. apprennent à connaître un peu mieux leurs conditions d'exercice respectives. Chacun reste responsable de son domaine, bien entendu, mais un certain chevauchement des compétences est recherché. Ce que les soignants attendent avant tout des psy., c'est une forme de décodage d'un sens qui échappe à la première lecture ou qui n'est tout simplement pas perceptible quand on est pris dans l'action. Ils attendent aussi qu'on leur explique comment l'histoire personnelle va donner un tour si différent à certaines attitudes ou décisions. Les psy. seront d'autant plus crédibles qu'ils auront participé aux étapes du doute et qu'ils auront fourni des éclaircissements qui n'étaient pas accessibles aux somaticiens dans un premier temps, qu'ils auront su se compromettre quand les choix étaient douloureux, qu'ils auront su faire attendre, pour favoriser l'élaboration.

Les psy. nous intéressent quand ils cautionnent de façon scientifique la légitimité du doute, de l'observation attentive, de l'histoire singulière, du travail sur mesure ; quand ils nous montrent comment prendre à contre-pied les fausses évidences, les préjugés, les décisions hâtives. Quand ils

nous aident à tenir compte de notre subjectivité pour mieux la contrôler. Quand ils contribuent à dédramatiser, à apaiser des tensions. Dans ce sens, nous avons le sentiment fécond de partager une vocation thérapeutique.

Références :

- 1 - Soulé M., et al., in L'échographie de la grossesse : les enjeux de la relation, Eres 1999
- 2 - Gourand L., in 4e Colloque de Pédiatrie et Psychanalyse, p 245 : L'échographie d'une grossesse normale peut-elle être maltraitante ?
- 3 - Missonnier S., La consultation thérapeutique périnatale, Eres 2003
- 4 - Roegiers L., La grossesse incertaine, PUF 2003
- 5 - Missonnier S., Eloge de l'angoisse, in Dugnat, Grossesse et naissance : le passage, Eres 1997
- 6 - Bergeret J., La violence fondamentale, Paris, Dunod 1983.
- 7 - Quinet A., Le plus de regard, destins de la pulsion scopique, Ed du Champ lacanien, 2003
- 8 - Sirol F., Conséquences psychologiques à distance d'un diagnostic prénatal de toxoplasmose. Neuropsychiatr. Enfance Adolesc. 1998,46 (12) 639-644